

**Pregunta 2: En adultos con infarto agudo de miocardio con elevación persistente del segmento ST (IMCEST), donde el tiempo desde el diagnóstico por EKG a la realización de la ICP primaria es mayor de 120 minutos, ¿se debería brindar estrategia farmacoinvasiva (fibrinólisis e intervención coronaria percutánea) en lugar de solo fibrinólisis?**

### Introducción

Cuando se realiza la terapia de reperfusión durante el infarto de miocardio con elevación persistente del segmento ST manera oportuna (<120 min), se prefiere brindar la intervención coronaria percutánea (ICP) primaria en lugar de fibrinólisis sola (17). Sin embargo, en nuestro contexto persisten algunas barreras logísticas (como la extensión geográfica entre el departamento de residencia y el centro de salud, falta de centros con capacidad para realizar ICP, centralismo de los centros con capacidad para realizar ICP, etc.) que impiden brindar la ICP primaria en ese lapso. Ante esta situación, se hipotetiza que la estrategia farmacoinvasiva (fibrinólisis e intervención coronaria percutánea) podría ofrecer beneficios en las primeras 24 horas. Por ello, se planteó la presente pregunta que compara la fibrinólisis + intervención coronaria percutánea con la fibrinólisis sola.

### Pregunta PICO abordada en esta pregunta clínica:

La presente pregunta clínica abordó una pregunta PICO:

Pregunta PICO N°	Paciente / Problema	Intervención / Comparación	Desenlaces
2.1	Adultos con IMCEST	Fibrinólisis + intervención coronaria percutánea / Fibrinólisis o trombólisis	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Mortalidad</li> <li>• Re-infarto de miocardio</li> <li>• Calidad de vida</li> <li>• Eventos isquémicos</li> <li>• Accidente cerebrovascular (ACV)</li> <li>• Disfunción ventricular izquierda / falla cardíaca clínica</li> <li>• Angina de pecho</li> <li>• Revascularización de la lesión diana</li> <li>• Sangrado mayor</li> </ul>

### Búsqueda de RS:

Para esta pregunta, se realizó una búsqueda de GPC que tengan RS (**Anexo N° 1**) y de RS publicadas como artículos científicos (**Anexo N° 2**). Se encontraron cuatro RS potenciales: Fazel 2020 (17), Russo 2017 (18), Al Shammeri 2013 (19), y D'Souza 2011 (20).

RS	Puntaje en AMSTAR-2	Fecha de la búsqueda (mes y año)	Número de estudios que responden la pregunta de interés	Desenlaces críticos o importantes que son evaluados por los estudios
Fazel 2020	4/16	Enero 1999 a Marzo 2019	6 ECA	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Mortalidad</li> <li>• Re-infarto de miocardio</li> <li>• Accidente cerebrovascular (ACV)</li> <li>• Sangrado mayor</li> </ul>
Russo 2017	4/16	NR	7 ECA	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Mortalidad</li> </ul>

				<ul style="list-style-type: none"> <li>• Re-infarto de miocardio</li> <li>• Hemorragia intracraneal</li> <li>• Sangrado mayor</li> </ul>
Al Shammeri 2013	4/16	1990 a Marzo-2011	5 ECA	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Mortalidad</li> <li>• Re-infarto de miocardio</li> <li>• Eventos cardiovasculares</li> <li>• Sangrado mayor</li> <li>• Revascularización</li> </ul>
D'Souza 2011	6/16	1977 a Mayo-2010	8 ECA	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Mortalidad</li> <li>• Re-infarto de miocardio</li> <li>• Isquemia</li> <li>• Sangrado mayor</li> </ul>

Se decidió realizar una búsqueda de novo de ECA (**Anexo N° 2**), debido a que las cuatro RS encontradas tenían una calidad metodológica críticamente baja (AMSTAR 4/16 a 6/16), los desenlaces principales fueron compuestos (mortalidad, re-infarto del miocardio, e isquemia), y meta-analizados a corto tiempo de seguimiento (1 mes). Producto de esta búsqueda, se encontraron ocho ECA: Scheller 2003 (21), Fernández-Avilés 2004 (22), Thiele 2005 (23), Le May 2005 (24), Armstrong 2006 (25), Di Mario 2008 (26), Cantor 2009 (27), Bøhmer 2010 (28). A continuación, se describen los desenlaces críticos o importantes evaluados por los ECA:

ECA	Desenlaces críticos o importantes evaluados por el ECA
Bøhmer 2010	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Mortalidad</li> <li>• Re-infarto de miocardio</li> <li>• Eventos isquémicos</li> <li>• Accidente cerebrovascular (ACV)</li> </ul>
Cantor 2009	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Mortalidad</li> <li>• Re-infarto de miocardio</li> <li>• Eventos isquémicos</li> <li>• Sangrado mayor</li> <li>• Accidente cerebrovascular (ACV)</li> </ul>
Di Mario 2008	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Mortalidad</li> <li>• Re-infarto de miocardio</li> <li>• Eventos isquémicos</li> <li>• Revascularización de la lesión diana</li> <li>• Sangrado mayor</li> <li>• Accidente cerebrovascular (ACV)</li> </ul>
Armstrong 2006	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Mortalidad</li> <li>• Re-infarto de miocardio</li> <li>• Eventos isquémicos</li> <li>• Revascularización de la lesión diana</li> <li>• Sangrado mayor</li> <li>• Accidente cerebrovascular (ACV)</li> </ul>
Le May 2005	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Mortalidad</li> <li>• Re-infarto de miocardio</li> <li>• Eventos isquémicos</li> <li>• Revascularización de la lesión diana</li> <li>• Sangrado mayor</li> <li>• Accidente cerebrovascular (ACV)</li> <li>• Disfunción ventricular izquierda - Fracción de eyección LV</li> </ul>
Thiele 2005	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Mortalidad</li> <li>• Re-infarto de miocardio</li> </ul>

	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Sangrado mayor</li> <li>• Accidente cerebrovascular (ACV)</li> <li>• Disfunción ventricular izquierda - Fracción de eyección LV</li> </ul>
Fernández-Avilés 2004	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Mortalidad</li> <li>• Re-infarto de miocardio</li> <li>• Eventos isquémicos</li> <li>• Revascularización de la lesión diana</li> <li>• Sangrado mayor</li> <li>• Accidente cerebrovascular (ACV)</li> </ul>
Scheller 2003	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Mortalidad</li> <li>• Re-infarto de miocardio</li> <li>• Eventos isquémicos</li> <li>• Revascularización de la lesión diana</li> <li>• Sangrado mayor</li> <li>• Accidente cerebrovascular (ACV)</li> <li>• Disfunción ventricular izquierda - Fracción de eyección LV</li> </ul>

### Evidencia por cada desenlace:

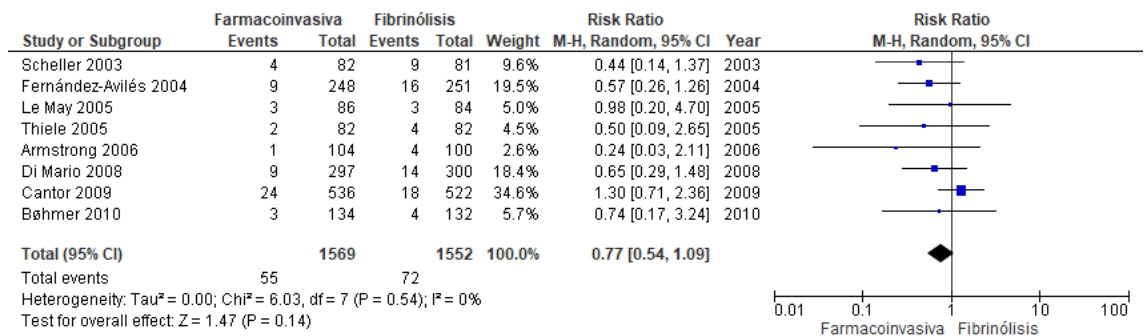
Se evaluaron los siguientes desenlaces:

- Mortalidad
  - Para este desenlace se contó con la RS de D'Souza 2011, sin embargo, se decidió no tomarlo como referencia, debido a su críticamente baja calidad metodológica según AMSTAR-2.
  - Se decidió realizar una búsqueda de novo de ECA. En dicha búsqueda se encontraron ocho ECA: Scheller 2003 (21), Fernández-Avilés 2004 (22), Thiele 2005 (23), Le May 2005 (24), Armstrong 2006 (25), Di Mario 2008 (26), Cantor 2009 (27), Bøhmer 2010 (28).
  - Para este desenlace, los 8 ECA (n=3121) incluyeron las siguientes características:
    - La población fueron pacientes mayores de 18 años con IAM con elevación persistente del segmento ST, que presentaron síntomas de infarto del miocardio (como dolor torácico) con un tiempo de duración entre 30 min y 12 horas, que no respondía a la nitroglicerina con elevación del segmento ST de 1mm en dos o más derivaciones contiguas, elevación del segmento ST de al menos 2mm en las derivaciones precordiales o nuevo bloqueo de rama. Asimismo, los pacientes debían ser elegibles para fibrinólisis, sin antecedentes de accidente cerebrovascular (ACV) o daño en el sistema nervioso central (SNC), cirugía mayor, sangrado activo, insuficiencia renal, shock cardiogénico, hipertensión arterial incontrolada (HTA), embarazo, problemas de coagulación, insuficiencia hepática. Estos estudios incluyeron pacientes provenientes de Alemania, España, Portugal, Canadá, Polonia, Italia, Francia y Noruega.
    - La intervención fue administrar una estrategia farmacoinvasiva, la cual incluyó la administración de un agente fibrinolítico, la realización de una

angiografía coronaria de rutina y la revascularización mediante una intervención coronaria percutánea (ICP) dentro de las 2 a 24 horas del diagnóstico de la IAM.

- El comparador fue administrar un agente fibrinolítico, incluido el cuidado usual del paciente o la ICP de rescate ante dolor torácico, inestabilidad hemodinámica, elevación persistente del segmento ST, reinfarto del miocardio o isquemia recurrente.
  - El desenlace fue definido como la muerte del paciente evaluado en un rango promedio de seguimiento de 1 a 12 meses.
- Para este desenlace se realizó un meta-análisis de los 8 ECA.

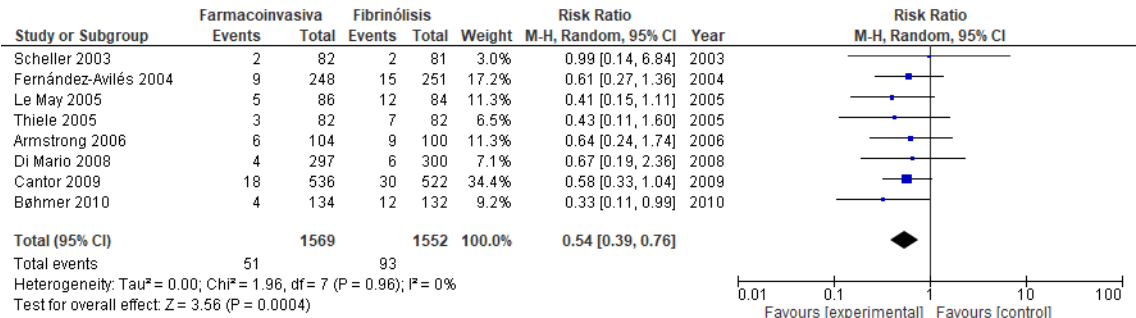
**Figura 1. Comparación entre la estrategia farmacoinvasiva y la fibrinólisis para el desenlace de mortalidad en pacientes con infarto al miocardio y elevación del segmento del ST**



● **Re-infarto de miocardio**

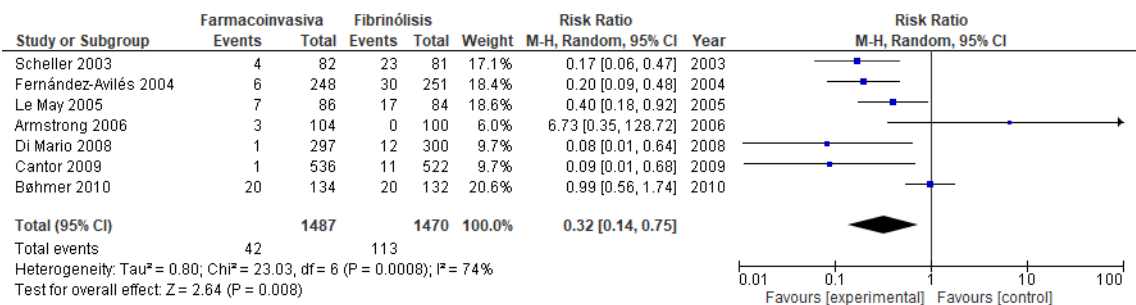
- Para este desenlace se contó con la RS de D'Souza 2011, sin embargo, se decidió no tomarlo como referencia, debido a su críticamente baja calidad metodológica según AMSTAR-2.
- Se decidió realizar una búsqueda de novo de ECA. En dicha búsqueda se encontraron ocho ECA: Scheller 2003 (21), Fernández-Avilés 2004 (22), Thiele 2005 (23), Le May 2005 (24), Armstrong 2006 (25), Di Mario 2008 (26), Cantor 2009 (27), Bøhmer 2010 (28).
- Para este desenlace, los 8 ECA (n=3121) incluyeron las siguientes características:
- La población, la intervención, y el comparador fueron descritos previamente.
  - El desenlace fue definido como la presentación clínica, con nuevos cambios en el segmento ST, y un aumento de la creatina quinasa y MB por encima del límite de referencia en pacientes con valores normalizados tras el evento índice o si hubo un aumento de la menos 50% desde la última medición normalizada; evaluado en un rango promedio de seguimiento de 1 a 12 meses.
- Para este desenlace se realizó un meta-análisis de los 8 ECA.

**Figura 2. Comparación entre la estrategia farmacoinvasiva y la fibrinólisis para el desenlace de episodios de re-infarto en pacientes con infarto al miocardio y elevación del segmento del ST**



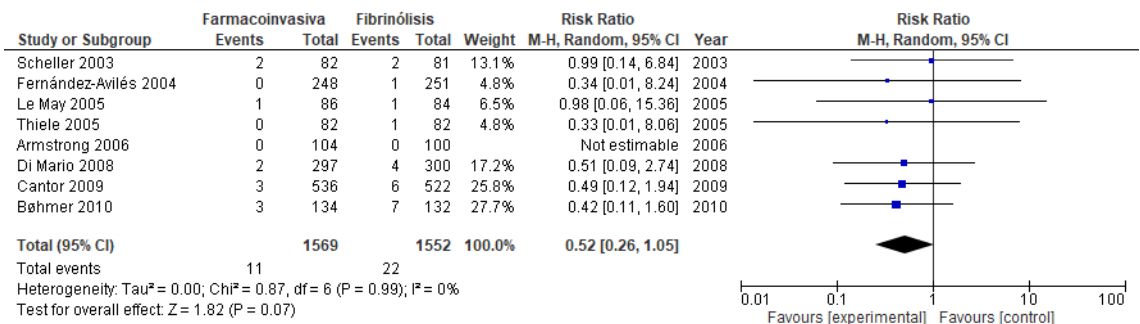
- Calidad de vida
  - Ninguna de los ECA encontrados evaluó este desenlace.
- Eventos isquémicos
  - Para este desenlace se contó con la RS de D'Souza 2011, sin embargo, se decidió no tomarlo como referencia, debido a su críticamente baja calidad metodológica según AMSTAR-2.
  - Se decidió realizar una búsqueda de novo de ECA. En dicha búsqueda se encontraron siete ECA: Scheller 2003 (21), Fernández-Avilés 2004 (22), Le May 2005 (24), Armstrong 2006 (25), Di Mario 2008 (26), Cantor 2009 (27), Bøhrmer 2010 (28).
  - Para este desenlace, los 7 ECA (n=2957) incluyeron las siguientes características:
    - La población, la intervención, y el comparador fueron descritos previamente.
    - El desenlace fue definido como angina post-infarto, angina de pecho recurrente de más de 15 min, a pesar de, la administración de nitratos o acompañada de cambios electrocardiográficos (segmento ST o en la onda T), edema pulmonar o hipotensión; evaluado en un rango promedio de seguimiento de 1 a 12 meses.
  - Para este desenlace se realizó un meta-análisis de 7 los ECA.

**Figura 3. Comparación entre la estrategia farmacoinvasiva y la fibrinólisis para el desenlace de eventos isquémicos en pacientes con infarto al miocardio y elevación del segmento del ST**



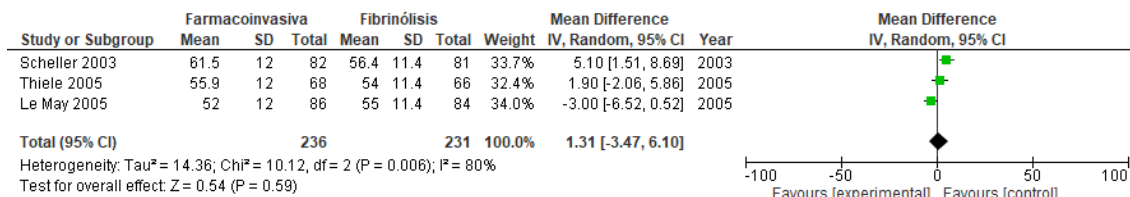
- Accidente cerebrovascular (ACV)
  - Para este desenlace se contó con la RS de Fazel 2020, sin embargo, se decidió no tomarla como referencia, debido a su críticamente baja calidad metodológica según AMSTAR-2.
  - Se decidió realizar una búsqueda de novo de ECA. En dicha búsqueda se encontraron ocho ECA: Scheller 2003 (21), Fernández-Avilés 2004 (22), Thiele 2005 (23), Le May 2005 (24), Armstrong 2006 (25), Di Mario 2008 (26), Cantor 2009 (27), Bøhmer 2010 (28).
  - Para este desenlace, los 8 ECA (n=3121) incluyeron las siguientes características:
    - La población, la intervención, y el comparador fueron descritos previamente.
    - El desenlace fue definido como el déficit neurológico focal, compatible con daño en el territorio de una arteria cerebral mayor con signos o síntomas persistentes durante 24 horas, que pudo ser hemorrágico o no hemorrágico según tomografía computarizada; evaluado en un rango promedio de seguimiento de 1 a 12 meses.
  - Para este desenlace se realizó un meta-análisis de los 8 ECA.

**Figura 4. Comparación entre la estrategia farmacoinvasiva y la fibrinólisis para el desenlace de accidente cerebrovascular en pacientes con infarto al miocardio y elevación del segmento del ST**



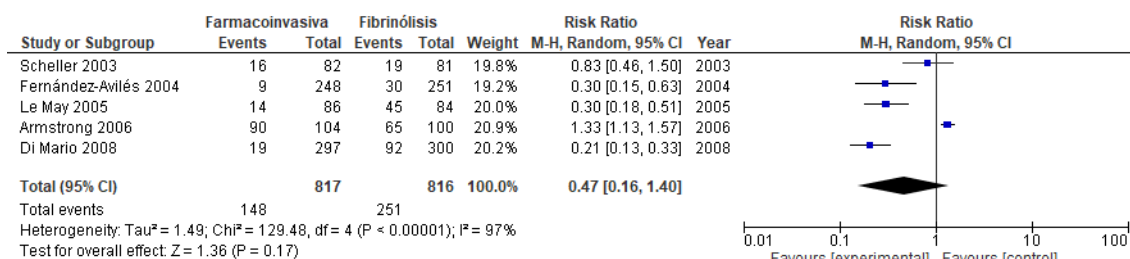
- Disfunción ventricular izquierda (fracción de eyección LV)
  - Para este desenlace no se contó con RS.
  - Se decidió realizar una búsqueda de novo de ECA. En dicha búsqueda se encontraron tres ECA: Scheller 2003 (21), Thiele 2005 (23), Le May 2005 (24).
  - Para este desenlace, los 3 ECA (n=467) incluyeron las siguientes características:
    - La población, la intervención, y el comparador fueron descritos previamente.
    - El desenlace fue evaluado numéricamente como la fracción de eyección del ventrículo izquierdo (FEVI) medido al final del seguimiento; evaluado en un rango promedio de seguimiento de 1 a 6 meses.
  - Para este desenlace se realizó un meta-análisis de los 3 ECA.

**Figura 5. Comparación entre la estrategia farmacoinvasiva y la fibrinólisis para el desenlace de disfunción ventricular izquierda en pacientes con infarto al miocardio y elevación del segmento del ST**



- Revascularización de la lesión diana
  - Para este desenlace se contó con la RS de Al Shammeri 2013, sin embargo, se decidió no tomarla como referencia, debido a su críticamente baja calidad metodológica según AMSTAR-2.
  - Se decidió realizar una búsqueda de novo de ECA. En dicha búsqueda se encontraron cinco ECA: Scheller 2003 (21), Fernández-Avilés 2004 (22), Le May 2005 (24), Armstrong 2006 (25), Di Mario 2008 (26).
  - Para este desenlace, los 5 ECA (n=1633) incluyeron las siguientes características:
    - La población, la intervención, y el comparador fueron descritos previamente.
    - El desenlace fue definido como cualquier re-intervención o cirugía de injerto de derivación de la arteria coronaria que involucre el vaso relacionado con el infarto; evaluado en un rango promedio de seguimiento de 1 a 12 meses.
  - Para este desenlace se realizó un meta-análisis de los 5 ECA.

**Figura 6. Comparación entre la estrategia farmacoinvasiva y la fibrinólisis para el desenlace de revascularización de la lesión diana en pacientes con infarto al miocardio y elevación del segmento del ST**

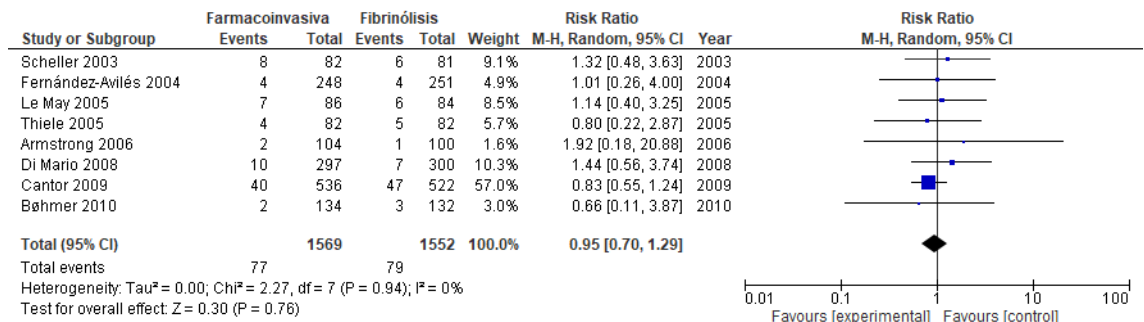


- Sangrado mayor
  - Para este desenlace se contó con la RS de D'Souza 2011, sin embargo, se decidió no tomarla como referencia, debido a su críticamente baja calidad metodológica según AMSTAR-2.
  - Se decidió realizar una búsqueda de novo de ECA. En dicha búsqueda se encontraron ocho ECA: Scheller 2003 (21), Fernández-Avilés 2004 (22), Thiele

2005 (23), Le May 2005 (24), Armstrong 2006 (25), Di Mario 2008 (26), Cantor 2009 (27), Bøhmer 2010 (28).

- Para este desenlace, los 8 ECA (n=3121) incluyeron las siguientes características:
  - La población, la intervención, y el comparador fueron descritos previamente.
  - El desenlace fue definido como el sangrado que requiere transfusión de sangre y/o causa compromiso hemodinámico; evaluado en un rango promedio de seguimiento de 1 mes.
- Para este desenlace se realizó un meta-análisis de los 8 ECA.

**Figura 7. Comparación entre la estrategia farmacoinvasiva y la fibrinólisis para el desenlace de sangrado mayor en pacientes con infarto al miocardio y elevación del segmento del ST**





## Tabla de Resumen de la Evidencia (*Summary of Findings, SoF*):

<p><b>Población:</b> Adultos con IMCEST, cuyo tiempo del diagnóstico por EKG a la realización de la ICP es mayor de 120 minutos.</p> <p><b>Intervención:</b> Estrategia farmacoinvasiva (fibrinólisis + intervención coronaria percutánea).</p> <p><b>Comparador:</b> Fibrinólisis o trombólisis.</p> <p><b>Autores:</b> Carolina Delgado-Flores</p> <p><b>Bibliografía por desenlace:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Mortalidad:</b> Scheller 2003, Fernández-Avilés 2004, Thiele 2005, Le May 2005, Armstrong 2006, Di Mario 2008, Cantor 2009, Bøhmer 2010.</li> <li>• <b>Re-infarto de miocardio:</b> Scheller 2003, Fernández-Avilés 2004, Thiele 2005, Le May 2005, Armstrong 2006, Di Mario 2008, Cantor 2009, Bøhmer 2010.</li> <li>• <b>Calidad de vida:</b> Ninguno.</li> <li>• <b>Eventos isquémicos:</b> Scheller 2003, Fernández-Avilés 2004, Le May 2005, Armstrong 2006, Di Mario 2008, Cantor 2009, Bøhmer 2010.</li> <li>• <b>Accidente cerebrovascular (ACV):</b> Scheller 2003, Fernández-Avilés 2004, Thiele 2005, Le May 2005, Armstrong 2006, Di Mario 2008, Cantor 2009, Bøhmer 2010.</li> <li>• <b>Disfunción ventricular izquierda (fracción de eyección LV):</b> Scheller 2003, Thiele 2005, Le May 2005.</li> <li>• <b>Angina de pecho:</b> Ninguno.</li> <li>• <b>Revascularización de la lesión diana:</b> Scheller 2003, Fernández-Avilés 2004, Le May 2005, Armstrong 2006, Di Mario 2008.</li> <li>• <b>Sangrado mayor:</b> Scheller 2003, Fernández-Avilés 2004, Thiele 2005, Le May 2005, Armstrong 2006, Di Mario 2008, Cantor 2009, Bøhmer 2010.</li> </ul>							
<b>Beneficios:</b>							
Desenlaces	Número y Tipo de estudios	Intervención: Estrategia farmacoinvasiva	Comparador: Fibrinólisis	Efecto relativo (IC 95%)	Diferencia (IC 95%)	Certeza	Importancia
Mortalidad (rango medio: 1 a 12 meses)	8 ECA (3121)	55/1569 (3.5%)	72/1552 (4.6%)	RR: 0.77 (0.54 a 1.09)	11 menos por 1000 (IC95%: 21 menos a 4 más)	⊕○○○ MUY BAJA <sup>a,b,c</sup>	CRÍTICO
Re-infarto de miocardio (rango medio: 1 a 12 meses)	8 ECA (3121)	51/1569 (3.3%)	93/1552 (6.0%)	RR: 0.54 (0.39 a 0.76)	28 menos por 1000 (IC95%: 37 menos a 14 menos)	⊕⊕○○ BAJA <sup>a,c</sup>	CRÍTICO
Calidad de vida	Ninguno de los ECA encontrados evaluó este desenlace.						IMPORTANTE
Eventos isquémicos (rango medio: 1 a 12 meses)	7 ECA (2957)	42/1487 (2.8%)	113/1470 (7.7%)	RR: 0.32 (0.14 a 0.75)	52 menos por 1000 (IC95%: 66 menos a 19 menos)	⊕○○○ MUY BAJA <sup>a,c,d</sup>	CRÍTICO
Revascularización de la lesión diana (rango medio: 1 a 12 meses)	5 ECA (1633)	148/817 (18.1%)	251/816 (30.8%)	RR: 0.47 (0.16 a 1.40)	163 menos por 1000 (IC95%: 258 menos a 123 más)	⊕○○○ MUY BAJA <sup>a,b,c,d</sup>	IMPORTANTE
<b>Daños:</b>							
Desenlaces (outcomes)	Número y Tipo de estudios	Intervención: Estrategia farmacoinvasiva	Comparador: Fibrinólisis	Efecto relativo (IC 95%)	Diferencia (IC 95%)	Certeza	Importancia
ACV (rango medio: 1 a 12 meses)	8 ECA (3121)	11/1569 (0.7%)	22/1552 (1.4%)	RR: 0.52 (0.26 a 1.05)	7 menos por 1000 (IC95%: 10 menos a 1 más)	⊕○○○ MUY BAJA <sup>a,b,c</sup>	CRÍTICO

Disfunción ventricular izquierda (rango medio: 1 a 6 meses)	3 ECA (467)	Promedio: 56.47%	Promedio: 55.13%	-	<b>DM: 1.31%</b> (-3.47 a 6.10)	⊕○○○ MUY BAJA <sup>a,b,c,d</sup>	IMPORTANTE
Angina de pecho	Ninguno de los ECA encontrados evaluó este desenlace.						IMPORTANTE
Sangrado mayor (rango medio: 1 meses)	8 ECA (3121)	77/1569 (4.9%)	79/1552 (5.1%)	<b>RR: 0.95</b> (0.70 a 1.29)	<b>3 menos por 1000</b> (IC95%: 15 menos a 15 más)	⊕○○○ MUY BAJA <sup>a,b,c</sup>	CRÍTICO
<p><b>IC:</b> Intervalo de confianza; <b>RR:</b> Razón de riesgo.</p> <p><b>Explicaciones de riesgo de sesgo:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>a. Se disminuyó un nivel por riesgo de sesgo: riesgo de sesgo poco claro en la generación de la secuencia aleatoria y del reporte selectivo de los resultados, y alto riesgo de sesgo en el ocultamiento de la asignación.</li> <li>b. Se disminuyó un nivel por imprecisión: debido a que la amplitud del intervalo de confianza.</li> <li>c. Se disminuyó un nivel por evidencia indirecta: al grupo comparador (fibrinólisis) en ocasiones se le terminó realizando ICP.</li> <li>d. Se disminuyó un nivel por inconsistencia (<math>I^2 &gt; 70\%</math>).</li> </ul>							

## Tabla de la Evidencia a la Decisión (*Evidence to Decision*, EtD):

Presentación:

<b>Pregunta 2: En adultos con infarto agudo de miocardio con elevación persistente del segmento ST (IMCEST), donde el tiempo desde el diagnóstico por EKG a la realización de la ICP primaria es mayor de 120 minutos, ¿se debería brindar estrategia farmacoinvasiva (fibrinólisis e intervención coronaria percutánea) en lugar de solo fibrinólisis?</b>	
<b>Población:</b>	Pacientes adultos con IMCEST y cuyo tiempo del diagnóstico por EKG a la realización de la ICP es mayor de 120 minutos
<b>Intervenciones a comparar:</b>	Intervención: estrategia farmacoinvasiva (fibrinólisis + intervención coronaria percutánea). Comparador: fibrinólisis o trombólisis.
<b>Desenlaces principales:</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Mortalidad</li> <li>• Re-infarto de miocardio</li> <li>• Calidad de vida</li> <li>• Eventos isquémicos</li> <li>• Accidente cerebrovascular (ACV)</li> <li>• Disfunción ventricular izquierda (fracción de eyección del ventrículo izquierdo)</li> <li>• Angina de pecho</li> <li>• Revascularización de la lesión diana</li> <li>• Sangrado mayor</li> </ul>
<b>Escenario:</b>	EsSalud
<b>Perspectiva:</b>	Recomendación clínica – poblacional
<b>Conflictos de intereses:</b>	Los miembros del GEG manifestaron no tener conflictos de interés con esta pregunta.

Evaluación:

Beneficios:																						
¿Cuán sustanciales son los beneficios ocasionados al brindar la intervención frente a brindar el comparador?																						
Juicio	Evidencia		Consideraciones adicionales																			
<input type="radio"/> Trivial <input type="radio"/> Pequeño <input type="radio"/> Moderado <input checked="" type="radio"/> <b>Grande</b> <input type="radio"/> Varía <input type="radio"/> Se desconoce	<table border="1"> <thead> <tr> <th>Desenlaces (outcomes)</th> <th>Número y Tipo de estudios</th> <th>Efecto relativo (IC 95%)</th> <th>Diferencia (IC 95%)</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Mortalidad</td> <td>8 ECA (3121)</td> <td>RR: 0.77 (0.54 a 1.09)</td> <td><b>11 menos por 1000</b> (IC95%: 21 menos a 4 más)</td> </tr> <tr> <td>Re-infarto de miocardio</td> <td>8 ECA (3121)</td> <td>RR: 0.54 (0.39 a 0.76)</td> <td><b>28 menos por 1000</b> (IC95%: 37 menos a 14 menos)</td> </tr> <tr> <td>Eventos isquémicos</td> <td>7 ECA (2957)</td> <td>RR: 0.32 (0.14 a 0.75)</td> <td><b>52 menos por 1000</b> (IC95%: 66 menos a 19 menos)</td> </tr> <tr> <td>Revascularización de la lesión diana</td> <td>5 ECA (1633)</td> <td>RR: 0.47 (0.16 a 1.40)</td> <td><b>163 menos por 1000</b> (IC95%: 258 menos a 123 más)</td> </tr> </tbody> </table>	Desenlaces (outcomes)	Número y Tipo de estudios	Efecto relativo (IC 95%)	Diferencia (IC 95%)	Mortalidad	8 ECA (3121)	RR: 0.77 (0.54 a 1.09)	<b>11 menos por 1000</b> (IC95%: 21 menos a 4 más)	Re-infarto de miocardio	8 ECA (3121)	RR: 0.54 (0.39 a 0.76)	<b>28 menos por 1000</b> (IC95%: 37 menos a 14 menos)	Eventos isquémicos	7 ECA (2957)	RR: 0.32 (0.14 a 0.75)	<b>52 menos por 1000</b> (IC95%: 66 menos a 19 menos)	Revascularización de la lesión diana	5 ECA (1633)	RR: 0.47 (0.16 a 1.40)	<b>163 menos por 1000</b> (IC95%: 258 menos a 123 más)	<p>Si brindamos la estrategia farmacoinvasiva a 1000 personas en lugar de brindar solo fibrinólisis, posiblemente se evitará 28 casos de re-infarto de miocardio (IC 95%: -37 a -14), posiblemente se evitará 52 casos de eventos isquémicos (IC 95%: -66 a -19) pero esto es incierto. En contraste, posiblemente no modificaríamos el riesgo de mortalidad y de revascularización de la lesión diana, pero esto es incierto.</p> <p>En adición, la evidencia disponible al momento no permite determinar los efectos sobre la calidad de vida.</p> <p>El GEG consideró que los beneficios serían grandes (puesto que los efectos sobre el re-infarto de miocardio y eventos isquémicos se consideraron importantes).</p>
Desenlaces (outcomes)	Número y Tipo de estudios	Efecto relativo (IC 95%)	Diferencia (IC 95%)																			
Mortalidad	8 ECA (3121)	RR: 0.77 (0.54 a 1.09)	<b>11 menos por 1000</b> (IC95%: 21 menos a 4 más)																			
Re-infarto de miocardio	8 ECA (3121)	RR: 0.54 (0.39 a 0.76)	<b>28 menos por 1000</b> (IC95%: 37 menos a 14 menos)																			
Eventos isquémicos	7 ECA (2957)	RR: 0.32 (0.14 a 0.75)	<b>52 menos por 1000</b> (IC95%: 66 menos a 19 menos)																			
Revascularización de la lesión diana	5 ECA (1633)	RR: 0.47 (0.16 a 1.40)	<b>163 menos por 1000</b> (IC95%: 258 menos a 123 más)																			
Daños:																						
¿Cuán sustanciales son los daños ocasionados al brindar la intervención frente a brindar el comparador?																						
Juicio	Evidencia		Consideraciones adicionales																			
<input type="radio"/> Grande <input type="radio"/> Moderado <input type="radio"/> Pequeño <input checked="" type="radio"/> <b>Trivial</b> <input type="radio"/> Varía <input type="radio"/> Se desconoce	<table border="1"> <thead> <tr> <th>Desenlaces (outcomes)</th> <th>Número y Tipo de estudios</th> <th>Efecto relativo (IC 95%)</th> <th>Diferencia (IC 95%)</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>ACV</td> <td>8 ECA (3121)</td> <td>RR: 0.52 (0.26 a 1.05)</td> <td><b>7 menos por 1000</b> (IC95%: 10 menos a 1 más)</td> </tr> </tbody> </table>	Desenlaces (outcomes)	Número y Tipo de estudios	Efecto relativo (IC 95%)	Diferencia (IC 95%)	ACV	8 ECA (3121)	RR: 0.52 (0.26 a 1.05)	<b>7 menos por 1000</b> (IC95%: 10 menos a 1 más)	<p>Si brindamos la estrategia farmacoinvasiva a 1000 personas en lugar de brindar solo fibrinólisis, posiblemente no modificaríamos el riesgo de ACV, disfunción ventricular izquierda, ni de sangrado mayor, pero esto es incierto.</p>												
Desenlaces (outcomes)	Número y Tipo de estudios	Efecto relativo (IC 95%)	Diferencia (IC 95%)																			
ACV	8 ECA (3121)	RR: 0.52 (0.26 a 1.05)	<b>7 menos por 1000</b> (IC95%: 10 menos a 1 más)																			

	<table border="1"> <tr> <td>Disfunción ventricular izquierda</td> <td>3 ECA (467)</td> <td>-</td> <td><b>DM: 1.31%</b> (-3.47 a 6.10)</td> </tr> <tr> <td>Sangrado mayor</td> <td>8 ECA (3121)</td> <td><b>RR: 0.95</b> (0.70 a 1.29)</td> <td><b>3 menos por 1000</b> (IC95%: 15 menos a 15 más)</td> </tr> </table>	Disfunción ventricular izquierda	3 ECA (467)	-	<b>DM: 1.31%</b> (-3.47 a 6.10)	Sangrado mayor	8 ECA (3121)	<b>RR: 0.95</b> (0.70 a 1.29)	<b>3 menos por 1000</b> (IC95%: 15 menos a 15 más)	<p>En adicción, la evidencia disponible al momento no permite determinar los efectos sobre la angina de pecho.</p> <p>El GEG consideró que los daños serían triviales (puesto que los efectos sobre ACV, disfunción ventricular izquierda, y de sangrado mayor fueron similares tanto para la estrategia farmacoinvasiva y fibrinólisis).</p>																
Disfunción ventricular izquierda	3 ECA (467)	-	<b>DM: 1.31%</b> (-3.47 a 6.10)																							
Sangrado mayor	8 ECA (3121)	<b>RR: 0.95</b> (0.70 a 1.29)	<b>3 menos por 1000</b> (IC95%: 15 menos a 15 más)																							
<b>Certeza de la evidencia:</b> ¿Cuál es la certeza general de la evidencia?																										
Juicio	Evidencia		Consideraciones adicionales																							
<ul style="list-style-type: none"> <li>● <b>Muy baja</b></li> <li>○ Baja</li> <li>○ Moderada</li> <li>○ Alta</li> <li>○ No se evaluaron estudios</li> </ul>	<table border="1"> <thead> <tr> <th>Desenlaces (outcomes)</th> <th>Certeza</th> <th>Importancia</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Mortalidad</td> <td>⊕○○○ MUY BAJA</td> <td>CRÍTICO</td> </tr> <tr> <td>Re-infarto de miocardio</td> <td>⊕⊕○○ BAJA</td> <td>CRÍTICO</td> </tr> <tr> <td>Eventos isquémicos</td> <td>⊕○○○ MUY BAJA</td> <td>CRÍTICO</td> </tr> <tr> <td>Revascularización de la lesión diana</td> <td>⊕○○○ MUY BAJA</td> <td>IMPORTANTE</td> </tr> <tr> <td>ACV</td> <td>⊕○○○ MUY BAJA</td> <td>CRÍTICO</td> </tr> <tr> <td>Disfunción ventricular izquierda</td> <td>⊕○○○ MUY BAJA</td> <td>IMPORTANTE</td> </tr> <tr> <td>Sangrado mayor</td> <td>⊕○○○ MUY BAJA</td> <td>CRÍTICO</td> </tr> </tbody> </table>	Desenlaces (outcomes)	Certeza	Importancia	Mortalidad	⊕○○○ MUY BAJA	CRÍTICO	Re-infarto de miocardio	⊕⊕○○ BAJA	CRÍTICO	Eventos isquémicos	⊕○○○ MUY BAJA	CRÍTICO	Revascularización de la lesión diana	⊕○○○ MUY BAJA	IMPORTANTE	ACV	⊕○○○ MUY BAJA	CRÍTICO	Disfunción ventricular izquierda	⊕○○○ MUY BAJA	IMPORTANTE	Sangrado mayor	⊕○○○ MUY BAJA	CRÍTICO	Entre los outcomes críticos, la menor creteza fue muy baja.
Desenlaces (outcomes)	Certeza	Importancia																								
Mortalidad	⊕○○○ MUY BAJA	CRÍTICO																								
Re-infarto de miocardio	⊕⊕○○ BAJA	CRÍTICO																								
Eventos isquémicos	⊕○○○ MUY BAJA	CRÍTICO																								
Revascularización de la lesión diana	⊕○○○ MUY BAJA	IMPORTANTE																								
ACV	⊕○○○ MUY BAJA	CRÍTICO																								
Disfunción ventricular izquierda	⊕○○○ MUY BAJA	IMPORTANTE																								
Sangrado mayor	⊕○○○ MUY BAJA	CRÍTICO																								
<b>Desenlaces importantes para los pacientes:</b> ¿La tabla SoF considera todos los desenlaces importantes para los pacientes?																										
Juicio	Evidencia		Consideraciones adicionales																							
<ul style="list-style-type: none"> <li>○ No</li> <li>○ Probablemente no</li> <li>● <b>Probablemente sí</b></li> <li>○ Sí</li> </ul>			El GEG consideró que probablemente si se evaluaron todos los desenlaces críticos para los pacientes como: mortalidad, re-infarto de miocardio, eventos isquémicos, ACV, disfunción ventricular, revascularización de la lesión diana, sangrado mayor; pero se desconocen los efectos específicamente de la calidad de vida o angina de pecho.																							
<b>Balance de los efectos:</b> ¿El balance entre beneficios y daños favorece a la intervención o al comparador? (tomar en cuenta los beneficios, daños, certeza de la evidencia y la presencia de desenlaces importantes)																										
Juicio	Evidencia		Consideraciones adicionales																							
<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Favorece al comparador</li> <li>○ Probablemente favorece al comparador</li> <li>○ No favorece a la intervención ni al comparador</li> <li>○ Probablemente favorece a la intervención</li> <li>● <b>Favorece a la intervención</b></li> </ul>			Considerando los beneficios, los daños, desenlaces importantes para los pacientes, y la certeza de la evidencia, el GEG consideró que el balance favorece a la estrategia farmacoinvasiva en lugar de solo fibrinólisis.																							

<input type="radio"/> Varía <input type="radio"/> Se desconoce														
<b>Uso de recursos:</b>														
¿Qué tan grandes son los requerimientos de recursos (costos) de la intervención frente al comparador para un paciente (de ser una enfermedad crónica, usar el costo anual)?														
Juicio	Evidencia	Consideraciones adicionales												
<input type="radio"/> Costos elevados <input checked="" type="radio"/> <b>Costos moderados</b> <input type="radio"/> Intervención y comparador cuestan similar <input type="radio"/> Ahorros moderados <input type="radio"/> Ahorros extensos <input type="radio"/> Varía <input type="radio"/> Se desconoce	<table border="1"> <thead> <tr> <th>Ítem</th> <th>Fibrinólisis</th> <th>Estrategia Farmacoinvasiva</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td><b>Fibrinólisis</b> (Consultas, día de cama de baja complejidad y UCI, exámenes de laboratorio, de imagen, insumos y fármacos [entre ellos fibrinolíticos]).</td> <td style="text-align: center;">USD 584</td> <td style="text-align: center;">USD 584</td> </tr> <tr> <td><b>ICP</b> (Procedimiento que incluye día de cama de baja complejidad y UCI, exámenes de laboratorio y de imagen, insumos, stents, guías y balones).</td> <td style="text-align: center;">USD 0</td> <td style="text-align: center;">USD 2 316</td> </tr> <tr> <td><b>TOTAL</b></td> <td style="text-align: center;"><b>USD 584</b></td> <td style="text-align: center;"><b>USD 2900</b></td> </tr> </tbody> </table> <p><i>Fuente: Ministerio de Salud. Guía de práctica clínica de infarto agudo del miocardio. Chile. 2018.</i></p>	Ítem	Fibrinólisis	Estrategia Farmacoinvasiva	<b>Fibrinólisis</b> (Consultas, día de cama de baja complejidad y UCI, exámenes de laboratorio, de imagen, insumos y fármacos [entre ellos fibrinolíticos]).	USD 584	USD 584	<b>ICP</b> (Procedimiento que incluye día de cama de baja complejidad y UCI, exámenes de laboratorio y de imagen, insumos, stents, guías y balones).	USD 0	USD 2 316	<b>TOTAL</b>	<b>USD 584</b>	<b>USD 2900</b>	Brindar la estrategia farmacoinvasiva sería más costoso que el brindar solo fibrinólisis. Por ello, se consideró que podría generar costos moderados.
Ítem	Fibrinólisis	Estrategia Farmacoinvasiva												
<b>Fibrinólisis</b> (Consultas, día de cama de baja complejidad y UCI, exámenes de laboratorio, de imagen, insumos y fármacos [entre ellos fibrinolíticos]).	USD 584	USD 584												
<b>ICP</b> (Procedimiento que incluye día de cama de baja complejidad y UCI, exámenes de laboratorio y de imagen, insumos, stents, guías y balones).	USD 0	USD 2 316												
<b>TOTAL</b>	<b>USD 584</b>	<b>USD 2900</b>												
<b>Inequidad:</b>														
¿Al preferir la intervención en lugar del comparador, se generará inequidad? (Inequidad: desfavorecer a poblaciones vulnerables como mayores de edad, personas de escasos recursos económicos, personas que viven en contextos rurales, personas que tienen escaso acceso a los servicios de salud, etc.)														
Juicio	Evidencia	Consideraciones adicionales												
<input type="radio"/> Reducido <input checked="" type="radio"/> <b>Probablemente reduzca la equidad</b> <input type="radio"/> Probablemente no tenga impacto <input type="radio"/> Probablemente incremente la equidad <input type="radio"/> Incrementa la equidad <input type="radio"/> Varía <input type="radio"/> Se desconoce		El GEG consideró que de preferir la estrategia farmacoinvasiva en lugar de solo fibrinólisis, es probable se reduzca la equidad. Debido a que, como parte de la estrategia farmacoinvasiva se incluye la ICP, la cual requiere de equipos, instrumental, dispositivos médicos, que se encuentran disponibles en centros de mayor complejidad. Adicionalmente, se requiere de personal de salud sanitario capacitado para brindar este tipo de intervenciones. Por lo que, aquellos pacientes que habitan en contextos rurales o con escaso acceso a los servicios de salud, podrían verse desfavorecidos, o tendrían una atención de la intervención retardada.												
<b>Aceptabilidad:</b>														
¿La intervención es aceptable para el personal de salud y los pacientes?														
Juicio	Evidencia	Consideraciones adicionales												
<input type="radio"/> No <input type="radio"/> Probablemente no <input type="radio"/> Probablemente sí <input checked="" type="radio"/> <b>Sí</b> <input type="radio"/> Varía <input type="radio"/> Se desconoce		<p><b>Personal de salud:</b> El GEG consideró que luego de conocer la evidencia sobre los beneficios y daños de la estrategia farmacoinvasiva comparada con solo fibrinólisis, los profesionales de la salud aceptarían brindar la intervención en los pacientes con IAM.</p> <p><b>Pacientes:</b> El GEG consideró que luego de conocer la evidencia sobre</p>												

		los beneficios y daños de la estrategia farmacoinvasiva comparada con solo fibrinolisis, los pacientes aceptarían la intervención.
<b>Factibilidad:</b> ¿La intervención es factible de implementar?		
Juicio	Evidencia	Consideraciones adicionales
<ul style="list-style-type: none"> <li><input type="radio"/> No</li> <li><input type="radio"/> Probablemente no</li> <li><input checked="" type="radio"/> <b>Probablemente sí</b></li> <li><input type="radio"/> Sí</li> <li><input type="radio"/> Varía</li> <li><input type="radio"/> Se desconoce</li> </ul>		El GEG consideró que probablemente sí se pueda implementar la estrategia farmacoinvasiva, dentro de la institución, considerando que el fibrinolítico (alteplase) se encuentran disponibles en el petitorio de EsSalud. Sin embargo, se enfatizó la necesidad de capacitaciones para el uso de dicho fármaco.

### Resumen de los juicios:

	JUICIOS						
<b>BENEFICIOS</b>	Trivial	Pequeño		Moderado	<b>Grande</b>	Varía	Se desconoce
<b>DAÑOS</b>	Grande	Moderada		Pequeño	<b>Trivial</b>	Varía	Se desconoce
<b>CERTEZA DE LA EVIDENCIA</b>	<b>Muy baja</b>	Baja		Moderada	Alta	Ningún estudio incluido	
<b>CONSIDERA TODOS LOS DESENLACES IMPORTANTES</b>	No	Posiblemente no		<b>Posiblemente sí</b>	Sí		
<b>BALANCE DE BENEFICIOS / DAÑOS</b>	Favorece al comparador	Probablemente favorece al comparador	No favorece a la intervención ni al comparador	Probablemente favorece a la intervención	<b>Favorece a la intervención</b>	Varía	Se desconoce
<b>USO DE RECURSOS</b>	Costos extensos	<b>Costos moderados</b>	Costos y ahorros despreciables	Ahorros moderados	Ahorros extensos	Varía	Se desconoce
<b>EQUIDAD</b>	Incrementa la inequidad	<b>Probablemente incrementa la inequidad</b>	Probablemente no tenga impacto en la equidad	Probablemente incrementa la equidad	Incrementa la equidad	Varía	Se desconoce
<b>ACEPTABILIDAD</b>	No	Probablemente no		Probablemente sí	<b>Sí</b>	Varía	Se desconoce
<b>FACTIBILIDAD</b>	No	Probablemente no		<b>Probablemente sí</b>	Sí	Varía	Se desconoce
<b>RECOMENDACIÓN FINAL: SI LA PREGUNTA ES SOBRE USAR LA INTERVENCIÓN "A" O LA INTERVENCIÓN "B" (CONTROL)</b>	Recomendación <b>fuerte a favor</b> del control	Recomendación <b>condicional a favor</b> del control	Recomendación <b>condicional a favor</b> de la intervención o del control	Recomendación <b>condicional a favor</b> de la intervención	<b>Recomendación fuerte a favor de la intervención</b>	No emitir recomendación	

### Recomendaciones y justificación:

<b>Justificación de la dirección y fuerza de la recomendación</b>	<b>Recomendación</b>
---	----------------------

<p><b>Dirección:</b> Los beneficios de brindar la estrategia farmacoinvasiva se consideraron grandes (puesto que los efectos sobre el re-infarto de miocardio y eventos isquémicos se consideraron importantes) y los daños se consideraron triviales (puesto que los efectos sobre ACV, disfunción ventricular izquierda, y de sangrado mayor no fueron mayores con la estrategia farmacoinvasiva). Por ello, se emitió una recomendación <b>a favor de la intervención</b>.</p> <p><b>Fuerza:</b> A pesar de que la certeza de la evidencia fue muy baja y que la estrategia farmacoinvasiva podría generar costos moderados, esta intervención sería aceptada por parte de los profesionales de la salud y pacientes dada la magnitud de sus efectos beneficiosos, así también posiblemente se evaluaron los desenlaces más importantes para estos pacientes, y probablemente sea factible su implementación dentro de la institución. Por ello, esta recomendación fue <b>fuerte</b>.</p>	<p>En pacientes adultos con IMCEST, donde el tiempo desde el diagnóstico por EKG a la realización de la ICP primaria es mayor de 120 minutos, recomendamos brindar estrategia farmacoinvasiva (fibrinólisis seguida de intervención coronaria percutánea) en lugar de solo fibrinólisis.</p> <p><b>Recomendación fuerte a favor de la intervención</b></p> <p><b>Certeza de la evidencia: Muy baja</b> (⊕⊖⊖⊖)</p>
---	---

#### Buenas Prácticas Clínicas (BPC):

El GEG consideró relevante emitir las siguientes BPC al respecto de la pregunta clínica desarrollada:

Justificación	BPC
<p>El GEG consideró necesario precisar los escenarios posibles después de realizada la fibrinólisis, con la finalidad de brindar la intervención más oportuna para el paciente, esto de acuerdo con la Guía de la Sociedad Europea de Cardiología (ESC, por sus siglas en inglés) del 2017 (29).</p>	<p>En los pacientes adultos con IMCEST, en quienes se le realizó fibrinólisis y esta fue efectiva para la disolución del trombo, realizar ICP dentro de las 2 a 24 horas posterior a la fibrinólisis, como parte de una estrategia farmacoinvasiva</p> <p>En los pacientes adultos con IMCEST, en quienes se le realizó fibrinólisis y esta no fue efectiva para la disolución del trombo, realizar ICP de rescate de manera inmediata, como parte de una estrategia farmacoinvasiva.</p>
<p>Asimismo, es necesario definir la fibrinólisis efectiva para la adecuada toma de decisiones, por lo que, el GEG consideró adecuado tomar la definición según la Guía de la Sociedad Europea de Cardiología (ESC, por sus siglas en inglés) del 2017 (29).</p>	<p>Considere la fibrinólisis efectiva cuando haya “caída” de la elevación del segmento ST &gt; 50% a los 60-90 minutos del inicio de la administración del fibrinolítico, arritmia típica de reperfusión, y desaparición del dolor torácico.</p>
<p>El GEG consideró oportuno mencionar que se debería brindar fibrinólisis pre-hospitalaria, dependiendo de su disponibilidad y capacitación del persona, esto de acuerdo con la Guía de Práctica Clínica de la <i>Canadian Cardiovascular</i></p>	<p>Considere brindar la fibrinólisis pre-hospitalaria (en ambulancia o en centro de salud sin capacidad de ICP), según disponibilidad.</p>

<p><i>Society/Canadian Association of Interventional Cardiology del 2018 (30).</i></p>	
<p>En base lo señalado por la guía de Canadá (30) y a diferentes experiencias sobre el uso de redes integradas de atención del paciente con infarto agudo de miocardio a nivel internacional y el beneficio observado en la disminución de sus tiempos de acción (31-33) y en el logro de las estrategias de reperfusión (34-38), el GEG considera que la implementación de una red integrada de atención dentro de las redes asistenciales/prestacionales para lograr aplicar la estrategia de reperfusión recomendada según los tiempos previstos de atención, debería ser priorizada.</p> <p>Esta red debería incluir:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• La implementación de servicios de hemodinámica y cateterización disponibles las 24 horas en lugares estratégicos de la red asistencial/prestacional según demanda de atención y geolocalización.</li> <li>• Sistema de coordinación de referencias de urgencias y emergencias por red asistencial y/o prestacional (incluye los establecimientos de salud, sistema de ambulancias, tecnología sanitaria) con protocolos de triaje y evaluación clínica del paciente con síntomas de IAM empleando herramientas de telemedicina.</li> <li>• Establecimiento de las funciones y roles del sistema de coordinación de referencias de urgencias y emergencias y/o prestacional.</li> <li>• Entrenamiento del recurso humano del sistema de coordinación y de las redes asistenciales/prestacionales en la atención del paciente con síntomas de IAM.</li> <li>• Establecimiento del flujo de referencias de cada red asistencial y/o prestacional en base a la disponibilidad de ICP, fibrinólisis y electrocardiograma; y al contexto geográfico.</li> </ul>	<p>El cumplimiento de las estrategias de reperfusión recomendadas se debería dar en el marco de una red integrada de atención del paciente con infarto agudo de miocardio (esta red incluye los establecimientos de salud, sistema de ambulancias, tecnologías sanitaria con protocolos de triaje y evaluación clínica del paciente con síntomas de IAM empleando herramientas de telemedicina, como se explicitan en el ejemplo del Anexo 4).</p>



<p>El GEG es consciente de los diferentes contextos geográficos, la diferente disponibilidad de recurso humano y material, y la diferente demanda de atención entre las regiones, por lo que considera que la implementación de estos sistemas de coordinación debe adaptarse dichos contextos.</p>	
<p>El GEG consideró necesario especificar un punto de buena práctica clínica complementario sobre el uso farmacológico en los pacientes con IAM, por lo que decidió basarse en las recomendaciones vigentes de la “Guía de práctica clínica de síndrome coronario agudo – 2017” de EsSalud (39).</p>	<p>Se deben de seguir las “recomendaciones” de manejo farmacológico coadyuvante en los pacientes con IMCEST establecidos en el Anexo 5.</p>