

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