

La estrategia conservadora en el manejo del infarto de miocardio no-Q fue segura y efectiva

Outcomes in patients with acute non q wave myocardial infarction randomly assigned to an invasive as compared with a conservative management strategy. Boden W, O'Rourke R, Laveri PW, for the Veterans Affairs Non Q Wave Infarction Strategies In Hospital (VANQUISH) Trial Investigators. *N Engl J Med* 1998; 338:1785-92

Objetivo

Comparar una estrategia invasiva precoz con una conservadora guiada por la isquemia, en el manejo intrahospitalario del infarto no-Q.

Diseño

Ensayo clínico prospectivo, multicéntrico, randomizado, controlado.

Lugar

Participaron 15 centros de Estados Unidos.

Pacientes

Se randomizaron 920 pacientes con criterios de infarto no-Q en evolución, 462 a estrategia invasiva y 458 a estrategia conservadora (9% de exclusiones por alto riesgo isquémico). La edad promedio fue de 62 +/- 10 y 61 +/- 10 años respectivamente. El 97% fueron hombres.

Intervención

En la estrategia invasiva se realizó cinecoronariografía dentro de las 72hs y revascularización (cirugía o angioplastia) según criterios preestablecidos. En la estrategia conservadora se realizó ventriculograma radioisotópico, prueba ergométrica y perfusión con talio, efectuándose cinecoronariografía ante isquemia espontánea o inducida.

Medición de resultados principales

El resultado principal fue combinado: muerte o infarto no fatal dentro de los 12 meses de seguimiento como mínimo.

Resultados principales

El seguimiento fue del 99%, con un promedio de 23 meses (12 a 44). Con la estrategia invasiva se revascularizaron 44% de los pacientes, con una media de 8 días desde la randomización. Con la conservadora el 29% realizó coronariografía a los 30 días. Se revascularizaron 33% de los pacientes con una media de 24 días desde la randomización. No se hallaron diferencias significativas para muerte o infarto entre ambos grupos al final del seguimiento (conservadora: 139 eventos [27%] vs invasiva: 152 eventos [29%], riesgo relativo 0.87, IC 95% 0.68-1.10, $p=0.35$). La frecuencia de infarto o muerte fue mayor para la estrategia invasiva al alta, a los 30 días y al año, pero no hubo diferencias en la mortalidad a largo plazo. Ningún subgrupo analizado se benefició con la estrategia invasiva.

Conclusiones

La mayoría de los pacientes con infarto no-Q no se benefician con una estrategia invasiva de rutina. La estrategia conservadora guiada por isquemia es segura y efectiva.

Fuente de financiamiento: Department of Veterans Affairs Cooperative Studies Program y laboratorio Hoechst Marion Roussel.

COMENTARIO

Casi la mitad de los infartos de miocardio son no-Q, y esta proporción va en aumento. Los pacientes con infarto no-Q presentan mayor incidencia de complicaciones isquémicas, sometiéndose con frecuencia a cinecoronariografía y revascularización. Estudios previos sobre angina inestable,¹ infarto Q²⁻³ y no-Q¹, mostraron que en pacientes estables (sin isquemia recurrente o insuficiencia cardíaca), la estrategia invasiva no fue más beneficiosa. Varios factores determinan la sobreutilización de la coronariografía post infarto: presión tecnológica, disponibilidad y beneficio económico, escepticismo por la evidencia a favor de estrategias conservadoras y sobrevaloración de resultados de estudios sobre estrategias invasivas, no reproducibles en centros que no son de referencia.

En este estudio, el hallazgo de mayor incidencia de eventos con la estrategia invasiva hasta el año de seguimiento se debe a la alta morbimortalidad de la cirugía de revascularización. Al finalizar el seguimiento no hubo diferencias significativas y en dos recientes estudios, los hallazgos fueron similares. En el estudio TIMI IIIB¹, el subgrupo de infarto no-Q no se benefició con la estrategia invasiva. En el estudio DANAMI⁴ (pacientes con isquemia inducible post-infarto) la estrategia invasiva mostró menor incidencia de angina inestable e infarto, pero la mortalidad fue similar. La tasa de eventos en este estudio fue de 28%, mayor que en los previos, y a pesar de esta diferencia, no hubo beneficio con una estrate-

gia invasiva. La mayor utilización de coronariografía y revascularización en centros estadounidenses tampoco demostraron beneficios respecto a los canadienses, que tuvieron menor costo y similares resultados.⁵

La estrategia conservadora no implicaba solo tratamiento médico, sino realización de tests no invasivos de detección de isquemia y de coronariografía guiada por isquemia espontánea o inducida. La tasa de revascularización fue menor, y el tiempo a la revascularización fue mas prolongado, lo que produce mejores resultados.

El diseño del estudio fue de equivalencia,* con un poder de 80%. En este tipo de estudios, dada la necesidad de demostrar que ambas estrategias producen resultados similares, el poder para detectar eventuales diferencias debería ser al menos del 90%. Si la tasa de revascularización en el grupo invasivo hubiera sido mayor, podrían haberse presentado diferencias en los eventos.

En conclusión, la población de pacientes con infarto de miocardio que no presentan alto riesgo (la mayoría), luego de la fase aguda, pueden estratificarse de manera segura y eficaz a través de variables clínicas (isquemia recurrente, insuficiencia cardíaca) y métodos no invasivos de detección de isquemia. Existe suficiente evidencia para afirmar que una estrategia conservadora produce resultados similares a la invasiva con menor utilización de recursos.

*Ver Glosario

Dr. Daniel Ferrante

Cardiólogo. Clínica y Maternidad Suizo-Argentina.

Referencias

1. Anderson HV, Cannon CP, Stne PH. One year results of the Thrombolysis in Myocardial Infarction (TIMI) IIIB trial: a randomized comparison of tissue-type plasminogen activator versus placebo and early invasive versus early conservative strategies in unstable angina and non-Q wave myocardial infarction. *J Am Coll Cardiol* 1995; 26:1643-50.
2. The TIMI Study Group. Comparison of invasive and conservative strategies after treatment with intravenous tissue plasminogen activator in acute myocardial infarction: results of the Thrombolysis in Myocardial Infarction (TIMI) II trial. *N Engl J Med* 1989; 320: 618-27.
3. SWIFT (Should We Intervene Following Thrombolysis?) Trial Study Group. Delayed elective intervention vs conservative treatment after thrombolysis with anistreplase in acute myocardial infarction. *BMJ* 1991; 302: 555-60.
4. Madsen JK, Grande P, Saunamark K. Danish multicenter randomized study of invasive vs conservative treatment in patients with inducible isquemia after thrombolysis in acute myocardial infarction. (DANAMI). *Circulation* 1997; 96: 748-55.
5. Pilote L, Granger C, Hlatky MA. Differences in the treatment of myocardial infarction between the United States and Canada: a survey of physicians in the Gusto trial. *Med Care* 1995; 33: 598-610.