

# Guía de Práctica Clínica

## Manejo inicial del Síndrome Coronario Agudo (versión resumen)

La presente guía de práctica clínica es para uso exclusivo en todas las sedes asistenciales de la Red AUNA

### Copyright

Se autoriza la reproducción total o parcial, la transmisión en cualquier forma o por cualquier medio, ya sea electrónico, mecánico, por fotocopia, por registro o cualquier otro; en publicaciones científicas y médicas siempre que se citen expresamente los autores y a AUNA como institución con su logotipo adecuadamente.

Código	Revisión	Fecha de Aprobación
GA.DC.G.16	00	03 – 04 - 19
GA.DC.G.16	01	05 – 07 – 19

VERSIÓN COMPLETA de la GPC del Síndrome Coronario Agudo 2019 en:  
[https://drive.google.com/file/d/1\\_uyKOMAkhcUFMHHLFo1N71QidnNbQNF/view?usp=sharing](https://drive.google.com/file/d/1_uyKOMAkhcUFMHHLFo1N71QidnNbQNF/view?usp=sharing)



AUNA. GUÍA RESUMEN. GUÍA DE PRÁCTICA CLÍNICA DEL SÍNDROME CORONARIO AGUDO. LIMA-PERU.

Todos los derechos reservados. Este material puede ser reproducido total o parcialmente para fines de diseminación y capacitación. Prohibida su venta. Fecha de publicación: Junio,2019

## METODOLOGÍA SISTEMA GRADE

### Fuerza y dirección de las recomendaciones según GRADE.

Fuerza y dirección de la recomendación	Significado
Fuerte a favor	Las consecuencias deseables claramente sobrepasan las consecuencias indeseables. <b>Se recomienda</b> hacerlo.
Débil a favor	Las consecuencias deseables probablemente sobrepasan las consecuencias indeseables. <b>Se sugiere</b> hacerlo.
Fuerte en contra	Las consecuencias indeseables claramente sobrepasan las consecuencias deseables. <b>Se recomienda</b> no hacerlo.
Débil en contra	Las consecuencias indeseables probablemente sobrepasan las consecuencias deseables. <b>Se sugiere</b> no hacerlo.
Punto de buena práctica	Práctica recomendada, basada en la experiencia clínica del GEG.

### Certeza de la Evidencia

Calidad	Definición
Alta (⊕⊕⊕⊕)	Existe una alta confianza de que el verdadero efecto se encuentra muy cercano al estimador de efecto reportado en el cuerpo de evidencia.
Moderada (⊕⊕⊕⊖)	Existe una confianza moderada en el estimador de efecto. Es probable que el verdadero efecto se encuentre próximo al estimador de efecto reportado en el cuerpo de evidencia, pero existe la posibilidad de que sea diferente.
Baja (⊕⊕⊖⊖)	La confianza en el estimador de efecto es limitada. El verdadero efecto podría ser muy diferente del estimador de efecto reportado en el cuerpo de evidencia.
Muy baja (⊕⊖⊖⊖)	Existe muy poca confianza en el estimador de efecto. Es altamente probable que el verdadero efecto sea sustancialmente diferente del estimador de efecto reportado en el cuerpo de evidencia.

## RECOMENDACIONES DE LA GUÍA

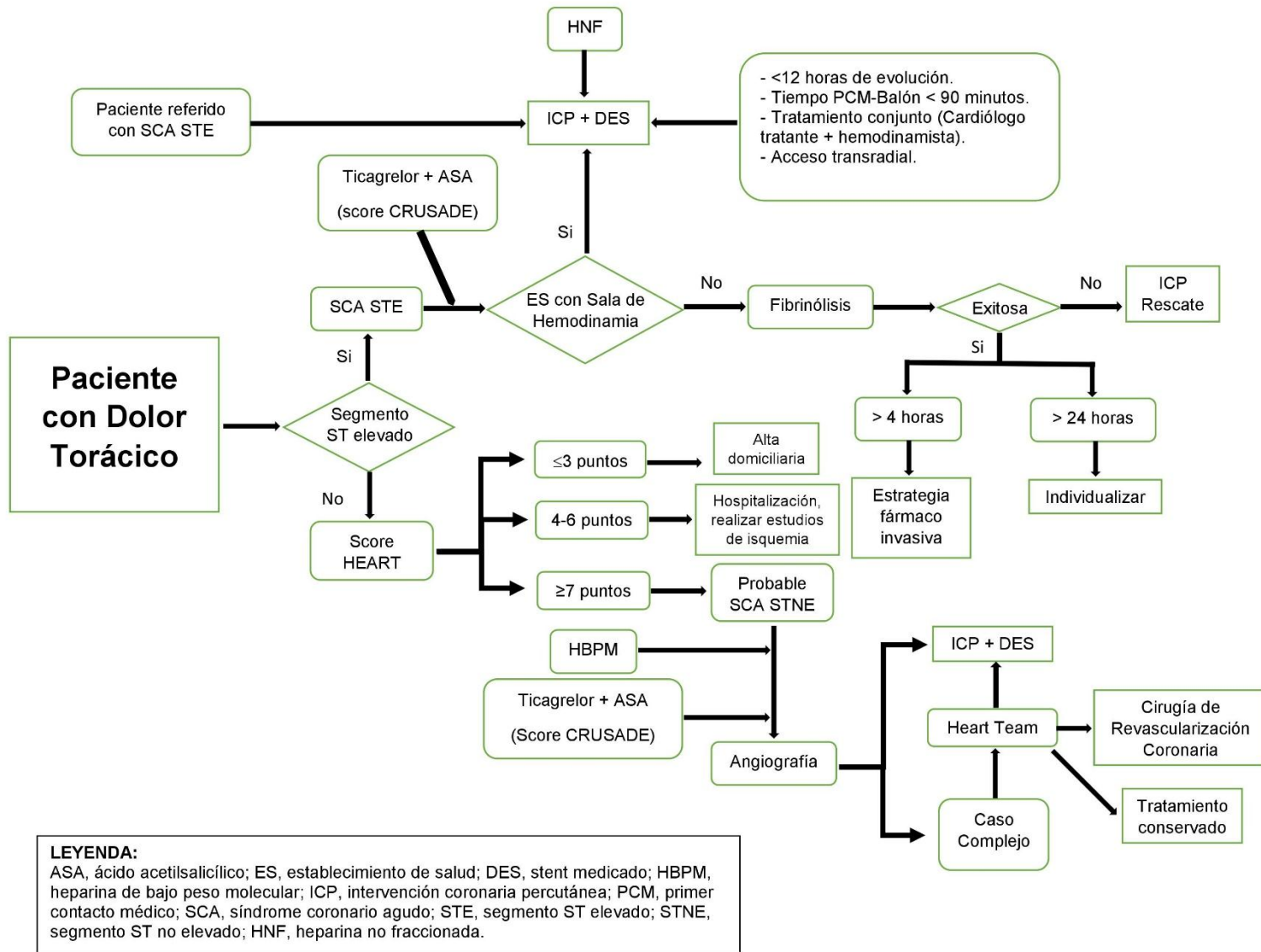
N°	Recomendaciones Clave	Fuerza y Dirección de recomendación	Certeza de la evidencia
1	Se recomienda el uso del score HEART modificado en pacientes con dolor torácico que ingresan a emergencia.	<b>Fuerte a favor</b>	<b>Moderada</b> (⊕⊕⊕⊖)
2	Se recomienda el uso de ticagrelor más ASA, en pacientes con SCA ST no elevado de riesgo intermedio o alto, independiente de la estrategia de tratamiento inicial, incluyendo aquellos que recibieron previamente clopidogrel, el cual debe suspenderse una vez se inicia ticagrelor considerando el riesgo de sangrado en base al score CRUSADE	<b>Condicional a favor</b>	<b>Alta</b> (⊕⊕⊕⊕)
3	Se recomienda el uso de ticagrelor más ASA, en pacientes con SCA ST elevado que no hayan recibido terapia fibrinolítica en las 24 horas previas y se planee intervención coronaria percutánea primaria considerando el riesgo de sangrado en base al score CRUSADE	<b>Condicional a favor</b>	<b>Alta</b> (⊕⊕⊕⊕)
4	Se sugiere el uso de anticoagulación con enoxaparina en lugar de heparina no fraccionada, en pacientes con SCA ST no Elevado	<b>Condicional a favor</b>	<b>Baja</b> (⊕⊕⊖⊖)
5	No se sugiere el uso de Heparina de Bajo Peso Molecular (HBPM) en pacientes con SCA ST Elevado que serán sometidos a ICP primaria. Debería considerarse usar Heparina No Fraccionada (HNF) en pacientes con SCA ST Elevado en sala de hemodinamia.	<b>Débil en contra</b>	<b>Baja</b> (⊕⊕⊖⊖)
	Se sugiere realizar el control del tiempo de coagulación activada (TCA) en pacientes con SCA ST Elevado a quienes se les realiza ICP, en los 60 minutos posteriores de la administración de Heparina No Fraccionada, siempre que el procedimiento se prolongue	<b>BPC</b>	
	La dosis en bolo de Heparina No Fraccionada es de 100 UI/Kg. de peso para los pacientes que serán sometidos a ICP	<b>BPC</b>	

6	Se debe considerar solo el uso de terapia antitrombótica dual en pacientes anticoagulados con SCA y alto riesgo de sangrado ( HAS-BLED) con indicación de ICP.	<b>Débil a favor</b>	<b>Baja</b> (⊕⊕⊖⊖)
7	En todo paciente anticoagulado con riesgo bajo (score HAS-BLED) con Síndrome Coronario Agudo se sugiere triple terapia por un tiempo de 1 a 6 meses seguido de terapia doble hasta completar un año.	<b>Débil en contra</b>	<b>Baja</b> (⊕⊕⊖⊖)
	Se sugiere realizar controles periódicos de INR y hemograma completo a los pacientes usuarios de warfarina	<b>BPC</b>	
8	Se recomienda la intervención coronaria percutánea primaria con angioplastia y stent en los pacientes con SCA ST elevado con menos de 12 horas de evolución.	<b>Fuerte a favor</b>	<b>Alta</b> (⊕⊕⊕⊕)
	Se aconseja un tiempo menor o igual a 10 minutos desde el primer contacto médico (PCM) hasta el diagnóstico de SCA ST elevado (toma e interpretación de ECG).	<b>BPC</b>	
	Se sugiere para los pacientes con SCA ST elevado identificados en un centro con unidad de hemodinamia, tener como objetivo un tiempo desde el primer contacto médico (PCM) hasta el cateterismo, menor de 90 minutos	<b>BPC</b>	
	En los establecimientos de salud que no cuenten con sala de hemodinamia y la ICP primaria no pueda ser provista dentro de los 120 minutos de realizado el diagnóstico electrocardiográfico, los pacientes con SCA ST elevado, deben recibir terapia trombolítica inmediata (prehospitalaria o a su admisión) y luego ser trasladados a un establecimiento con capacidad para realizar la ICP primaria.	<b>BPC</b>	
	En los establecimientos de salud que no cuenten con sala de hemodinamia y llegue un paciente con mas de 3 horas de dolor y la ICP primaria pueda ser provista dentro de los 120 minutos de realizado el diagnóstico electrocardiográfico, el paciente deberá ser trasladado inmediatamente a una centro que cuenta con sala de hemodinamia.	<b>BPC</b>	
	En los establecimientos de salud que no cuenten con sala de hemodinamia y llegue un paciente con menos	<b>BPC</b>	

	de 3 horas de dolor, no necesita ser referido y se aconseja iniciar fibrinólisis.		
	Se sugiere el tratamiento conjunto entre el hemodinamista y el cardiólogo clínico tratante en la sala de hemodinamia, para el manejo de posibles complicaciones.	<b>BPC</b>	
	Se sugiere que los pacientes diagnosticados con SCA ST Elevado en ambulancia o referidos, deben ingresar directamente a sala de hemodinamia.	<b>BPC</b>	
9	Se sugiere una estrategia farmacoinvasiva en vez del tratamiento médico estándar en pacientes con SCA ST Elevado, en los casos en donde no es posible realizar la ICP primaria.	<b>Débil a favor</b>	<b>Moderada</b> (⊕⊕⊕⊖)
	En pacientes con SCA STE, en donde no es posible realizar la ICP primaria, se sugiere fibrinólisis antes de las 12 horas de iniciado los síntomas y luego realizar la estrategia farmacoinvasiva después de 4 horas y hasta las 24 horas de la fibrinólisis exitosa.	<b>BPC</b>	
	En pacientes con SCA ST Elevado, en donde no fue posible realizar la ICP, se sugiere individualizar cada caso si pasan más de 24 horas de la fibrinólisis exitosa.	<b>BPC</b>	
10	Se sugiere la implantación del stent medicado para disminuir la tasa de revascularización del vaso culpable en pacientes síndrome coronario agudo.	<b>Débil a favor</b>	<b>Baja</b> (⊕⊕⊖⊖)
11	Se sugiere individualizar la estrategia de intervención en pacientes con SCA ST no Elevado con enfermedad de tres vasos o del tronco principal izquierdo con puntaje SYNTAX intermedio basado en el consenso de la junta médica y la preferencia del paciente.	<b>Débil a favor o en contra</b>	<b>Muy baja</b> (⊕⊖⊖⊖)
12	Se sugiere la cirugía de revascularización coronaria en pacientes con SCA STNE y enfermedad de tres vasos o del tronco principal izquierdo, con puntaje SYNTAX alto, con o sin diabetes mellitus.	<b>Débil en contra</b>	<b>Muy baja</b> (⊕⊖⊖⊖)
13	La intervención coronaria percutánea debería considerarse para pacientes con puntuación SYNTAX bajo y para aquellos con alto riesgo quirúrgico.	<b>Débil a favor</b>	<b>Muy baja</b> (⊕⊖⊖⊖)
	La selección de la estrategia de revascularización debe definirse como decisión compartida entre el paciente y	<b>BPC</b>	

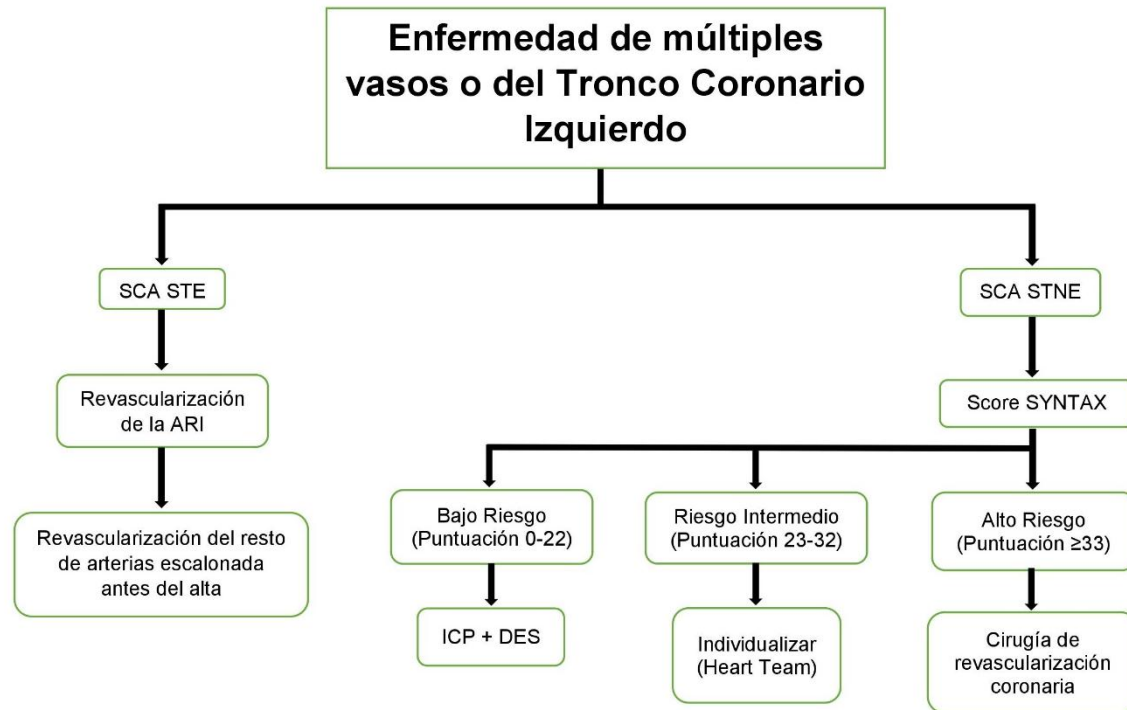
	la junta médica (Heart Team) tomando en cuenta las preferencias del paciente, la complejidad de la enfermedad, las comorbilidades y la experiencia local.		
	Se sugiere aplicar el score de SYNTAX funcional para optimizar los resultados de la ICP en pacientes con enfermedad multivasos.	<b>BPC</b>	
14	En pacientes con SCA ST Elevado y enfermedad de múltiples vasos, sugerimos que se considere la revascularización completa antes del alta	<b>Débil a favor</b>	<b>Baja</b> (⊕⊕⊖⊖)
	Se sugiere tratar la arteria responsable del infarto en un primer momento seguida de la terapia escalonada del resto de arterias antes del alta.	<b>BPC</b>	
15	Se recomienda el acceso transradial (ATR) sobre el acceso transfemoromal (ATF), como el sitio de acceso preferido en pacientes con SCA sometidos a ICP cuando puede ser realizado por un operador experimentado.	<b>Fuerte a favor</b>	<b>Baja</b> (⊕⊕⊖⊖)

Flujogramas de atención:

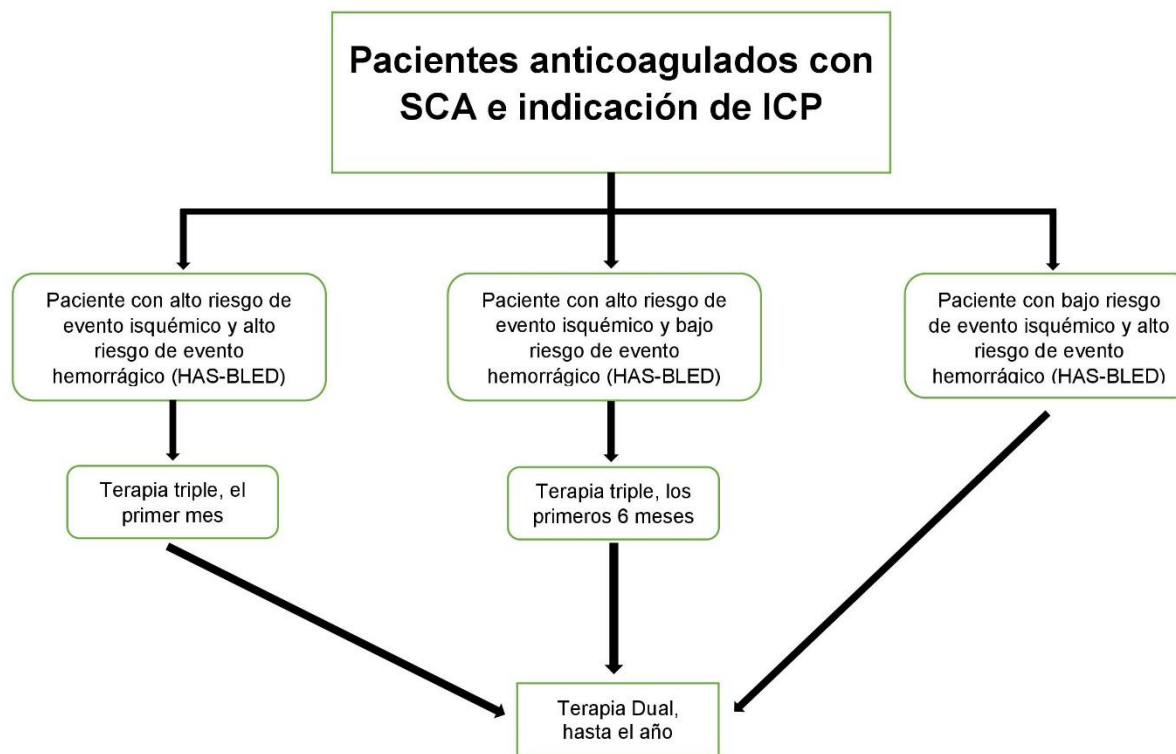


**LEYENDA:**  
 ASA, ácido acetilsalicílico; ES, establecimiento de salud; DES, stent medicado; HBPM, heparina de bajo peso molecular; ICP, intervención coronaria percutánea; PCM, primer contacto médico; SCA, síndrome coronario agudo; STE, segmento ST elevado; STNE, segmento ST no elevado; HNF, heparina no fraccionada.





**LEYENDA:**  
 SCA, síndrome coronario agudo; STE, segmento ST elevado; STNE, segmento ST no elevado; ICP, intervención coronaria percutánea; DES, stent medicado; ARI, arteria responsable del infarto.



**LEYENDA:**  
SCA, síndrome coronario agudo; ICP, intervención coronaria percutánea.