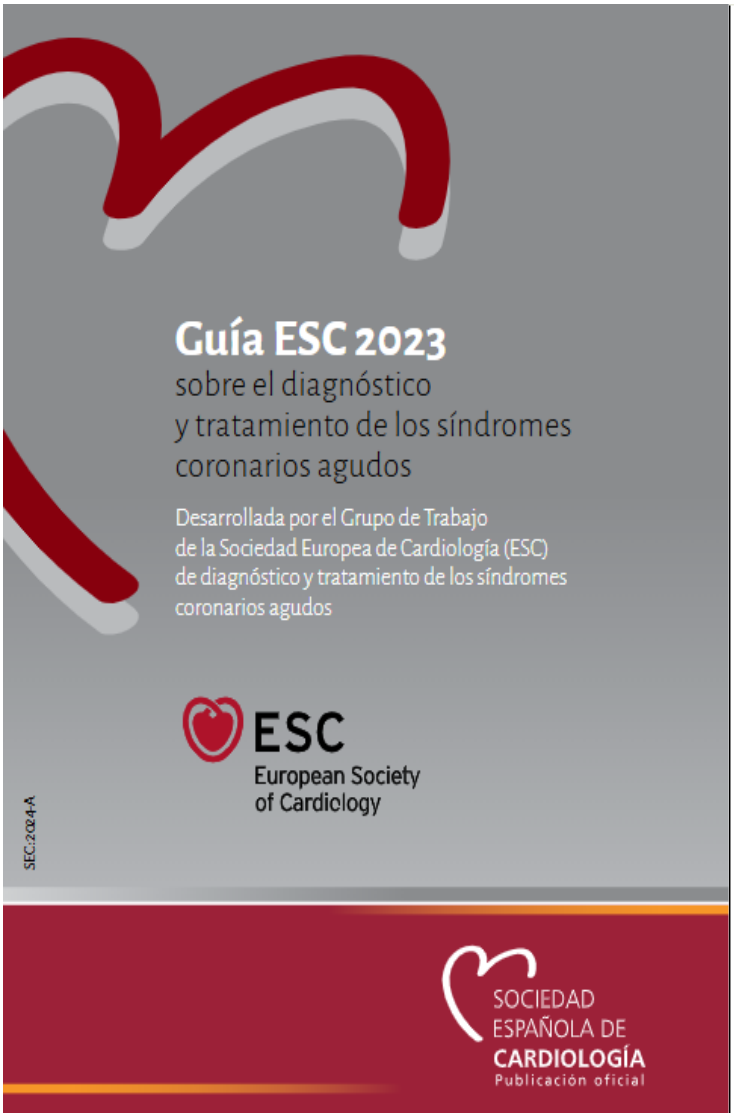
» Internación » Unidad Cuidado Intensivo ADULTOS

Editar | Administrar

Documento específico

Ficha técnica	
Código	GM01
Origen	Interno
Emisor	Hospital Cardiovascular de Cundinamarca S.A
Clase	Guía Médica
Fecha	2021-01-01
Archivos (2)	F23 GC Recomendaciones.pdf 543.99 KB GPC SINDROME CORONARIO AGUDO.pdf 3.38 MB
Estado	Vigente: 1.0

SINDROME CORONARIO AGUDO



TIPO DE DOCUMENTO	Área o proceso que lo genera:		
FORMATO	GARANTÍA DE LA CALIDAD		
NOMBRE	Código	Versión	Paginado
RELATORÍA REUNIÓN DE EXPERTOS RECOMENDACIONES	F23 GC	01	1 de 23

GUÍA: GUÍA DE PRÁCTICA CLÍNICA PARA SINDROME CORONARIO AGUDO.

RECOMENDACIONES:

Tabla 1. Clases de recomendaciones

	Definición	Expresiones propuestas
Clase I	Evidencia y/o acuerdogeneral en que un determinado procedimiento diagnóstico/tratamiento es beneficioso, útil y efectivo.	Se recomienda / está indicado
Clase II	Evidencia conflictiva y/o divergencia de opinión acerca de la utilidad/eficacia de un determinado tratamiento oprocedimiento.	
Clase IIa	El peso de la evidencia/opinión está a favor de su utilidad/eficacia.	Se debe recomendar
Clase IIb	La utilidad/eficacia está menos establecida por laevidencia/opinión.	Se debe recomendar
Clase III	Evidencia o acuerdo generalen que un determinado tratamiento no es útil/ efectivo y en algunos casos puede ser perjudicial.	No se recomienda

Tabla 4. Recomendaciones nuevas

Recomendaciones	Clase[a]	Nivel[b]
Recomendaciones sobre el tratamiento antiagregante y anticoagulante en el síndrome coronario agudo		
Cuando los pacientes con SCA interrumpen la DAPT para someterse a cirugía de revascularización coronaria se recomienda reinstaurar el tratamiento después de la cirugía durante al menos 12 meses	I	C
En pacientes mayores con SCA, especialmente si tienen riesgo hemorrágico alto, se puede considerar la administración de clopidogrel como inhibidor del receptor de P2Y	IIb	B
Recomendaciones sobre regímenes alternativos de tratamiento antitrombótico		
Para pacientes sin complicaciones después de 3-6 meses de DAPT y sin riesgo isquémico alto, se debe considerar el tratamiento con un solo antiagregante (preferiblemente un inhibidor del receptor de P2Y	IIa	A
Se puede considerar la monoterapia con un inhibidor del receptor de P2Y como alternativa a la aspirina en monoterapia para el tratamiento a largo plazo	IIb	A
Para pacientes con riesgo hemorrágico alto, se puede considerar la monoterapia con aspirina o un inhibidor del receptor de $P2Y_{12}$ después de un mes de DAPT	IIb	B
Para pacientes que requieren ACO, se puede considerar la suspensión del tratamiento antiagregante después de 6 meses mientras se continúa la ACO	IIb	B
No se recomienda la desescalada del tratamiento antiagregante en los 30 primeros días tras un SCA	III	B
Recomendaciones sobre la parada cardiaca intra y extrahospitalaria		
Se recomienda la evaluación del pronóstico neurológico (no antes de 72 h tras el ingreso) de todos los supervivientes comatosos tras una parada cardiaca	I	C
Se debe considerar el traslado de los pacientes en parada cardiaca extrahospitalaria a un centro especializado según el protocolo local	IIa	C
Recomendaciones sobre los aspectos técnicos de las estrategias invasivas		
Para pacientes con disección arterial coronaria espontánea, solo se recomienda la ICP para los pacientes con síntomas y signos isquemia miocárdica en curso, con una zona grande de miocardio en riesgo y flujo anterógrado reducido	I	C
Se debe considerar el uso de imagen intracoronaria para guiar la ICP	IIa	A
Se puede considerar el uso de imagen intracoronaria (preferiblemente tomografía de coherencia óptica) para pacientes con lesiones culpables ambiguas	IIb	C