Mat.: Aprueba *"Prácticas Basadas en Evidencia en Procedimientos de Cardiología Intervencional"*.

Santiago.

VISTOS, Lo dispuesto en:

1. El Decreto con Fuerza de Ley N° 1, de 2005, del Ministerio de Salud, que fija texto refundido, coordinado y sistematizado del Decreto Ley N°2.763, de 1979, y de las leyes N^{os}. 18.933 y 18.469;

2. El Decreto con Fuerza de Ley N° 1/19.653, de 2001, que fija el texto refundido, coordinado y sistematizado de la ley N° 18.575, Orgánica Constitucional de Bases Generales de la Administración del Estado;

3. La Ley N°19.880, sobre Bases de los Procedimientos Administrativos de los Órganos del Estado;

4. Los Decretos Supremos N° 140/2004 y N° 38/2005, ambos del Ministerio de Salud, que aprueban los reglamentos orgánicos de los Servicios de Salud y de los Establecimientos de Autogestión en Red;

5. Las Resoluciones N°36, de 2024, y N°8, de 2025, ambas de la Contraloría General de la República, sobre exención del trámite de toma de razón y normativa aplicable a la tramitación de actos administrativos.

6. La Resolución Exenta RA 116675/330/2026 de 10 de agosto de 2026 del Servicio de Salud Metropolitano Central, que renueva el nombramiento en calidad de titular del cargo del Director del Hospital de Urgencia Asistencia Pública, adscrito al Sistema de Alta Dirección Pública, a don Patricio Raúl Barria Ailef, a contar del 15 de agosto de 2026 hasta el 15 de agosto de 2029.

XASV

Este documento ha sido firmado electrónicamente de acuerdo con la ley N° 19.799.
Para verificar la integridad y autenticidad de este documento ingrese al siguiente link:
https://doc.digital.gob.cl/validador/7VBSHY-081

CONSIDERANDO

a) Que, el Hospital de Urgencia Asistencia Pública, como establecimiento autogestionado de alta complejidad y centro de referencia nacional en atención de urgencias, debe fortalecer la atención de pacientes con patologías cardiovasculares agudas y complejas, asegurando procesos clínicos oportunos, seguros y basados en la mejor evidencia disponible.

b) Que, los procedimientos de cardiología intervencional constituyen prestaciones críticas para el diagnóstico y tratamiento de pacientes con síndrome coronario agudo, infarto agudo al miocardio y otras patologías cardiovasculares, requiriendo criterios estandarizados que permitan optimizar la seguridad del paciente, los tiempos de recuperación, la continuidad asistencial y el uso eficiente de los recursos hospitalarios.

c) Que, el presente documento de Prácticas Basadas en Evidencia en Procedimientos de Cardiología Intervencional tiene por objeto establecer recomendaciones institucionales respecto del ayuno previo a procedimientos, la hemostasia arterial posterior al cateterismo por vía radial o femoral, y la duración recomendada de hospitalización en pacientes con síndrome coronario agudo, en concordancia con la evidencia científica disponible y la realidad asistencial del establecimiento.

d) Que, este instrumento incorpora criterios clínicos diferenciados para procedimientos de urgencia, emergencia, electivos y complejos, así como orientaciones para la vigilancia del acceso vascular, retiro de dispositivos de compresión, cuidados posteriores, alta segura y aplicación de herramientas de estratificación de riesgo, contribuyendo a la estandarización de la atención, prevención de complicaciones y mejora continua de los procesos de cardiología intervencional.

e) Que, de conformidad con lo anterior, en el ejercicio de lo dispuesto en el artículo 23 letra c) del Decreto Supremo N°38. De 2005, del Ministerio de Salud, que contiene el Reglamento Orgánico de los Establecimientos de Salud de Menor Complejidad y de los Establecimientos de Autogestión en Red, según el cual le corresponde al Director organizar internamente el Establecimiento Autogestionado y;

Este documento ha sido firmado electrónicamente de acuerdo con la ley N° 19.799.
Para verificar la integridad y autenticidad de este documento ingrese al siguiente link:
https://doc.digital.gob.cl/validador/7VBSHY-081

f) asignar las tareas correspondientes, con el fin de atender las necesidades públicas o colectivas de una manera regular, continua y permanente, como lo ordenan los artículos 3° y 28 de la Ley N°18.575, Orgánica Constitucional de Bases Generales de la Administración del Estado, y con la finalidad de establecer la ***primera versión*** de las "*Prácticas Basadas en Evidencia en Procedimientos de Cardiología Intervencional"*, dicto la siguiente:

RESOLUCIÓN

I. APRUÉBASE la ***primera versión*** de las *"Prácticas Basadas en Evidencia en Procedimientos de Cardiología Intervencional"*, que es del siguiente tenor:

Servicio de Salud Metropolitano Central – Ministerio de Salud	PRÁCTICAS BASADAS EN EVIDENCIA EN PROCEDIMIENTOS DE CARDIOLOGÍA INTERVENCIONAL				
	CÓDIGO SGC	VERSIÓN 01	FECHA 01/2026	VIGENCIA 5 años	N° PÁGINAS 18

HOSPITAL DE URGENCIA ASISTENCIA PUBLICA

Revisado Por:	Aprobado Por:
FIRMA ELECTRÓNICA AVANZADA – GOBIERNO DE CHILE Firmado por: Karla Andrea Alfaro Flores Jefatura Calidad y Seguridad del Paciente Fecha: 08-06-2026 11:38 CLT Hospital de Urgencia Asistencia Pública Dr. Alejandro del Río	FIRMA ELECTRÓNICA AVANZADA – GOBIERNO DE CHILE Firmado por: Patricio Raúl Barría Ailef Director Huap Fecha: 10-06-2026 15:43 CLT Hospital de Urgencia Asistencia Pública Dr. Alejandro del Río

Este documento ha sido firmado electrónicamente de acuerdo con la ley N° 19.799.
Para verificar la integridad y autenticidad de este documento ingrese al siguiente link:
https://doc.digital.gob.cl/validador/7VBSHY-081

I. INTRODUCCIÓN

Las enfermedades cardiovasculares continúan siendo la principal causa de mortalidad y morbilidad a nivel mundial, especialmente en países de ingresos bajos y medios. Dentro de ellas, el síndrome coronario agudo (SCA) representa con frecuencia la primera manifestación clínica de la patología cardiovascular. En Chile, de acuerdo con los datos del Departamento de Estadísticas e Información de Salud (DEIS) y la Encuesta Nacional de Salud 2016-2017[1], la enfermedad cardiovascular, particularmente el infarto agudo al miocardio (IAM), se mantiene como la principal causa de muerte en hombres y la segunda en mujeres.

Según los registros GRD[2] del Hospital de Urgencia Asistencia Pública (HUAP), durante el año 2025 se atendieron 439 pacientes GES con diagnóstico de Infarto Agudo al Miocardio, de los cuales una proporción relevante requirió procedimientos de cardiología intervencional. Esta cifra representa un aumento en comparación con el año 2024, período en el cual se registraron 374 pacientes atendidos por el mismo diagnóstico.

Asimismo, los procedimientos de Cardiología Intervencional en el HUAP no se restringen al contexto de cardiopatía isquémica. También se realizan en pacientes con insuficiencia cardíaca, en evaluaciones preoperatorias, o como parte del diagnóstico de otras patologías cardiovasculares complejas. En total, durante 2025 se efectuaron 354 coronariografías diagnósticas y 322 angioplastías coronarias[3], reflejando el rol central de la unidad y la creciente demanda asistencial.

En este contexto, surge la necesidad de estandarizar los procesos asociados a Cardiología Intervencional, asegurando una práctica basada en evidencia, orientada a la seguridad, eficiencia, calidad de la atención y mejor experiencia del paciente.

[1] Ministerio de Salud de Chile. (2017). Encuesta Nacional de Salud 2016–2017. Departamento de Epidemiología / Departamento de Estadísticas e Información de Salud (DEIS).
[2] Hospital de Urgencia Asistencia Pública, Unidad GRD. (2025). *Registros GRD institucionales 2024–2025*.
[3] Hospital de Urgencia Asistencia Pública, Unidad de Angiografía. (2025). *Registros asistenciales de la Unidad de Angiografía, período 2024–2025.*

Este documento ha sido firmado electrónicamente de acuerdo con la ley N° 19.799.
Para verificar la integridad y autenticidad de este documento ingrese al siguiente link:
https://doc.digital.gob.cl/validador/7VBSHY-081

II. OBJETIVOS

General:

Establecer criterios estandarizados para la atención de pacientes sometidos a procedimientos de cardiología intervencional en el HUAP, orientados a mejorar la seguridad del paciente, optimizar los tiempos de recuperación y favorecer un uso eficiente de los recursos hospitalarios.

Específicos:

- **Determinar la duración óptima del ayuno** previo a los procedimientos de cardiología intervencional, considerando la mejor evidencia científica disponible y las recomendaciones del equipo de Anestesia.

- **Establecer un protocolo estandarizado de hemostasia arterial** posterior a procedimientos de cardiología intervencional, orientado a reducir complicaciones asociadas y optimizar los tiempos de recuperación post-procedimiento.

- **Definir una recomendación institucional sobre la duración de la hospitalización** en pacientes diagnosticados con Síndrome Coronario Agudo (SCA), basada en criterios clínicos, de seguridad del paciente y de eficiencia asistencial.

III. CAPÍTULO CLÍNICO

1. DURACIÓN ÓPTIMA DEL AYUNO PREVIO AL PROCEDIMIENTO

En la mayoría de los procedimientos de cardiología intervencional se utiliza anestesia local, reservando la sedación consciente o la anestesia general únicamente para pacientes más complejos o en condición crítica.

Este documento ha sido firmado electrónicamente de acuerdo con la ley N° 19.799.
Para verificar la integridad y autenticidad de este documento ingrese al siguiente link:
https://doc.digital.gob.cl/validador/7VBSHY-081

La evidencia disponible[4] muestra que no existe respaldo suficiente para mantener ayunos prolongados (mayores a 12 horas) en este tipo de procedimientos, especialmente cuando se realizan bajo anestesia local.

La incidencia de complicaciones respiratorias como vómitos o necesidad de intubación orotraqueal de urgencia es extremadamente baja, estimándose en menos del 1% de los casos. Por otro lado, el ayuno prolongado puede generar consecuencias adversas en pacientes susceptibles, tales como deshidratación, hipoglicemia e incremento del riesgo de injuria renal aguda, especialmente en aquellos con diabetes mellitus o enfermedad renal crónica.

Estudios recientes[5] han evidenciado que permitir la ingesta de alimentos o líquidos claros hasta pocas horas antes del cateterismo cardíaco no se asocia con un aumento en los episodios de aspiración, neumonía intrahospitalaria, intubación endotraqueal de urgencia ni mortalidad. Por el contrario, esta práctica se asocia a mayor satisfacción del paciente, al reducir los síntomas de hambre y sed previo al procedimiento.

Sin embargo, el equipo de Anestesia del HUAP plantea que, aunque la incidencia de complicaciones respiratorias es muy baja y probablemente los estudios comparativos no demuestren diferencias significativas entre ayuno y no ayuno, la gravedad potencial de una complicación evitable como la broncoaspiración obliga a mantener las normas internacionales de ayuno para procedimientos electivos, con el objetivo de resguardar la seguridad del paciente[6].

[4] Bangalore, S. et al. (2021). Evidence-Based Practices in the Cardiac Catheterization Laboratory: A Scientific Statement from the American Heart Association. Circulation, 144(5): e107–e119.
[5] Boukantar, M. et al. (2024). A Randomized Controlled Trial of Nonfasting vs Fasting Before Interventional Coronary Procedures: The TONIC Trial. JACC: Cardiovascular Interventions, 17(10): 1200–1210.
[6] Practice Guidelines for Preoperative Fasting and the Use of Pharmacologic Agents to Reduce the Risk of Pulmonary Aspiration: An Updated Report by the American Society of Anesthesiologists Task Force on Preoperative Fasting and the Use of Pharmacologic Agents to Reduce the Risk of Pulmonary Aspiration. Anesthesiology, 2017; 126: 376–393.

Este documento ha sido firmado electrónicamente de acuerdo con la ley N° 19.799.
Para verificar la integridad y autenticidad de este documento ingrese al siguiente link:
https://doc.digital.gob.cl/validador/7VBSHY-081

RECOMENDACIÓN INSTITUCIONAL SOBRE AYUNO PREVIO A PROCEDIMIENTOS DE CARDIOLOGÍA INTERVENCIONAL

De acuerdo con la evidencia científica disponible y la opinión del equipo de Anestesia, la recomendación institucional respecto al ayuno previo a procedimientos de cardiología intervencional es la siguiente:

A. CORONARIOGRAFÍA CON ANESTESIA LOCAL

a) Infarto Agudo al Miocardio con SDST: constituye una emergencia médica. El cateterismo cardíaco debe realizarse independientemente del estado de ayuno.

b) Síndrome coronario agudo sin SDST: constituye una emergencia médica. El cateterismo cardíaco se realiza sin considerar el estado de ayuno.

- **Riesgo muy alto**: constituye una emergencia médica. El cateterismo cardíaco se realiza sin considerar el estado de ayuno. Incluye:
  - Inestabilidad hemodinámica o shock cardiogénico.
  - Dolor torácico recurrente o refractario a tratamiento médico.
  - Arritmias ventriculares.
  - Complicaciones mecánicas del infarto.
  - Insuficiencia cardíaca aguda secundaria a isquemia.
  - Cambios dinámicos recurrentes en segmento ST o en onda T.

- **Riesgo alto**: el cateterismo cardíaco está indicado dentro de las primeras 24 horas, por lo cual se realiza independientemente del estado de ayuno. Incluye:
  - Diagnóstico confirmado de Infarto agudo al miocardio sin SDST
  - Cambios dinámicos en el segmento ST o en la onda T
  - Elevación transitoria del segmento ST
  - Puntuación de riesgo GRACE >140

- **Sin riesgo alto o muy alto**: si el procedimiento es programado, se requiere ayuno habitual de 8 horas.

Este documento ha sido firmado electrónicamente de acuerdo con la ley N° 19.799.
Para verificar la integridad y autenticidad de este documento ingrese al siguiente link:
https://doc.digital.gob.cl/validador/7VBSHY-081

- **Coronariografía electiva**: Debe realizarse con ayuno completo de 8 horas, conforme a las recomendaciones internacionales de la American Society of Anesthesiologists (ASA)[6].

  Nota práctica:
  Considerando la posibilidad de reprogramaciones o postergaciones por contingencias urgentes, se sugiere que, en estos casos, pueda ofrecerse una colación líquida (por ejemplo, jalea o agua). De este modo, el paciente retoma ayuno cumplido a las 2 horas, evitando períodos innecesariamente prolongados sin ingesta.

B. PROCEDIMIENTOS COMPLEJOS

Corresponden a intervenciones que requieren sedación consciente o anestesia general, tales como:

- Implante percutáneo de válvula aórtica (TAVI).
- Aterectomía rotacional.
- Cierre de orejuela.

En todos estos casos, se requiere ayuno completo de 8 horas, conforme a las guías internacionales de ayuno de la ASA.

Resumen

1) **Procedimientos de urgencia o emergencia:** no requieren ayuno previo.
2) **Coronariografía programada o procedimientos complejos:** requieren ayuno de 8 horas según las guías internacionales ASA.

[6] - Practice Guidelines for Preoperative Fasting and the Use of Pharmacologic Agents to Reduce the Risk of Pulmonary Aspiration: An Updated Report by the American Society of Anesthesiologists Task Force on Preoperative Fasting and the Use of Pharmacologic Agents to Reduce the Risk of Pulmonary Aspiration. Anesthesiology, 2017; 126: 376–393.

Este documento ha sido firmado electrónicamente de acuerdo con la ley N° 19.799.
Para verificar la integridad y autenticidad de este documento ingrese al siguiente link:
https://doc.digital.gob.cl/validador/7VBSHY-081

2. HEMOSTASIA ARTERIAL POST CORONARIOGRAFÍA

A. CATETERISMO POR VÍA RADIAL

El acceso radial se ha consolidado como la vía de elección para la realización de procedimientos de cardiología intervencional, desplazando progresivamente al acceso femoral. Numerosos estudios controlados y aleatorizados han demostrado que el acceso radial reduce significativamente el riesgo de hemorragias graves y complicaciones vasculares, mejorando la seguridad global del procedimiento.

Entre las complicaciones más relevantes se encuentra la oclusión de la arteria radial (OAR), la cual puede presentarse en un porcentaje variable de pacientes. En la actualidad, en este centro se utiliza un dispositivo de compresión radial diseñado para facilitar la hemostasia tras procedimientos transradiales.

Diversos estudios han mostrado que la incidencia de OAR puede disminuir cuando se acorta el tiempo de compresión y se utiliza el volumen mínimo de inflado necesario para mantener la hemostasia efectiva. Asimismo, una técnica adecuada de retiro progresivo del dispositivo permite preservar el flujo radial y optimizar los resultados clínicos.

Por esta razón, la recomendación institucional es la siguiente:

Retiro del dispositivo de compresión de hemostasia radial

1) **Recepción del paciente**

   Al ingreso del paciente a la unidad de hospitalización, el personal de enfermería que lo recibe realizará junto a enfermero(a) de angiografía una valoración conjunta del sitio de punción, verificando las siguientes condiciones:

   - Estado y temperatura de la extremidad.
   - Presencia de sangrado o hematoma.
   - Integridad del dispositivo de compresión radial (brazalete).

Este documento ha sido firmado electrónicamente de acuerdo con la ley N° 19.799.
Para verificar la integridad y autenticidad de este documento ingrese al siguiente link:
https://doc.digital.gob.cl/validador/7VBSHY-081

2) Inicio del desinflado

La enfermera de angiografía establecerá la hora de inicio del desinflado, fijada a los 120 minutos posteriores a la colocación del dispositivo.

3) Procedimiento de hemostasia patente

En el momento designado, se procederá de la siguiente manera:

i. Conectar la jeringa al brazalete, cuidando de no desinflar el cuff de forma brusca.
ii. Desinflar lentamente a razón de 1 cc por segundo, hasta observar flujo de sangre.
iii. Si se observa sangrado, reinflar con 2 cc y esperar 60 minutos antes de revisar nuevamente.
iv. En ausencia de sangrado, desinflar completamente y mantener el brazalete colocado durante 24 horas.

4) Criterios de alta y cuidados posteriores

En ausencia de otras indicaciones de hospitalización, el paciente podrá ser dado de alta con las siguientes recomendaciones:

i. Limitar el movimiento de la mano utilizada durante las primeras 24 horas.
ii. Retirar la pulsera compresiva (ya desinflada) a las 24 horas del procedimiento.
iii. Evitar conducir vehículos por 48 horas.
iv. No sumergir la mano en agua por 3 días.
v. Evitar levantar peso o realizar esfuerzos con esa mano durante 7 días.

B. CATETERISMO POR VÍA FEMORAL

En comparación con el acceso radial, el acceso femoral se asocia a un mayor riesgo de hemorragia y complicaciones vasculares. Por esta razón, esta vía se reserva para los casos en que el acceso radial no se encuentra disponible o resulta técnicamente inviable para realizar el cateterismo.

Este documento ha sido firmado electrónicamente de acuerdo con la ley N° 19.799.
Para verificar la integridad y autenticidad de este documento ingrese al siguiente link:
https://doc.digital.gob.cl/validador/7VBSHY-081

Técnicas de hemostasia femoral

1) Técnica no invasiva

Los métodos convencionales de hemostasia no invasiva se basan en la compresión arterial directa, realizada de forma manual, mecánica, neumática, por peso o asistida con parche hemostático. Se trata de técnicas coágulo-dependientes, cuyo objetivo es permitir la formación de un trombo estable en el sitio de punción.

Compresión manual

- Aplicar presión 2 cm por encima del sitio de punción, utilizando dos o tres dedos, fijando e inmovilizando la arteria sobre la base ósea.
- Mantener la compresión durante un mínimo de 15 a 20 minutos para lograr la hemostasia por formación de coágulo.
- Instalar un vendaje compresivo, el cual debe permanecer durante 12 horas.
- Indicar reposo absoluto en posición semisentada durante las primeras 2 horas, tras lo cual el paciente puede sentarse en la cama.
- Después de 12 horas con el vendaje compresivo, el paciente puede levantarse y deambular si no existen signos de sangrado o hematoma.

2) Técnica invasiva

La técnica invasiva implica la utilización de un dispositivo de cierre vascular, el cual se introduce en la arteria femoral a través del introductor arterial.

En el HUAP se dispone de un dispositivo de cierre arterial percutáneo diseñado para sellar el sitio de punción femoral posterior a procedimientos diagnósticos o intervencionales. Este dispositivo está compuesto por colágeno soluble y una matriz de polímero, y actúa mediante la liberación controlada de material hemostático que favorece la coagulación y el cierre seguro del acceso vascular.

El uso de dispositivos de cierre percutáneo reduce el tiempo de compresión manual, acorta el período de inmovilización posterior al procedimiento y disminuye

Este documento ha sido firmado electrónicamente de acuerdo con la ley N° 19.799.
Para verificar la integridad y autenticidad de este documento ingrese al siguiente link:
https://doc.digital.gob.cl/validador/7VBSHY-081

el riesgo de complicaciones vasculares, tales como hematomas, sangrado o pseudoaneurismas asociados al acceso femoral.

Resumen

En el caso de cateterismo cardíaco por vía femoral, se recomienda seguir las siguientes indicaciones:

i. Mantener reposo absoluto en posición semisentada (máximo 30°) durante las primeras 2 horas posteriores al procedimiento; luego se puede permitir al paciente sentarse en la cama.

ii. Tras 12 horas de reposo, el paciente puede levantarse y deambular si no existen signos de sangrado ni hematoma.

iii. En ausencia de otras indicaciones de hospitalización, el alta puede otorgarse a las 24 horas del procedimiento.

3. DURACIÓN DE LA HOSPITALIZACIÓN RECOMENDADA PARA PACIENTES CON SINDROME CORONARIO AGUDO[7] [8] [9] [10]

A. **En el caso de un infarto agudo al miocardio con elevación del segmento ST (IAM con SDST) o sin elevación del segmento ST (IAM sin SDST):**

a) Si no existen complicaciones precoces (eléctricas, mecánicas o insuficiencia cardíaca) y se realiza una angioplastía primaria sin incidentes, se recomienda una hospitalización de 3 días. En pacientes con IAM con SDST se recomienda calcular el Zwolle Score (Anexo N°5). En caso de presentar un puntaje ≤3, se

[7] Kimberly, M. et al. (2013). Same-Day Discharge After Percutaneous Coronary Intervention: A Meta-Analysis. Journal of the American College of Cardiology, 62(4): 275–285.
[8] ESC Guidelines for the Management of Acute Coronary Syndromes. European Heart Journal, 2023.
[9] 2025 ACC/AHA/ACEP/NAEMSP/SCAI Guideline for the Management of Patients With Acute CoronarySyndrome. Circulation. 2025;151:e771–e862
[10] Prognostic Assessment of Patients With Acute Myocardial Infarction Treated With Primary Angioplasty: Implications for Early Discharge. CirculationVolume 109, Issue 22, 8 June 2004; Pages 2737-2743

Este documento ha sido firmado electrónicamente de acuerdo con la ley N° 19.799.
Para verificar la integridad y autenticidad de este documento ingrese al siguiente link:
https://doc.digital.gob.cl/validador/7VBSHY-081

podría considerar un alta precoz entre las 48-72 horas, con una baja probabilidad de resultados adversos.

b) Si se presentan complicaciones precoces (eléctricas, mecánicas o insuficiencia cardíaca) y/o la angioplastía fue compleja, se sugiere una hospitalización de al menos de 5 días. En pacientes con IAM con SDST y Zwolle Score >3 se recomienda prolongar la hospitalización monitorizado al menos 5 días.

B. Angina inestable:

a) Si se realiza coronariografía, se recomienda otorgar el alta una vez finalizada la vigilancia del acceso vascular utilizado. En caso de que la coronariografía no evidencie lesiones coronarias significativas, el paciente puede ser dado de alta el mismo día del procedimiento.

b) Si no se realiza coronariografía, se sugiere otorgar el alta tras 24 horas de vigilancia clínica, siempre que el paciente se mantenga estable. Idealmente, se debe realizar un ecocardiograma sin alteraciones segmentarias de la motilidad, sin valvulopatías severas ni insuficiencia cardíaca con fracción de eyección reducida (FEVI).

C. Coronariografía electiva:

Si no existen otras indicaciones de hospitalización, se recomienda otorgar el alta una vez completada la vigilancia del acceso vascular. En la mayoría de los casos, el paciente puede ser dado de alta el mismo día del procedimiento.

IV. DISTRIBUCIÓN

- Jefes Unidades Clínicas.
- Unidad de Emergencia Hospitalaria
- Unidad de Cardiología
- Unidad de Angiografía
- Unidad de Anestesia
- Unidad de Pabellón

Este documento ha sido firmado electrónicamente de acuerdo con la ley N° 19.799.
Para verificar la integridad y autenticidad de este documento ingrese al siguiente link:
https://doc.digital.gob.cl/validador/7VBSHY-081

- Subdirección de Gestión del Cuidado.
- Subdirección de Gestión Clínica.

V. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Ministerio de Salud de Chile. (2017). *Encuesta Nacional de Salud 2016–2017*. Departamento de Epidemiología / Departamento de Estadísticas e Información de Salud (DEIS).

2. Hospital de Urgencia Asistencia Pública, Unidad de GRD. (2025). *Registros GRD institucionales 2024–2025.*

3. Hospital de Urgencia Asistencia Pública, Unidad de Angiografía. (2025). *Registros asistenciales de la Unidad de Angiografía, período 2024–2025*.

4. Bangalore, S. et al. (2021). Evidence-Based Practices in the Cardiac Catheterization Laboratory: A Scientific Statement from the American Heart Association. Circulation, 144(5): e107–e119. https://doi.org/10.1161/CIR.0000000000000996

5. Boukantar, M. et al. (2024). A Randomized Controlled Trial of Nonfasting vs Fasting Before Interventional Coronary Procedures: The TONIC Trial. JACC: Cardiovascular Interventions, 17(10): 1200–1210. https://doi.org/10.1016/j.jcin.2024.03.033

6. Practice Guidelines for Preoperative Fasting and the Use of Pharmacologic Agents to Reduce the Risk of Pulmonary Aspiration: An Updated Report by the American Society of Anesthesiologists Task Force on Preoperative Fasting and the Use of Pharmacologic Agents to Reduce the Risk of Pulmonary Aspiration. Anesthesiology, 2017; 126: 376–393.

7. Kimberly, M. et al. (2013). Same-Day Discharge After Percutaneous Coronary Intervention: A Meta-Analysis. Journal of the American College of Cardiology, 62(4): 275–285. https://doi.org/10.1016/j.jacc.2013.03.051

Este documento ha sido firmado electrónicamente de acuerdo con la ley N° 19.799.
Para verificar la integridad y autenticidad de este documento ingrese al siguiente link:
https://doc.digital.gob.cl/validador/7VBSHY-081

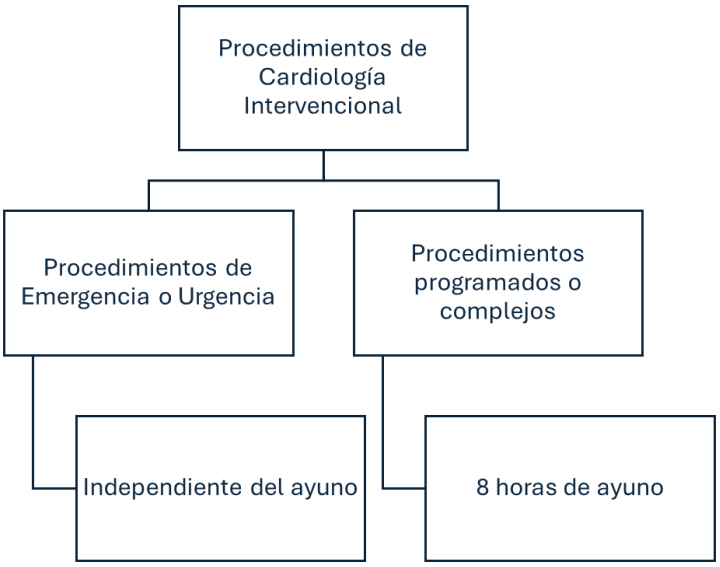
8. ESC Guidelines for the Management of Acute Coronary Syndromes. European Heart Journal, 2023.
https://doi.org/10.1093/eurheartj/ehad191

9. 2025 ACC/AHA/ACEP/NAEMSP/SCAI Guideline for the Management of Patients With Acute CoronarySyndrome. Circulation. 2025;151:e771–e862

10. Prognostic Assessment of Patients With Acute Myocardial Infarction Treated With Primary Angioplasty: Implications for Early Discharge. CirculationVolume 109, Issue 22, 8 June 2004; Pages 2737-2743

VI. ANEXOS

ANEXO N°1: DURACIÓN ÓPTIMA DEL AYUNO PREVIO AL PROCEDIMIENTO

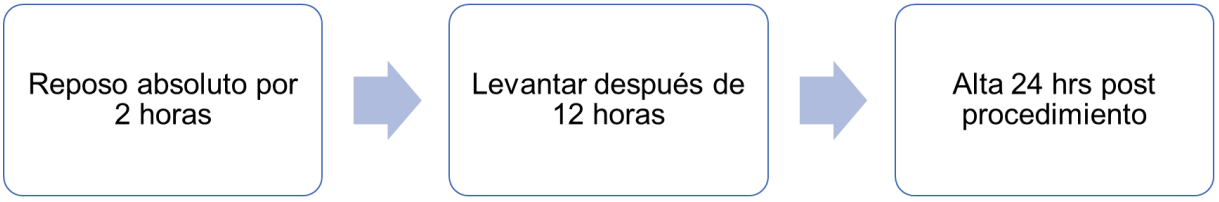


Este documento ha sido firmado electrónicamente de acuerdo con la ley N° 19.799.
Para verificar la integridad y autenticidad de este documento ingrese al siguiente link:
https://doc.digital.gob.cl/validador/7VBSHY-081

ANEXO N°2: HEMOSTASIA ARTERIAL POST CATETERISMO POR VÍA RADIAL

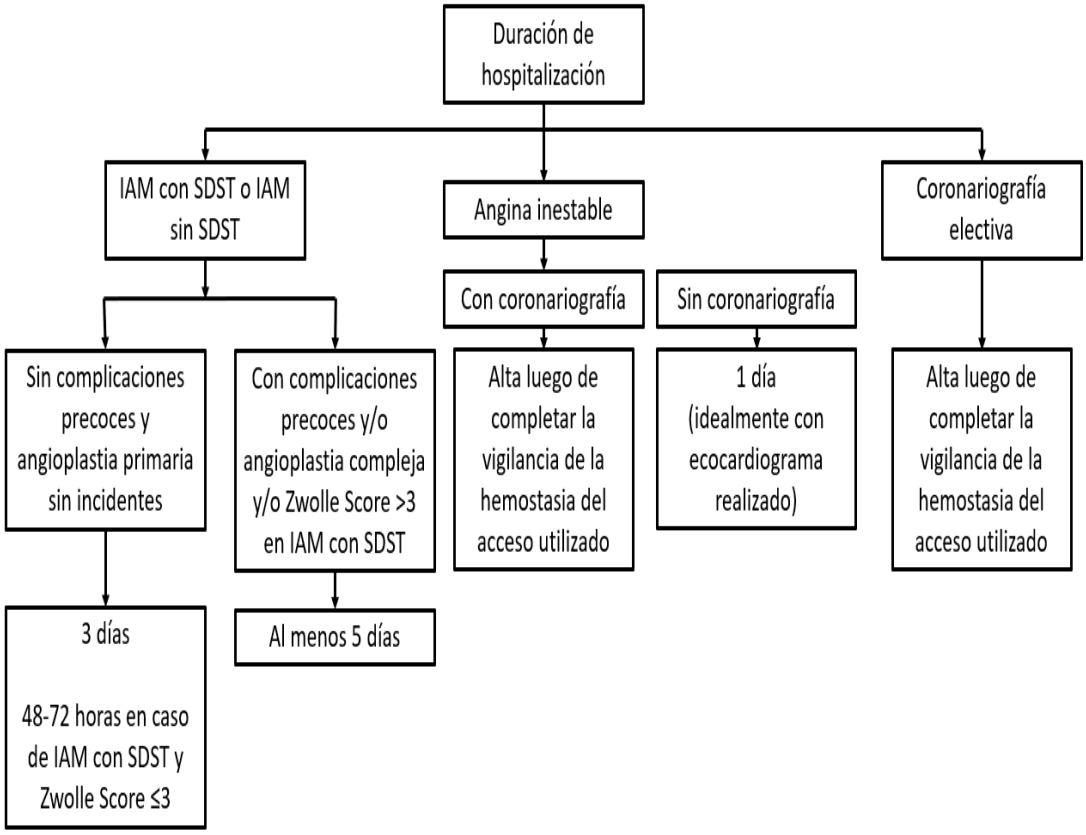


ANEXO N°3: HEMOSTASIA ARTERIAL POST CATETERISMO POR VÍA FEMORAL



Este documento ha sido firmado electrónicamente de acuerdo con la ley N° 19.799.
Para verificar la integridad y autenticidad de este documento ingrese al siguiente link:
https://doc.digital.gob.cl/validador/7VBSHY-081

ANEXO N°4: DURACIÓN DE LA HOSPITALIZACIÓN RECOMENDADA PARA PACIENTES CON SINDROME CORONARIO AGUDO



Este documento ha sido firmado electrónicamente de acuerdo con la ley N° 19.799.
Para verificar la integridad y autenticidad de este documento ingrese al siguiente link:
https://doc.digital.gob.cl/validador/7VBSHY-081

ANEXO N°5 ZWOLLE SCORE PARA PACIENTES CON IAM C/SDST

Killip	
1	0
2	4
3-4	9
Flujo TIMI post angioplastía	
3	0
2	1
0-1	2
Edad	
<60 años	0
≥60 años	2
Enfermedad coronaria severa de 3 vasos	
No	0
Si	1
Infarto de pared anterior	
No	0
Si	1
Tiempo de isquemia	
≤4 horas	0
>4 horas	1
Puntaje total	16

Este documento ha sido firmado electrónicamente de acuerdo con la ley N° 19.799.
Para verificar la integridad y autenticidad de este documento ingrese al siguiente link:
https://doc.digital.gob.cl/validador/7VBSHY-081

Elaborado Por:

- Dra. Yesvana Sánchez F, Médico Internista, Jefa Departamento de Gestión de la Demanda.
- Dr. Arturo Giacaman S. Médico Cardiólogo Hemodinamista.

Revisado Por:

- Vicente Merino G. Jefe Unidad de Cardiología.
- Víctor Ibañez Bustos, Jefe de Anestesia.
- Gian Paolo Zamboni, Jefe Unidad de Angiografía.
- Marcela Reyes, EU supervisora Unidad de angiografía
- Tania Salinas Gómez, Subdirectora (S) Gestión del Cuidado.
- Jorge Ibañez Parga, Subdirector Gestión Clínica.
- Marianela San Martin, Profesional Unidad de Calidad y Seguridad del Paciente.

Este documento ha sido firmado electrónicamente de acuerdo con la ley N° 19.799.
Para verificar la integridad y autenticidad de este documento ingrese al siguiente link:
https://doc.digital.gob.cl/validador/7VBSHY-081

Firmado por:
Marianela Soledad San Martín Gallardo
Profesional Unidad Calidad y Seguridad del Paciente
Fecha: 06-05-2026 15:42 CLT
Hospital de Urgencia Asistencia Pública Dr. Alejandro del Río

Firmado por:
Tania Verónica Salinas Gómez
Subdirectora (s) de Gestión del Cuidado
Fecha: 06-05-2026 16:49 CLT
Hospital de Urgencia Asistencia Pública Dr. Alejandro del Río

Firmado por:
Vicente Antonio Merino Gallardo
Jefe la Unidad de Cardiología Huap
Fecha: 06-05-2026 21:06 CLT
Hospital de Urgencia Asistencia Pública Dr. Alejandro del Río

Firmado por:
Jorge Arturo Ibáñez Parga
Subdirector de Gestión Clínica
Fecha: 11-05-2026 11:53 CLT
Hospital de Urgencia Asistencia Pública Dr. Alejandro del Río

Firmado por:
Walther Andres Ziegler Heredia
Jefatura Unidad de Angiografía (s)
Fecha: 26-05-2026 16:49 CLT
Hospital de Urgencia Asistencia Pública Dr. Alejandro del Río

Firmado por:
Victor Exequiel Ibáñez Bustos
Jefe de Anestesia
Fecha: 29-05-2026 15:08 CLT
Hospital de Urgencia Asistencia Pública Dr. Alejandro del Río

Firmado por:
Marcela del Carmen Reyes Concha
Enfermera Supervisora Unidad de Angiografía
Fecha: 03-06-2026 15:32 CLT
Hospital de Urgencia Asistencia Pública Dr. Alejandro del Río

Este documento ha sido firmado electrónicamente de acuerdo con la ley N° 19.799.
Para verificar la integridad y autenticidad de este documento ingrese al siguiente link:
https://doc.digital.gob.cl/validador/7VBSHY-081

II. TÉNGASE PRESENTE la vigencia de estas prácticas a contar de la fecha de la total tramitación de la presente Resolución.

III. ESTABLÉCESE que la primera versión de las señaladas "*Prácticas Basadas en Evidencia en Procedimientos de Cardiología Intervencional"*, deben ser las que se tenga en consideración a contar de la fecha de su entrada en vigencia.

IV. DÉJESE SIN EFECTO toda normativa interna que diga relación con la materia de estas prácticas.

ANÓTESE, COMUNÍQUESE Y ARCHÍVESE

FIRMA ELECTRÓNICA AVANZADA
GOBIERNO DE CHILE

Firmado por:
Patricio Raúl Barría Ailef
Director Huap
Fecha: 14-09-2026 17:18 CLT
Hospital de Urgencia Asistencia
Pública Dr. Alejandro del Río

XASV/cewsp
Distribución:
1. Dirección.
2. Subdirección de Gestión Clínica.
3. Subdirección de Gestión del Cuidado.
4. Unidad de Calidad y Seguridad del Paciente.
5. Unidad de Cardiología.
6. Unidad de Emergencia Hospitalaria.
7. Unidad de Angiografía.
8. Unidad de Anestesia.
9. Unidad de Pabellón
10. Asesoría Jurídica.
11. Oficina de Partes.

Este documento ha sido firmado electrónicamente de acuerdo con la ley N° 19.799.
Para verificar la integridad y autenticidad de este documento ingrese al siguiente link:
https://doc.digital.gob.cl/validador/7VBSHY-081