

Título:

Momento de la intervención en pacientes con Síndrome Coronario Agudo (TIMACS)

Autores: Shamir R. Mehta, M.D., M.Sc., Christopher B. Granger, M.D., William E. Boden, M.D., et al.

Sponsors: Canadian Department of Health, GlaxoSmithKline, Sanofi-Aventis, Organon NV, Heart and stroke foundation of Ontario.

Referencia: N Engl J Med 2009;360:2165-75.

Descripción. Aunque en los pacientes con síndromes coronarios agudos sin supradesnivel de ST (SCASEST) se ha demostrado un beneficio con tratamiento invasivo temprano en comparación con el manejo médico, especialmente en pacientes de alto riesgo, el momento óptimo para la estrategia invasiva es todavía desconocido. El estudio TIMACS se propuso estudiar la eficacia de un tratamiento invasivo temprano (dentro de las 24 horas de presentación) comparado con una estrategia invasiva alejada (cualquier momento luego de las 36 horas de la presentación).

Hipótesis. Una estrategia invasiva temprana podría estar asociada con un mejor pronóstico cardiovascular en pacientes que se presentan con SCASEST.

Drogas/Procedimientos utilizados. Los pacientes fueron randomizados en una modalidad 1:1, 1:2 o 2:1 a una estrategia invasiva temprana (angiografía coronaria lo antes posible, seguida de intervención percutánea o cirugía coronaria dentro de las 24 hs) versus una estrategia diferida (angiografía coronaria en cualquier momento luego de las 36 horas seguida de intervención percutánea o cirugía coronaria).

Medicaciones concomitantes. Aspirina (98 %), tienopiridina (87 %), inhibidores IIb/IIIa (23 %), fondaparinux (41,5 %), heparina de bajo peso molecular (64,2 %), heparina no fraccionada (24,6 %), bivalirudina (0,5 %), betabloqueantes (86,9 %) y estatinas (85 %).

Hallazgos principales. Un total de 3031 pacientes fueron randomizados, 1593 a una estrategia invasiva temprana y 1438 a una estrategia invasiva diferida. Las características basales fueron muy similares entre los dos grupos. Alrededor del 27 % de los pacientes tenían diabetes y un 20 % tenían historia de infarto previo. Existían cambios isquémicos en el ECG en el 80 % de los pacientes y en cerca del 77 % habían biomarcadores elevados (infarto de miocardio sin elevación de ST).

El cruce de una estrategia temprana a una diferida ocurrió en el 9,9 % de los pacientes y en la dirección opuesta en el 20,5 % (secundario a isquemia refractaria, nuevo IM o inestabilidad hemodinámica). El tiempo medio para angiografía coronaria en las ramas temprana y diferida fueron de 14 y 50 horas respectivamente. En el grupo temprano se realizó angioplastia con mayor frecuencia (59,6 % vs. 55,2 %).

No hubo diferencia en la incidencia del endpoint primario de muerte, infarto de miocardio y stroke, entre las estrategias invasiva temprana o invasiva diferida a 6 meses (9,6 % vs. 11,3 %, HR 0,85, CI 0,68-1,06, p = 0,15). Sin embargo el endpoint secundario de muerte, infarto de miocardio o isquemia refractaria a 6 meses fue significativamente más bajo en la rama invasiva temprana (9,5% vs. 12,9%, HR 0,72, 95% CI 0,58-0,89, p = 0,003), fundamentalmente debido a una reducción de la isquemia refractaria (1,0% vs. 3,3%, p < 0,001).

Otros endpoints como muerte (4,8% vs. 5,9%, p = 0,19), infarto de miocardio (4,8% vs. 5,7%, p = 0,25), stroke (1,3% vs. 1,4%, p = 0,74), y revascularización repetida (8,7% vs. 8,5%, p = 0,73) fueron similares entre las dos estrategias, respectivamente. Cuando los pacientes en alto riesgo para eventos adversos, determinado por el score GRACE mayor de 140 fueron evaluados separadamente, hubo una reducción significativa en la incidencia del endpoint primario en la rama invasiva temprana comparada con la invasiva diferida (13,9 % vs. 21,0%, HR 0,65, 95% CI 0,48-0,89, p = 0,006).

Los sangrados mayores durante la hospitalización fueron similares entre las dos ramas (3,1% vs. 3,5%, p =

0.55), incluyendo retroperitoneales (0.1% vs. 0.2%) y una caída de • 3 g/dl en la hemoglobina (2.3% vs. 2.6%).

Interpretación. Los resultados del estudio TIMACS indican que una estrategia invasiva temprana no es superior a una invasiva diferida en pacientes que se presentan con SCASEST, en reducir el endpoint compuesto de muerte, infarto de miocardio o stroke, excepto en pacientes de alto riesgo con un score de GRACE >140. Sin embargo hubo una reducción significativa en la incidencia de isquemia refractaria, sin diferencias en la incidencia de sangrados.

Este es un estudio muy interesante y es el mayor en el tema. De modo similar al ISAR-COOL, el TIMACS refuta la estrategia de “enfriamiento” que había sido sugerida por estudios previos.

Aunque el endpoint primario no fue significativo, claramente no hubo daño con la estrategia invasiva temprana y hubo un beneficio en reducir la isquemia refractaria, así como en los pacientes de alto riesgo. Por lo tanto los pacientes de riesgo bajo y moderado pueden ser manejados igualmente bien con cualquier estrategia, aunque no tenemos todavía un análisis de costo-beneficio. Hubo una alta tasa de cruzamiento de la estrategia diferida a la temprana (20,5 %), que puede haber diluido la capacidad de los investigadores para identificar una diferencia en el análisis según intención de tratar.

[Dharam J. Kumbhani, M.D., S.M.](#)

[Deepak L. Bhatt, M.D., F.A.C.C.](#)

Tomado y traducido de [Cardiosource.com](#)