

Réplica

DR. EDGARDO SANDOYA

“Las palabras, una vez impresas, tienen vida propia”
Carol Burnett

En lo sustancial coincidimos con el Prof. Lluberas: en pacientes coronarios estables la conducta inicial debe ser el tratamiento médico óptimo. Lamentablemente muchas veces en la práctica ello no sucede, ya sea porque realizamos un manejo médico no óptimo o porque se indican procedimientos de revascularización innecesarios.

Del punto de vista metodológico algunos de los cuestionamientos que plantea al COURAGE son comparables, pero no lo invalidan. No comarto en cambio la objeción a su hipótesis principal, la que postulaba que la ATC reduciría el objetivo combinado de muerte o IAM.

Los ensayos clínicos randomizados (ECR) previos se realizaron antes de la generalización del uso de los stents, por lo que podía esperarse que su empleo determinara una modesta reducción de eventos (4,6% al cabo de tres años). El estudio COURAGE mostró que esto no sucede. Hoy sabemos que estos dispositivos solo reducen la reestenosis; pero si esto fuera clínicamente relevante debería traducirse en menos muerte o IAM o ambos. El tema de los stents coronarios es muy relevante y bien merecería otra controversia.

En relación con el análisis del riesgo de los pacientes hay aspectos que merecen comentarse:

- El argumento de que como la mayoría eran asintomáticos o tenían angina clase I o II eran de bajo riesgo, no es comparable. Los indicadores de riesgo en la cardiopatía isquémica son cuatro: 1) función ventricular (el predictor más potente); 2) severidad y extensión de la enfermedad coronaria; 3) ruptura de una placa reciente (con inestabilización sintomática), y 4) estado general y comorbilidades ⁽¹⁾.

- En base a que la función ventricular media fue 60% y a que realizaron una ergometría de 7 minutos, plantea de que eran pacientes de bajo riesgo, a pesar que 31% de ellos presentaba lesión de tres vasos, 37% de DA proximal, 39% de dos vasos, y 2/3 de los pacientes con MIBI tenían múltiples defectos de perfusión reversibles. Este análisis, totalmente comparable, debe destacarse por provenir de un cardiólogo intervencionista de dilatada experiencia como lo es el Prof. Lluberas.
- La baja mortalidad observada en ambas ramas del estudio reafirma el paradigma actual: a pesar de que existe una enfermedad ateroesclerótica extendida, la estabilización de las pequeñas placas ricas en lípidos mediante un manejo médico adecuado reduce los eventos coronarios mayores.

Con la ATC hubo menos angor, pero esta diferencia fue 8% en el primer año (34% con ATC versus 42% en control) y de 5% a los tres años (28% versus 23%), desapareciendo la misma a los cinco años. ¿Es adecuado realizar una ATC para conseguir esa pequeña diferencia de un indicador “blando” como la angina, cuya valoración además puede estar sesgada por el observador? ⁽²⁾.

En el CASMU se ha demostrado que educando a los pacientes acerca de la angina estable y su pronóstico se reduce considerablemente su internación (Dr. Antonio Bagnulo, comunicación personal).

Que 32,6% en el grupo control y 21,1% en el grupo ATC fueran revascularizados en el seguimiento merece dos reflexiones: en primer lugar, que la enfermedad coronaria requiere de manejo médico asociado a tratamiento intervencionista cuando este corresponde y, en segundo lugar, que la elevada tasa de procedimientos tiene que ver con el contexto muy intervencionista de ese medio.

* Las opiniones vertidas en esta sección son de exclusiva responsabilidad de los autores.

Coincidimos con el Prof. Lluberas en que el manejo médico de los pacientes en COURAGE fue muy bueno, algo que habitualmente se observa en los ECR. Ello también es posible de conseguir en Uruguay, como sucede en el Programa de Prevención Secundaria del Fondo Nacional de Recursos, en el que se ha conseguido un LDL<100 mg/dl 12 meses en 81,3% de los pacientes (Dra. R. Gambogi, 36 Congreso Nacional de Medicina Interna, 2007).

Por último, algo personal. Cuando publicamos los casos clínicos elegimos un título que nos suena a nombre de telenovela para tratar de captar la atención del lector, y el juego con la pa-

labra coraje/COURAGE lo pensamos como forma de motivar la lectura del estudio. Nunca nos imaginamos que se le podría llegar a dar otro sentido, pero las palabras tienen vida propia...

BIBLIOGRAFÍA

1. ACC/AHA 2002 guideline update for the management of patients with chronic stable angina. A report of the American College of Cardiology/American Heart Association Task Force on Practice Guidelines. [serie en línea].2002: [125pag.]. Obtenido de: http://www.acc.org/qualityandscience/clinical/guidelines/stable/stable_clean.pdf(consultado 16/4/08)
2. Sandoya E. analizar un ensayo clínico: el estudio ASCOT-BPLA. Rev Urug Cardiol 2006; 21: 35-47.