

VALENTÍ FUSTER, CAP DEL SERVEI DE CARDIOLOGIA DE MT. SINAI (NOVA YORK)

Per MONTSERRAT SERRA / Fotos: GEMMA COMAS

# Al cor de l'investigador de cor

Valentí Fuster (Barcelona, 1943). Cap del servei de cardiologia del Mount Sinai de Nova York, li acaben d'atorgar el Premi Príncep d'Astúries d'investigació per la seva aportació en biomedicina i en patologia isquèmica aguda.

**Q**uè abasta la patologia isquèmica aguda?  
—“Isquèmica” vol dir “sense sang a la musculatura cardíaca”, i es refereix bàsicament a l'infart de miocardi. De fet, n'hi ha diverses, de malalties isquèmiques agudes. N'és una l'infart de miocardi, que consisteix en l'oclusió d'una de les artèries coronàries que irriga la musculatura cardíaca. Després hi ha la mort sobtada, deguda a un coàgul de sang que clou l'artèria. I finalment hi ha l'angina inestable, que és una oclusió que s'obre i es tanca.

—En què consisteixen els avenços realitzats en aquest àmbit al llarg de la seva carrera?

—Hi hem contribuït amb quatre avenços. El primer, la comprensió del coàgul de sang que es forma amb l'oclusió aguda, i que dóna lloc a l'infart de miocardi. Nosaltres hem estudiat tots els components d'aquest coàgul i els mecanismes que fan que aquest coàgul es formi. Segonament, hem contribuït a explicar que aquest coàgul de sang es forma en el punt on hi ha un accident, una ruptura d'una part de l'artèria, el que en diem ulceració. Aquesta ulceració ve d'un procés inflamatori, en què el colesterol té un paper fonamental. La tercera contribució que hem fet es relaciona amb la medicació per a prevenir el coàgul. La quarta cosa que explorem ara són nous mètodes d'imatge radiogràfica que permetin de veure les artèries coronàries des de fora, sense haver d'entrar a la sang amb catèters i angiografies. També hem treballat en alguns altres camps relacionats amb la genètica, dins el que és la malaltia coronària.

—L'equip amb el qual treballa inclou professionals que no vénen de la medicina?

—L'Institut Cardiovascular de Nova York, del Mount Sinai, el formen cinc-cents persones. A més de metges hi ha farmacòlegs, físics, biòlegs especialitzats en genètica... En realitat, el premi Príncep d'Astúries crec que me l'han concedit perquè hem estat capaços de col·laborar estretament amb gent que ve de ciències diferents. I em penso que és aquesta interdisciplinarietat allò que ha contribuït als èxits que hem tingut en l'estudi d'aquesta malaltia, que avui és la primera causa de mortalitat dels països occidentals.

—Retrocedim en el temps. Vostè ve d'una família de metges.

—El meu avi era el doctor Valentí Carulla. Havia estat degà de la Universitat de Barcelona i va ser el primer catedràtic de terapèutica física. Després el meu pare, era un psiquiatre molt conegut, director del servei de psiquiatria de l'hospital de Sat Pau. Tots dos van contribuir a fer-me metge, però la meua decisió va ser molt complexa, perquè jo tenia la il·lusió de dedicar-me a l'esport. Però el meu pare em va convèncer que el meu futur havia de moure's cap a una carrera professional, tècnica. Aleshores vaig

**“L'Institut Cardiovascular de Mount Sinai (Nova York), el formen cinc-cents persones. El Príncep d'Astúries crec que me l'han concedit perquè hem col·laborat amb gent de ciències diferents.”**

decidir d'estudiar agricultura, però Barcelona no tenia facultat i havia d'anar a València o a Madrid. El context familiar em va frenar a l'hora de marxar a una altra ciutat. Llavors, dintre les possibilitats professionals que tenia, la medicina m'atreia des del punt de vista humà i científic. Va ser una segona opció. Ho vaig comentar al meu pare i em va dir una cosa que

GEMMA COMAS



recordaré sempre: si feia medicina, havia de ser el número u; altrament, no valia la pena que m'hi posés. És clar, la Universitat de Barcelona en aquell moment tenia mil o dos mil estudiants de medicina, dels quals només acabaven la carrera uns pocs. Seguint els consells del meu pare, vaig començar la carrera de medicina amb molta empena. M'hi vaig llançar obsessivament. Però dins meu continuava tenint aquell esperit d'investigador. Llavors vaig tenir la gran sort de conèixer un dels millors metges que hi ha hagut a Espanya aquest segle, el doctor Farreras Valentí. Ell va ser el meu mentor. I resulta que de molt jove, als quaranta-nou anys, aquest metge va fer un infart de miocardi. Ell em va sublimar, conscientment o inconscientment, perquè m'especialitzés en cardiologia. Crec que sóc cardiòleg perquè el doctor Farreras va fer un infart de miocardi. I seguint els seus consells, quan vaig acabar la carrera vaig aconseguir una beca de la fundació Juan March per a estudiar a Edimburg. Això va ser realment el començament. M'hi vaig passar tres anys i vaig desenvolupar tècniques noves que no tenien dins el camp de la coagulació de la sang. Passat aquest temps, vaig pensar que seria bo d'anar un any als Estats Units. Em van admetre a la clínica Mayo de Rochester (Minnesota). I aquell any es va convertir en dotze.

—Del 1971 al 1982 exerceix a la Clínica Mayo. Quina va ser la trajectòria en aquest hospital?

—Ja m'havia format cardiològicament, però hi vaig començar de zero, compaginant clínica i investigació. Havia treballat molt, perquè per tenir la titulació mèdica als Estats Units vaig haver de fer tres anys de residència clínica.

—Al 1982 va canviar Rochester per Nova York. Per què?

—Després de dotze anys, jo em volia quedar a la Clínica Mayo, perquè em donaven la possibilitat de ser el cap del servei de cardiologia. Però llavors em van oferir d'anar a Nova York, al Mount Sinai. No m'hi sentia gaire interessat, perquè estava molt content a Rochester, però la meva dona estudiava art a la universitat de Minnesota i cada dia havia de conduir quasi dos-cents quilòmetres. Es ella que em va convèncer que seria interessant de venir a Nova York, tant per la seva carrera com per la meva. Arribar al Mount Sinai era problemàtic, perquè em vaig convertir en el primer cap de departament no jueu de la història d'aquest hospital. Però la veritat és que els deu anys passats en aquest hospital van ser una experiència memorable. Em van donar tota la confiança per posar en marxa un equip d'investigació i un equip clínic.

—Un equip que ja era format per professionals de camps diferents?

—Sí, perquè considero que per a arribar a la resposta d'una pregunta, cal la visió de disciplines diferents. Penso que un dels èxits que nosaltres hem tingut és que les conclusions a les quals hem arribat s'han ratificat perquè han vingut donades amb molta força per gent diferent, a base de mirar el mateix objecte des d'angles diversos. Per mi, aquesta és una filosofia fonamental. Enfocar un tema des d'un sol angle no et pot donar mai la veritat, per això sempre m'he voltat de gent formada d'una manera molt diferent. I això ens ha donat molta credibilitat.

—A primers anys vuitanta aquesta interdisciplinarietat era molt nova?

—Va ser un procés molt interessant en un moment en què als EUA la investigació era molt individualitzada.

—El 1991 va ser un any difícil, perquè el seu futur professional podia fer un tomb important. Tenia la possibilitat de tornar a Barcelona, d'anar a Califòrnia, a la Universitat de Stanford, de dirigir el servei de cardiologia de l'hospital de Boston i de fer classes a Harvard o de continuar al Mount Sinai.

—Va ser una decisió difícil: si tornava a Espanya o em quedava als Estats Units. Vaig provar Espanya, però la veritat és que no vaig tenir ocasió de tornar. És difícil de saber què va passar, i tampoc no he volgut explorar-ho mai. Això és la vida. No m'interessa perdre temps amb el passat. No es va donar aquesta opció i llavors vaig decidir de quedar-me aquí, als EUA. Tenia tres opcions. Va ser un dubte molt gran durant un any. Al final vaig triar Harvard, per la inquietud de conèixer una universitat important del país i perquè em donaven la responsabilitat del servei de cardiologia del General Hospital de Massachusetts, en aquell moment considerat el més important del país.

Crec que han estat els tres anys de la meva vida que he treballat més de valent. Van ser tres anys molt productius per a la gent jove.

—Què va passar?

—Va passar que jo vaig posar en marxa un sistema d'investigació clínic que no tenien i la gent de l'establishment van lluitar-hi contra. Eren poca gent, però suficients per a fer la vida difícil. Però la gent jove va ser tot el contrari. Em va donar un suport absolut i fins i tot els que hi eren de residents van dimitir. Es va donar una situació molt dura.

—Va provocar una crisi?

—Es va provocar una crisi, no hi ha dubte. I després de la crisi jo vaig tirar endavant. La universitat em va donar la raó.

—Aquesta crisi va fer que tornés al Mount Sinai tres anys després d'haver arribat a Harvard?

—No. Jo m'hi hauria quedat, però l'any 1994 el

**"Hem posat en marxa el 'Chest Pain Unit': si al malalt que arriba amb dolor de pit no se'l pot fer un diagnòstic d'infart se'l duu a una sala d'urgències; si en dotze hores no té cap problema agut, se'n va sense ingressar."**

Mount Sinai em va oferir una possibilitat de desenvolupar el concepte d'un institut que integrava totes les responsabilitats de les malalties cardiovasculars quirúrgiques i mèdiques, i alhora un centre d'investigació bàsica i clínica. És clar, era un projecte molt atractiu perquè no n'hi havia cap d'igual en aquest país. Era muntar un minihospital dins un hospital general.

—En els primers anys de l'era Clinton vostè era un dels candidats a assessorar Hillary Clinton sobre el programa sanitari.

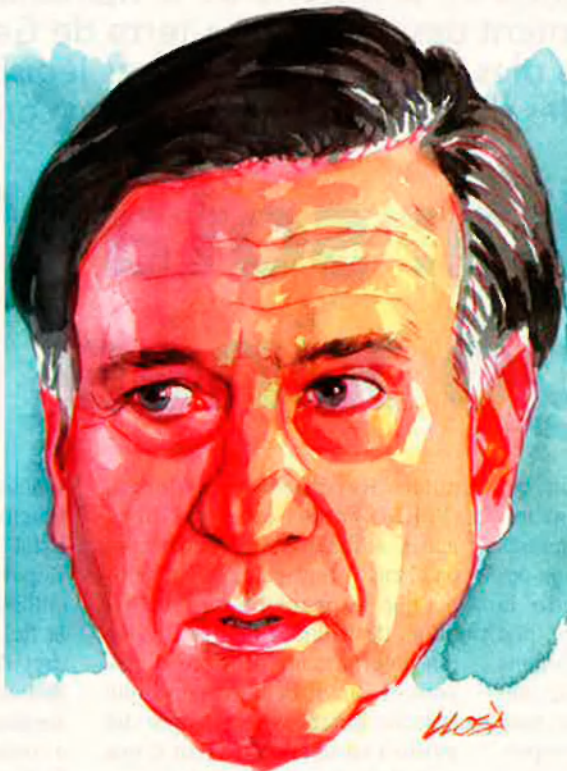
—Jo vaig estar involucrat en un comitè important del sistema de salut. Però no vaig ser un *adviser* directe seu. El govern Clinton va encarregar una sèrie de projectes a una colla d'experts. El primer projecte es relacionava amb la malaltia cardiovascular. El meu comitè era format per catorze persones (especialistes de cor, economistes, metges d'atenció primària, infermeres...) i vam estudiar si era possible de tractar al malalt especialitzat d'una manera més efectiva i econòmica.

—Em podria explicar alguna de les conclusions a què van arribar?

—Per exemple, s'ha d'escurçar l'estada del malalt a l'hospital, estratificant el risc d'aquest malalt en el moment de l'ingrés. Cal posar molt d'èmfasi en els diferents tipus de malalts segons el risc de cadascun, cosa que vam definir, i dins d'aquest risc, quin era el nombre de dies d'hospital que aquest malalt necessitava. Per a mi ha estat el comitè més atractiu en què he participat. Perquè sistemes com aquest tindran impacte. Crec que aquest treball es convertirà en un document clàssic dins la medicina especialitzada.

—Quan es publicarà?

—Aquest document s'ha publicat en part. La part no publicada, que és la important, toca la manera com aquest experiment es duu a la pràctica. Durant cinc anys hi haurà institucions que tractaran el malalt d'una manera tradicional i n'hi haurà unes altres que trac-



—Diria que el projecte sanitari dels Clinton se n'ha anat a l'aigua?

—Tal i com s'havia plantejat, sí, però tots estem molt mentalitzats del que passa: el van voler fer en dos anys, quan en calen deu. No es canvia una cultura tan ràpidament. Ningú no dubta que en aquest país hi entrarà la medicina socialitzada. Per això em penso que el programa que van dissenyar se n'ha anat a l'aigua, però en les eleccions vinents, guanyi qui guanyi, els programes sanitaris seran molt similars.

diem el *Chest Pain Unit*, a la sala d'urgències. El malalt que arriba amb dolor de pit a l'hospital, si el diagnòstic d'infart no es pot fer en el moment que ingressa, aleshores passa a una sala on tenim vuit llits, dintre d'urgències. Si aquest malalt demostra al cap de dotze hores que no té cap problema agut, sortirà de l'hospital sense haver estat ingressat. És un hospital d'entrada i això abarateix moltíssim la situació. Aquest malalt fins ara ingressava a l'hospital i durant dos o tres dies li feien proves i després se n'anava. Ara tota la tecnologia s'aplica en aquestes dotze hores. És un servei enfocat d'una manera ràpida i efectiva. La importància està en el fet que aquesta unitat estratifica el malalt. Per una altra banda, estic completament d'acord amb el sistema sanitari que plantejaven els Clinton.

taran el malalt segons el nostre document. És clar, el que val és veure quin és el futur d'aquest malalt a cinc anys vista, i el cost de mantenir-lo. Això serà la resposta d'aquest document, que tindrem d'aquí cinc anys.

—Però cada malalt no és un món?

—Cada malalt és un món, però hem d'estratificar els malalts segons un risc determinat, sobretot el malalt agut, que és el que ingressa a l'hospital. En aquest moment el malalt es classifica segons un cert context de risc. Després, el tractament de cada malalt és diferent, perquè hi ha una part psicossomàtica i psicoterapèutica important.

—Estratificar un malalt no té un risc molt alt?

—No, és importantíssim de fer-ho. La bona medicina avui és la que estratifica el malalt. És molt important, perquè, per exemple, si un malalt ingressa en un hospital amb un risc molt alt, aquest malalt necessita un tractament i una estada a l'hospital molt més llarga. Nosaltres hem posat en marxa, aquest primer de juny, el que en

GEMMA COMAS



Montserrat Serra