

Ciudad de la Costa, Canelones, 5 de agosto de 2008

Sr Editor de la Revista Uruguaya de Cardiología
Prof. Dr. Carlos Romero
De mi mayor consideración

¿Tendremos que cerrar todos los IMAE de hemodinamia y cineangiografía?

Veamos. En la controversia sobre el estudio COURAGE creo que se cometieron algunos excesos “verbales” provocados por la pasión con que se defienden conceptos a los que estamos profundamente afiliados.

Sin dejar de admitir y, eventualmente comentar en otra oportunidad otros aspectos, hoy me voy a referir a una aseveración del Prof. Ricardo Lluberás en su artículo “No se trata de COURAGE sino de buen criterio clínico”, cuando dice textualmente “En resumen: permítanme decirle al colega lector que en el COURAGE la angioplastia se hizo con muy malos resultados. La tasa de éxito clínico fue llamativamente baja.”

“Dicho de otra manera”, continúa, “si en mi práctica habitual de angioplastia EN PACIENTES ESTABLES” (el mayúsculado es mío) “tengo un 89% de éxito clínico y dejo de tratar por lo menos una cuarta parte de las lesiones existentes, mi futuro como cardiólogo intervencionista es bastante incierto”. Hasta aquí lo escrito por el Prof. Lluberás. Viene luego un párrafo donde profundiza en la descalificación de los centros intervinientes en el estudio en cuestión.

Quiero recordarle al colega que en el registro RENATIA, del cual él es uno de los autores, dice: “Se obtuvo éxito angiográfico en el 72% de los pacientes que fueron tratados con ATC con balón y en el 91% de los que recibieron “stents”. El éxito del procedimiento se logró en el 80% de los pacientes”. Este resultado no es muy diferente al del estudio que nos ocupa.

Claro, se va a argumentar, que una cosa es el IAM, que de eso se trata el registro mencionado, y otra es la angina estable. ¿Es que acaso es más fácil dilatar una placa de ateroma dura, a veces calcificada, de una angina estable que una obstrucción por trombo sobre una

placa blanda? Yo creo que no. Y creo que por esos resultados **no es incierto el futuro como cardiólogo intervencionista** de mi estimado colega y amigo el Prof. Lluberás, todo lo contrario, tiene el más absoluto crédito de toda la colectividad cardiológica del Uruguay.

Una última aclaración. Al presentar en un número anterior las dos historias que podrían entrar en el estudio COURAGE no quisimos otra cosa que, y transcribo literalmente el párrafo final de la réplica del Prof. Lluberás: “En lo patogénico no hagamos una simplificación excesiva de algo tan complejo como la cardiopatía isquémica. Los “paradigmas” son fáciles de entender pero frecuentemente no abarcan toda la realidad, que además no conocemos totalmente. En lo clínico, apliquemos el buen criterio: tratamiento médico (óptimo como corresponde) para todos los pacientes e intervención para los que no responden al mismo o se presentan con alto riesgo”.

Lo cual quiere decir que “estudiar” a un paciente no es simplemente y “al barrer” hacerle una coronariografía sino previamente realizar una evaluación clínica y paraclínica adecuada, cuantificar el riesgo del paciente y confeccionar el tratamiento “de medida”. Y “tratar” a un paciente coronario no significa solamente que HOY queden sus arterias más o menos lindas, sino aplicar toda la evidencia disponible para que la enfermedad que provoca sus estenosis detenga su evolutividad o incluso remita.

A lo del título: la respuesta en NO. Tenemos muy buenos cardiólogos intervencionistas y en la medida que trabajemos en conjunto clínicos e intervencionistas y las decisiones sean discutidas y consensuadas los resultados serán óptimos, por eso me remito nuevamente al último párrafo del Prof. Lluberás el cual suscribo en su totalidad.

Sin otro particular lo saluda atte:
Dr. Hugo Senra

Montevideo, 13 de agosto de 2008

Sr. Editor de la Revista Uruguaya de Cardiología
Prof. Dr. Carlos Romero
Presente

He recibido los comentarios de mi maestro Hugo Senra.

El Dr. Senra fue uno de los que me inició en esto tan apasionante que es la cardiología y me alegra que tengamos pareceres similares en cuanto a cómo debe manejarse al paciente con cardiopatía isquémica crónica estable.

Coincidimos en que estos pacientes merecen un tratamiento médico óptimo y que las prácticas intervencionistas deben reservarse a aquellos que no responden al mismo o que tienen indicadores de alto riesgo.

Solo quiero hacer algunas consideraciones complementarias.

1. Las críticas que he hecho al estudio COURAGE en el número anterior las sigo sosteniendo, en cuanto a sus objetivos, aspectos metodológicos y resultados. Sin embargo considero que tiene virtudes innegables:
 - a. pone en el tapete y jerarquiza al tratamiento médico bien realizado (y no al que lamentable y frecuentemente se practica);
 - b. realiza el concepto ya conocido de que el paciente estable que responde al tratamiento médico y que no tiene criterios de alto riesgo (como es la mayoría de la población de este estudio) es de buen pronóstico;
 - c. el subestudio de medicina nuclear del COURAGE jerarquiza el valor del quantum isquémico para la evaluación del riesgo del paciente.
2. En cardiología intervencionista es menester diferenciar lo que es éxito angiográfico y el éxito clínico. El primero se define como el resultado angiográfico final de la angioplastia con una lesión residual menor de 10% cuando se coloca un stent, con buen flujo distal (TIMI 2 o 3).

El éxito clínico incluye al angiográfico y además la ausencia de complicaciones mayores hospitalarias (infarto, muerte o cirugía de revascularización).

Es obvio que el éxito clínico tiene que ver en mucho con el cuadro clínico de presentación. En el infarto agudo de miocardio (éste fue el caso de RENATIA) el éxito clínico siempre será menor al del paciente con angina crónica estable. No pueden por tanto hacerse comparaciones de resultados en cuadros clínicos tan distintos.

Tomemos como ejemplo la base de datos del Servicio de Cardiología Intervencionista de Casa de Galicia. De 4.566 angioplastias realizadas en 10 años, en pacientes con angina estable (n: 536) el éxito angiográfico y el éxito clínico fueron 95,7% y 95,1% respectivamente. En el mismo período en angioplastia primaria en el infarto agudo de miocardio (n:1281) los resultados fueron 95,2% y 88,7% respectivamente.

Como se observa, nuestros resultados en angina estable son mejores que los del COURAGE. Por otra parte, en la angioplastia primaria se paga tributo en los resultados clínicos a la situación de mayor gravedad del paciente.

3. Comparto el concepto de que los mejores resultados se obtienen cuando las decisiones clínicas provienen de la discusión y el consenso de todos los actores médicos. Es una de las tantas cosas que mi maestro Hugo Senra me enseñó en aquellas hermosas épocas de la UCIP y el INCOR y que quien suscribe ha tratado de mantener como práctica habitual.

Ricardo Lluberas
Profesor de Cardiología