

Guía de Práctica Clínica

Manejo Inicial del Síndrome Coronario Agudo (Versión resumen)

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
GA.DC.G.16	02	09 – 10 - 19

Referenciar como: AUNA. Guía Resumen. Guía de Práctica Clínica Manejo Inicial del Síndrome Coronario Agudo. Lima, Perú: AUNA; 2019.

Si desea acceder a la VERSIÓN COMPLETA de la GPC Manejo Inicial del Síndrome Coronario Agudo, dirigirse al siguiente enlace web: <https://clinicadelgado.pe/>

GRUPO ELABORADOR DE LA GUÍA

EXPERTOS TEMÁTICOS

Dr. Cesar Antonio Larrauri Vigna, Cardiólogo, Clínica Delgado, Miraflores Lima, Coordinador del Servicio de Cardiología de la Clínica Delgado.

Dr. Elio Paul Lucchesi Vásquez, Médico Emergencista, Clínica Delgado, Miraflores Lima, Coordinador del Servicio de Emergencia de la Clínica Delgado.

Dr. Manuel Alberto Chacon Diaz, Cardiólogo – Intensivista, Clínica Delgado, Miraflores Lima.

Dr. Cesar Nicolas Conde Vela, Cardiólogo Hemodinamista, Clínica Delgado, Miraflores Lima.

Dr. Christian Nolte Rickards, Cardiólogo Hemodinamista, Clínica Delgado, Miraflores Lima.

Dr. Freddy Hernán Ponce Tirado, Cirujano Cardiovascular, Clínica Delgado, Miraflores Lima.

Dra. Ofelia Araoz Tarco, Cardióloga – Intensivista, Clínica Delgado, Miraflores Lima.

Dr. Vladimir Alejandro Mauricio Trelles, Médico Intensivista, Clínica Delgado, Miraflores Lima.

EXPERTOS METODÓLOGOS

Karina Aliaga Herrera, Médico Oncólogo, Lima, Coordinadora del equipo de la Unidad de Guías de Práctica Clínica de AUNA.

Graciela Josefina Balbin Ramón, Médico Internista, Lima, Miembro del equipo de la Unidad de Guías de Práctica Clínica de AUNA.

Edward Augusto López Sanchez, Médico Auditor, Lima, Miembro del equipo de la Unidad de Guías de Práctica Clínica de AUNA.

Adolfo Aramburu La Torre, Nutricionista, Lima, Metodóloga del equipo de la Unidad de Guías de Práctica Clínica de AUNA.

Gisely Hljar Guerra, Bióloga, Lima, Metodólogo del equipo de la Unidad de Guías de Práctica Clínica de AUNA.

REVISOR EXTERNO

Héctor José Bueno Zamora, Cardiólogo, Grupo de Investigación Cardiovascular Traslacional Multidisciplinaria en el CNIC.

FINANCIAMIENTO

La presente Guía de Práctica Clínica ha sido financiada por AUNA. Los puntos de vista de la entidad financiadora no han influido en los contenidos de la presente guía.

METODOLOGÍA SISTEMA GRADE

Fuerza y dirección de las recomendaciones según Grading of Recommendations, Assessment, Development and Evaluation GRADE

Fuerza y dirección de la recomendación	Significado
Fuerte a favor	Las consecuencias deseables claramente sobrepasan las consecuencias indeseables. Se recomienda hacerlo.
Condicional (Débil) a favor	Las consecuencias deseables probablemente sobrepasan las consecuencias indeseables. Se sugiere hacerlo.
Fuerte en contra	Las consecuencias indeseables claramente sobrepasan las consecuencias deseables. Se recomienda no hacerlo.
Condicional (Débil) en contra	Las consecuencias indeseables probablemente sobrepasan las consecuencias deseables. Se sugiere no hacerlo.
Punto de buena práctica clínica (BPC)	Práctica recomendada, basada en la experiencia clínica del GEG y/o artículos no sistematizados.

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 DE PRÁCTICA CLÍNICA MANEJO INICIAL DEL SÍNDROME CORONARIO AGUDO

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.	Fuerte a favor	Moderada (⊕⊕⊕⊖)
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.	Condicional a favor	Alta (⊕⊕⊕⊕)
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.	Condicional a favor	Alta (⊕⊕⊕⊕)
4	Se sugiere el uso de anticoagulación con enoxaparina en lugar de heparina no fraccionada, en pacientes con SCA ST no elevado que no presenten contraindicaciones.	Condicional a favor	Baja (⊕⊕⊖⊖)
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.	Débil en contra	Baja (⊕⊕⊖⊖)
	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.	BPC	
	La dosis en bolo de Heparina No Fraccionada es de 100 UI/Kg. de peso para los pacientes que serán sometidos a ICP.	BPC	
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.	Débil a favor	Baja (⊕⊕⊖⊖)
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.	Débil en contra	Baja (⊕⊕⊖⊖)

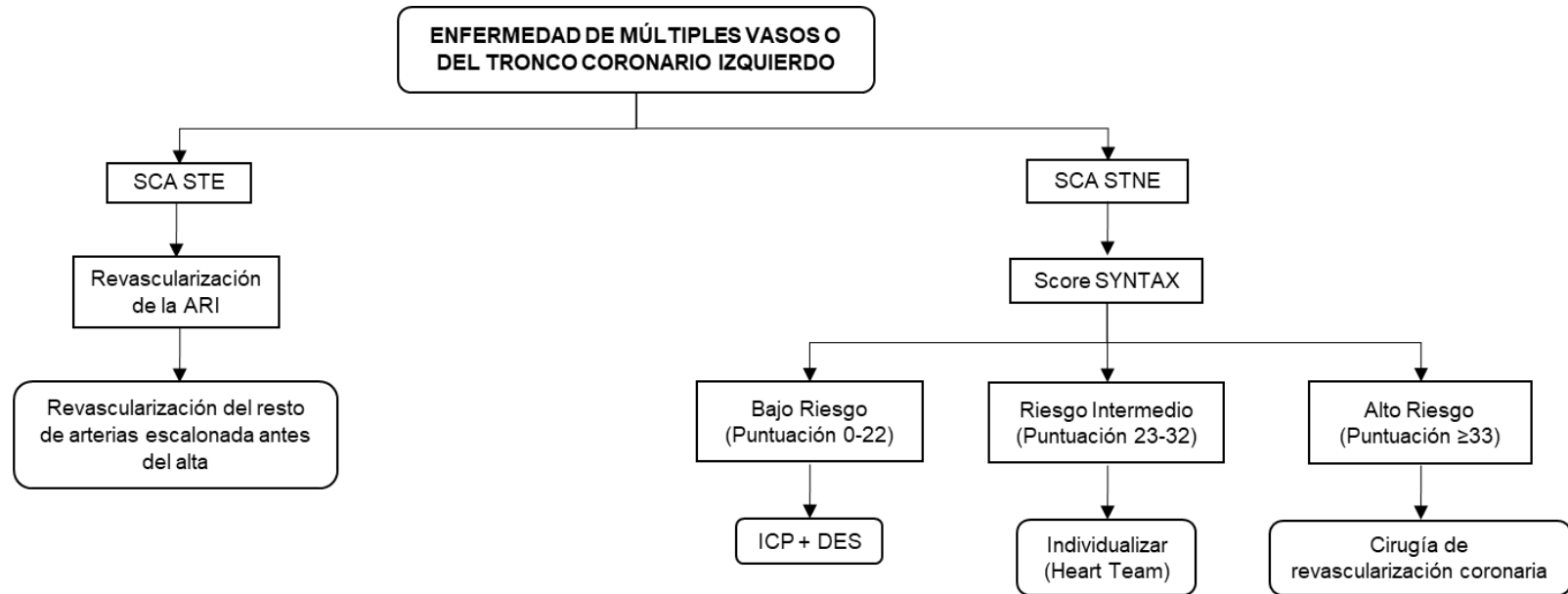
	Se sugiere realizar controles periódicos de INR y hemograma completo a los pacientes usuarios de warfarina.	BPC	
8	Se recomienda la intervención coronaria percutánea primaria con angioplastia y stent en los pacientes con SCA ST elevado con menos de 12 horas de evolución.	Fuerte a favor	Alta (⊕⊕⊕⊕)
	Se 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).	BPC	
	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.	BPC	
	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.	BPC	
	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 cuente con sala de hemodinamia.	BPC	
	En los establecimientos de salud que no cuenten con sala de hemodinamia y llegue un paciente con menos de 3 horas de dolor, se aconseja iniciar fibrinólisis y no necesita ser referido.	BPC	
	Se sugiere el tratamiento conjunto entre el hemodinamista y el cardiólogo clínico tratante en la sala de hemodinamia, para el manejo de posibles complicaciones.	BPC	
	Se sugiere que los pacientes diagnosticados con SCA ST Elevado en ambulancia o referidos, deben ingresar directamente a sala de hemodinamia.	BPC	
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.	Débil a favor	Moderada (⊕⊕⊕⊖)
	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.	BPC	

	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.	BPC	
10	Se sugiere la implantación del stent medicado para disminuir la tasa de revascularización del vaso culpable en pacientes síndrome coronario agudo.	Débil a favor	Baja (⊕⊕⊕⊕)
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.	Débil a favor o en contra	Muy baja (⊕⊕⊕⊕)
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.	Débil en contra	Muy baja (⊕⊕⊕⊕)
13	La intervención coronaria percutánea debería considerarse para pacientes con puntuación SYNTAX bajo y para aquellos con alto riesgo quirúrgico.	Débil a favor	Muy baja (⊕⊕⊕⊕)
	La selección de la estrategia de revascularización debe definirse como decisión compartida entre el paciente y la junta médica (Heart Team) tomando en cuenta las preferencias del paciente, la complejidad de la enfermedad, las comorbilidades y la experiencia local.	BPC	
	Se sugiere aplicar el score de SYNTAX funcional para optimizar los resultados de la ICP en pacientes con enfermedad multivasos.	BPC	
14	En pacientes con SCA ST Elevado y enfermedad de múltiples vasos, sugerimos que se considere la revascularización completa antes del alta.	Débil a favor	Baja (⊕⊕⊕⊕)
	Se sugiere tratar la arteria responsable del infarto en un primer momento seguida de la terapia escalonada del resto de arterias antes del alta.	BPC	
15	Se recomienda el acceso transradial (ATR) sobre el acceso transferomal (ATF), como el sitio de acceso preferido en pacientes con SCA sometidos a ICP cuando puede ser realizado por un operador experimentado.	Fuerte a favor	Baja (⊕⊕⊕⊕)

BPC: Buena Práctica Clínica



Recomendaciones clave.

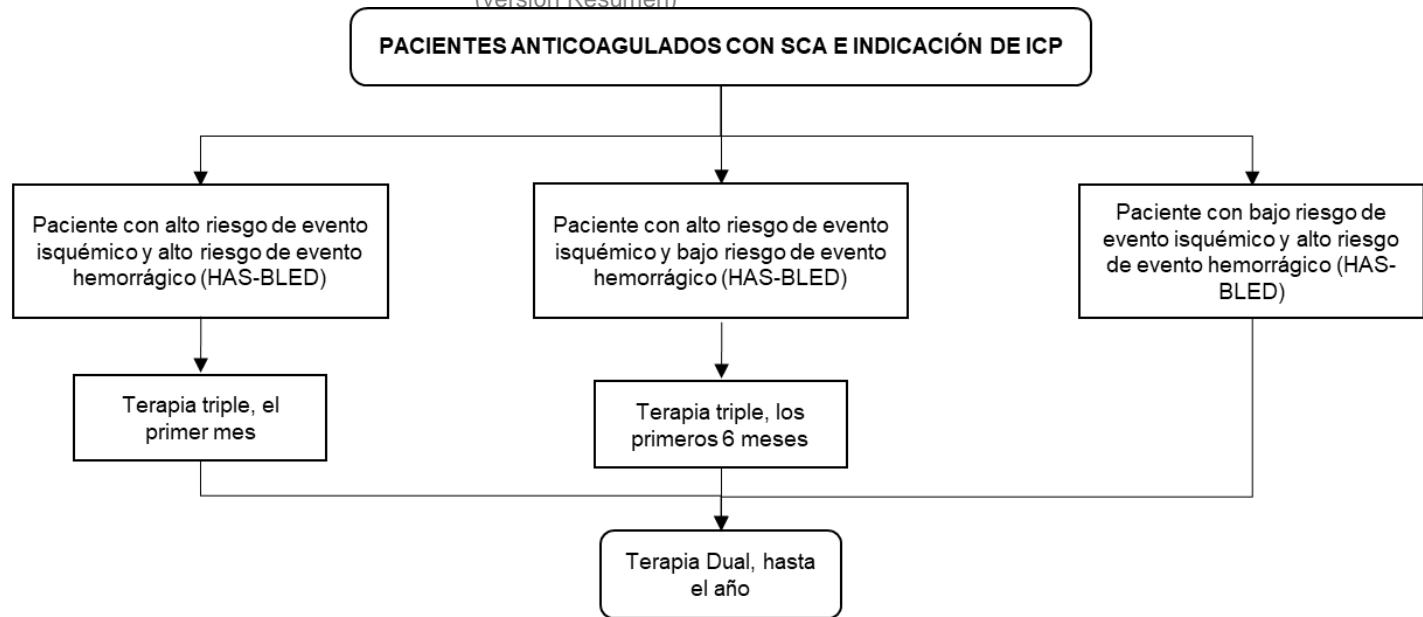


LEYENDA:

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



Manejo inicial del Síndrome Coronario Agudo
(versión Resumen)



LEYENDA:

ICP, intervención coronaria percutánea; SCA, síndrome coronario agudo.