

## 10 puntos a recordar sobre la Actualización de las Guías 2009 ACC / AHA para el tratamiento de pacientes con Infarto de Miocardio con elevación del ST (\*)

1. En los pacientes sometidos a ATC primaria, es razonable considerar el uso de abciximab, tirofiban o eptifibatide en el laboratorio de cateterismo.
2. El beneficio del uso de inhibidores de la glicoproteína IIb/IIIa para los pacientes con IAM\_ST antes de su llegada al laboratorio de cateterismo cardiaco para ATC primaria es incierto.
3. En los pacientes con IAM\_ST sometidos a ATC primaria, una dosis de carga de clopidogrel (300 mg o 600) o prasugrel (60 mg) debe administrarse tan pronto como sea posible. En los pacientes con IAM\_ST que son tratados con un stent metálico desnudo o un stent liberador de fármaco (DES), debe continuarse el tratamiento con clopidogrel 75 mg al día o prasugrel 10 mg al día, durante un año (siempre que sea posible). La continuación del prasugrel o clopidogrel más allá de 15 meses puede ser considerado en pacientes tratados con stents liberadores de drogas (DES). En los pacientes tratados con clopidogrel, el uso rutinario de los inhibidores de la bomba de protones debe ser evitado. El prasugrel debe evitarse en pacientes con historia previa de ictus o ataque isquémico transitorio.
4. La bivalirudina se puede considerar una alternativa anticoagulante adecuada en pacientes sometidos a ATC primaria. La bivalirudina puede ser especialmente útil en pacientes con alto riesgo de hemorragia.
5. Es razonable el uso de un régimen basado en insulina para alcanzar y mantener los niveles de glucosa en menos de 180 mg / dl y evitar la hipoglucemia en pacientes con STEMI.
6. La Trombectomía por aspiración debe ser considerada en pacientes sometidos a intervención coronaria percutánea (ICP) primaria para STEMI.
7. Los DES pueden ser considerados como una alternativa a los stents convencionales en pacientes sometidos a ICP primaria. Es importante tener en cuenta los posibles obstáculos sociales, financieros y médicos para el uso prolongado de la terapia con tienopiridinas antes de la implantación de un DES.
8. En los pacientes con enfermedad renal crónica sometidos a una angiografía (que no son sometidos a diálisis crónica), deberá ser utilizado ya sea un medio de contraste isosmolar (Iodixanol) o uno de bajo peso molecular que no sea ioxagato o iohexol.
9. En la ATC, la Reserva de flujo fraccional (FFR) puede ser usada para guiar la necesidad de ATC de una lesión coronaria específica y es una alternativa útil a las pruebas funcionales no invasivas para determinar la valoración hemodinámica de una estenosis coronaria intermedia (estrechamiento de la luz 30-70%) en pacientes con síntomas de angina. No se recomienda la determinación rutinaria de la FFR en pacientes con angina de pecho y un estudio funcional no invasivo positivo concordante.
10. La ATC con stent del tronco de la arteria coronaria izquierda puede considerarse como una alternativa al bypass coronario en pacientes con anatomía adecuada o en aquellos que están en alto riesgo quirúrgico. La angiografía de seguimiento de rutina ya no se recomienda en pacientes sometidos a colocación de stent en el tronco de la coronaria izquierda.

(\*) Actualización de la Guía 2004 y la revisión 2007 y de las Guías de ACC / AHA / SCAI sobre la Intervención Coronaria Percutánea (Actualización de la Guía 2005 y la revisión 2007)

[Texto Completo](#) - [Presentación de diapositivas](#)

**Fuente:** Informe de la American College of Cardiology Foundation / American Heart Association Task Force on Practice Guidelines

**Autores:** Kushner FG, Hand M, Smith SC, et al.

**Referencia:** Am Coll Cardiol, 2009; 54:2205-2241, doi:10.1016/j.jacc.2009.10.015 (Published online 18 November 2009)

Hitinder S. Gurm, M.B.B.S., F.A.C.C.

Traducido de Cardiosource