



FACULTAD DE MEDICINA HUMANA

**CUMPLIMIENTO DE LA GUÍA DE PRÁCTICA CLÍNICA DE
ESSALUD 2015 PARA LA ATENCIÓN DE PACIENTES CON
SÍNDROME CORONARIO AGUDO EN EMERGENCIA DEL
HOSPITAL ALMANZOR AGUINAGA ASENJO ABRIL 2015 –**

AGOSTO 2016

**PRESENTADA POR
MIGUEL ANGEL PANEZ ARROYO**

ASESORES

**JUAN ALBERTO LEGUÍA CERNA
JÓSE WILFREDO CHAVESTA DÍAZ**

**TESIS
PARA OPTAR EL TÍTULO PROFESIONAL DE MÉDICO CIRUJANO**

CHICLAYO – PERÚ

2018



**Reconocimiento - Compartir igual
CC BY-SA**

El autor permite a otros re-mezclar, modificar y desarrollar sobre esta obra incluso para propósitos comerciales, siempre que se reconozca la autoría y licencien las nuevas obras bajo idénticos términos.

<http://creativecommons.org/licenses/by-sa/4.0/>



FACULTAD DE MEDICINA HUMANA

**CUMPLIMIENTO DE LA GUÍA DE PRÁCTICA CLÍNICA DE EsSALUD
2015 PARA LA ATENCIÓN DE PACIENTES CON SÍNDROME
CORONARIO AGUDO EN EMERGENCIA DEL HOSPITAL
ALMANZOR AGUINAGA ASENJO ABRIL 2015 – AGOSTO 2016**

TESIS

PARA OPTAR EL TÍTULO PROFESIONAL DE MÉDICO CIRUJANO

PRESENTADA POR

MIGUEL ANGEL PANEZ ARROYO

ASESORES

**Dr. JUAN LEGUÍA CERNA
Dr. JOSÉ CHAVESTA DÍAZ**

CHICLAYO - PERÚ

2018

DEDICATORIA

A mi padre, paradigma de trabajo, constancia, honestidad y perseverancia. Junto con mi madre y mis hermanos, referentes en mi vida; por enseñarme el camino. Por su cariño, este logro también es suyo.

AGRADECIMIENTO

Este trabajo de investigación fue posible gracias a la colaboración y esfuerzo de algunas personas e instituciones, a las cuales dedico mi más sincero agradecimiento.

En primer lugar, me gustaría expresar mi total gratitud al Hospital Almanzor Aguinaga Asenjo por brindarme todas las facilidades para poder llevar a cabo este estudio de investigación.

A la universidad de San Martín de Porres por el apoyo por medio de los asesores.

A la Dra. Kelly Panez Arroyo por el apoyo y la orientación para la elaboración de este estudio de investigación

Y a todos aquellos que de una u otra forma han contribuido a la realización de este trabajo. A todos muchas gracias

ÍNDICE

	Páginas
PORTADA	i
DEDICATORIA	ii
AGRADECIMIENTO	iii
ÍNDICE	iv
RESUMEN	v
ABSTRACT	vi
I. INTRODUCCIÓN	1
II. MATERIALES Y MÉTODOS	3
III. RESULTADOS	6
IV. DISCUSIÓN	9
V. CONCLUSIONES	13
VI. RECOMENDACIONES	13
VII. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	14
VIII. ANEXOS	16

RESUMEN

Objetivo: Estimar la frecuencia del cumplimiento de la Guía de Práctica Clínica de EsSalud para tratar el Síndrome Coronario Agudo en emergencia del Hospital Almanzor Aguinaga Asenjo Abril 2015 - Agosto 2016. **Material y Métodos:** Se realizó un estudio Cuantitativo, observacional, descriptivo, transversal, retrospectivo; **Población:** 150 historias clínicas de pacientes atendidos en el servicio de emergencia con diagnóstico de infarto agudo de miocardio Muestra: Se incluyeron todas las historias clínicas de pacientes mayores de 30 años de edad. Se excluyeron todas aquellas historias clínicas referidos de otros hospitales. El recojo de información se realizó a través de una ficha de recolección de datos. **Resultados:** La estimación de la frecuencia de los indicadores de cumplimiento, de los 21 solo 5 tuvieron cumplimiento del 100%. Las variables de mayor cumplimiento fueron: manejo cuando tropopnina es normal, manejo inicial a llegada y manejo terapéutico en infarto con ST elevado. Cumplieron con las recomendaciones de la guía de práctica clínica de EsSalud 77%, no cumplieron 23%. **Conclusiones:** La estimación de la adherencia al cumplimiento de la guía de práctica clínica, es 77%, hay menor frecuencia de cumplimiento en el manejo farmacológico, mientras que se observó mayor frecuencia de cumplimiento en el manejo inicial.

Palabras clave: Cumplimiento guía clínica, infarto agudo de miocardio, emergencia
(Fuente: DeCS- BIREME)

ABSTRACT

Objective: Estimate the frequency of compliance with the EsSalud Clinical Practice Guidelines to treat Acute Coronary Syndrome in emergency at the Almanzor Aguinaga Asenjo Hospital April 2015- August 2016. **Material and Methods:** It was a quantitative, observational, descriptive, transversal and retrospective study; **Population:** 150 clinical records of patients seen in the emergency department with a diagnosis of acute myocardial infarction. **Sample:** All the clinical records of patients older than 30 years of age were included. Clinical records referred from other hospitals were excluded. The information collection was performed through a data collection tab. **Results:** The frequency estimates of compliance indicators, of the 21 only 5 had compliance about 100%. The most observable variables were management when Troponine is normal, initial handling on arrival and therapeutic management in infarction with high ST. Complied with the recommendations of the EsSalud clinical practice guide 77%, non compliance 23%. **Conclusions:** The adherence to compliance with the guidelines of clinical practice is 77%, there are less frequency to compliance in pharmacological management, while the greater attachment and compliance was observed in the initial management.

Keywords: Clinical guide compliance, acute myocardial infarction, emergency.
(Source:MeSH-NLM).

I. INTRODUCCIÓN

Las enfermedades cardiovasculares y sus complicaciones tromboticas constituyen la principal causa de morbimortalidad en el mundo, convirtiéndose en un problema de salud pública mundial, se calcula que provocan 16,6 millones de muertes por año, de las cuales casi la mitad son debidas al infarto agudo de miocardio, tan solo en Estados Unidos ocurre una muerte cada minuto, lo que representa medio millón de muertes al año con un alto impacto socioeconómico debido a la conversión del paciente agudo en crónico; en Argentina la tasa de mortalidad bruta es 250,6 casos por 100,000 habitantes, lo cual significa 19,000 muertes por infarto agudo de miocardio por año.(1) Se ha estimado que aproximadamente 15,4 millones de personas mayores de 20 años en Estados Unidos padecen cardiopatía isquémica.(2)

En el Perú el estudio RENIMA II, del 2010 de la Sociedad Cardiológica del Perú reveló 1609 casos de Infarto Agudo de Miocardio, siendo 1172 varones (72,8%) y 437 mujeres (27,2%); de los cuales 1345 de Lima (83,6%) y 264 de provincias (16,4%). En Lima la Seguridad Social proporcionó 886 casos (55,1%). Mientras que en la Seguridad Social de Chiclayo se reportó 162 casos de infarto agudo de miocardio en el 2015. (3)

Hablar del infarto agudo de miocardio es referimos a la porción del corazón privada súbitamente de la circulación sanguínea generando la muerte del tejido con subsecuente liberación de biomarcadores de necrosis miocárdica; pero este daño puede ser revertido si se da rápidamente una terapia de reperfusión ya sea trombólisis o Intervención coronaria percutánea, todo depende de la rapidez del manejo establecido por el hospital, siendo de vital importancia la primera hora. (4)

Entonces es aquí donde cobra vital importancia el uso de una guía clínica que

es un documento técnico que establece las pautas desarrolladas para ayudar a los profesionales de salud en la toma de decisiones en circunstancias clínicas específicas, ponerla en práctica es de suma importancia si se quiere disminuir la morbimortalidad por síndrome coronario agudo, pero el cumplimiento de dichas guías clínicas es controversial ya que los pocos estudios que hay aportan datos contradictorios sobre su cumplimiento, por lo que se espera que las guías no se estén cumpliendo a cabalidad. (5).

En nuestro medio el Seguro Social de Salud, aprobó según la resolución N° 855 del año 2015 la implementación y adherencia a la Guía de Práctica clínica para tratar el síndrome coronario agudo en emergencia del hospital Almanzor Aguinaga Asenjo. Pero frente a la alta prevalencia del infarto, quedó la incertidumbre de cuál era el cumplimiento de tal guía, esto motivó a la realización del presente proyecto de investigación, además que un estudio como este aún no se ha realizado en nuestro medio por lo que con este estudio se quiere llenar ese vacío importante.

Por lo tanto, por todo lo expuesto anteriormente se justificó la realización de este estudio de investigación en el mencionado hospital de Chiclayo con el objetivo de estimar la frecuencia del cumplimiento de la guía de práctica clínica tanto en el manejo inicial como terapéutico dado en emergencia del mencionado hospital.

II. MATERIAL Y MÉTODOS

Diseño y lugar de estudio:

Se realizó un estudio Cuantitativo, observacional, descriptivo, transversal, retrospectivo en el Hospital Almanzor Aguinaga Asenjo ubicado en la ciudad Chiclayo, Perú. Durante el periodo Abril 2015 – Agosto 2016.

Población:

Todas las historias clínicas de pacientes atendidos en el servicio de emergencia con diagnóstico de infarto agudo de miocardio que en total fueron 150 desde Abril 2015 hasta Agosto 2016.

Muestra: La muestra fue el total de la población que cumplió con los criterios de inclusión, todas las historias clínicas de pacientes mayores de 30 años de edad con diagnóstico de infarto agudo de miocardio, atendidos en el servicio de emergencia del HAAA. Se excluyeron todas aquellas historias clínicas que figuraban como atenciones de pacientes con infarto que fueron referidos de otros hospitales.

Definición de Variable

Síndrome Coronario Agudo (SCA): Corresponde a la expresión clínica de detención o reducción del flujo sanguíneo al bloquearse una o más arterias que suministran sangre al corazón, que para fines de investigación correspondió a todos los pacientes con CIE-10 I21.9 que además de los síntomas de isquemia mostraron electrocardiograma con cambios significativos del segmento ST-T, y valores aumentados de enzimas cardíacas

positivas de necrosis miocárdica, consignado en la historia clínica. (6, 7)

Técnicas de recolección de datos: Mediante la búsqueda del CIE-10 se conoció la población de estudio, se solicitó la autorización pertinente para la ejecución del proyecto en el ámbito sanitario referido y posteriormente:

1. Se realizó la captación de las historias clínicas mediante el CIE-10 que para los pacientes diagnosticados con infarto agudo de miocardio en emergencia es I21.9
2. Luego se hizo la revisión en físico de todas las historias clínicas captadas y se recogió los datos pertinentes correspondientes a las variables en estudio, mediante una ficha de recolección de datos.
3. Al final se elaboró una base de datos con la información de las fichas de recolección para su análisis respectivo.

Descripción del instrumento: Para el presente estudio de investigación se elaboró una ficha de recolección de datos el cual se basó en la guía de práctica clínica de EsSalud Red Asistencial Lambayeque la finalidad de la ficha fue recoger información concerniente al cumplimiento o no de la guía de práctica clínica. La ficha está dividida en 3 secciones y cada una consta de indicadores que evalúan el contenido de las historias clínicas para ver si cumplió o no cumplió con ese ítem para su posterior llenado, dentro de la primera sección se encuentran 7 indicadores que evalúan el manejo inicial del paciente cuando este llega por emergencia, la segunda sección cuenta con 10 indicadores que evalúan el tratamiento dado según si se trata de un infarto con segmento ST elevado o ST no elevado, señalado en la historia clínica, la tercera sección compuesta por 3 indicadores evalúa el tratamiento según el nivel de

troponina. Las respuestas son dicotómicas cerradas (Si / No), no se permitió respuestas parciales, luego a cada respuesta se le asigna un valor 1 y 0 respectivamente para su llenado en la base de datos.

La validez del contenido de la ficha se realizó a través de dos médicos especialistas cardiólogos quienes dieron sus opiniones además de las recomendaciones respectivas que fueron tomadas en cuenta durante el proceso de elaboración final del instrumento.

Técnica de análisis de datos: La información recogida mediante las fichas de recolección de datos fueron procesados utilizando el software Microsoft Excel 2010, los que luego fueron presentados en tablas de frecuencias absolutas y frecuencias relativas, para el análisis de las variables.

Aspectos éticos: El estudio contó con la autorización tanto del comité de Investigación y Ética del Hospital en el cual se realizó el estudio, como la aprobación y el permiso de la Unidad de Tesis de la Universidad de San Martín de Porres para su ejecución. No se requirió de consentimiento informado ya que en ningún momento se tomó datos personales de los pacientes atendidos porque estos no eran pertinentes en la investigación, aun así, hubo total confidencialidad de datos de todas las historias clínicas revisadas.

III. RESULTADOS

Se revisó 150 historias clínicas de asegurados, conformado por 94 varones y 56 mujeres, con promedio de edad 65±15 años, con diagnóstico de IMA, resultados: Primera tabla, se estimó la frecuencia de los indicadores de cumplimiento, en el cual se encontró que de los 20 indicadores evaluados solo 5 de ellos tuvieron 100% adherencia al cumplimiento de la guía de práctica clínica encontrándose la mayor parte de ellos dentro del manejo inicial.

Tabla 1: Indicadores de cumplimiento de la guía de práctica clínica evaluados en las historias clínicas de pacientes con infarto agudo de miocardio en emergencia del HNAAA en el periodo 2015-2016

ITEMS DE VARIABLES	CUMPLEN (n=150)	
	Frecuencia	%
Manejo inicial a llegada		
Examen físico de emergencia (caract. del dolor)	149	99.33
Registro de funciones vitales	148	98.66
Examen electrocardiográfico a llegada	149	99.33
Se definió si es SCA CEST ó SEST	150	100.00
Biomarcador CK-MB	148	98.66
Biomarcador Troponina I	150	100.00
Biomarcador Troponina T	150	100.00
Manejo Terapéutico en IMA Sin elevación de ST		
Oxígeno si Sat< 90% primeras 6 horas	142	94.66
Nitroglicerina 12.5-25mg EV ó SL 0.4 mg ó Isorbide	146	97.33
Betabloqueador (Atenolol 50-100 mg VO)	145	96.67
Anticoagulante (Heparina sódica 60-4000 UI/kg EV)	149	99.33
Aspirina 162-325mg triturado VO	146	97.33
IECA (captopril 6.25-50 mg ó Enalapril 10-20mg)	150	100.00
Si hay contraindicación uso de ARA (Losartan 50-100mg)		
Estatinas 40 mg (Simvastatina ó Atorvastatina ó Pravastatina)	146	97.33
Sulfato de Morfina 2-4 mg EV	148	98.66
Manejo Terapéutico en IMA Con elevación de ST: Anti trombótica y Reperusión		
Fibrinólisis (Estreptoquinasa ó Alteplase)	148	98.66
ACTP(Angioplastia) ó By Pass Aorto coronario	145	96.67
Manejo según evolución: si Troponina elevada		
Bloqueadores GP IIB/IIIA (Tirofiban, Eptifibatide, Abciximab)	139	92.66
Angiografía coronaria	148	98.66
Manejo según evolución: si Troponina es normal		
Test de estrés inmediato al alta	150	100.00

Fuente: Historias clínicas del HNAAA

SCA: Síndrome coronario agudo

CEST: Con elevación del segmento ST

SEST: Sin elevación del segmento ST

CK-MB: Creatinquinasa; IMA: Infarto agudo al miocardio.

IECA: Inhibidor de enzima convertidor de angiotensina

ARA: Antagonistas de receptores de angiotensina.

En la segunda tabla se encontró que la estimación de la frecuencia de cumplimiento de las principales variables de manejo que tuvieron adherencia cercana o igual al 100%, fueron: el manejo inicial a la llegada, el manejo terapéutico en IMA con ST elevado, y el manejo cuando la troponina es normal, en este último caso se cumplió con el test de estrés en todos los pacientes y el de poca adherencia al cumplimiento fue el manejo terapéutico en infarto sin elevación del segmento ST

Tabla 2: Principales variables de cumplimiento de la guía de práctica clínica evaluadas en las historias clínicas de pacientes con infarto agudo de miocardio en emergencia del HNAAA en el periodo 2015-2016

VARIABLES	CUMPLE	
	Frecuencia	%
Manejo inicial a llegada	145	96.67
Manejo Terapéutico en IMA sin elevación ST	128	85.33
Manejo Terapéutico en IMA con elevación ST	148	98.66
Manejo según evolución si Troponina es elevada	137	91.33
Manejo según evolución si Troponina es normal	150	100.00

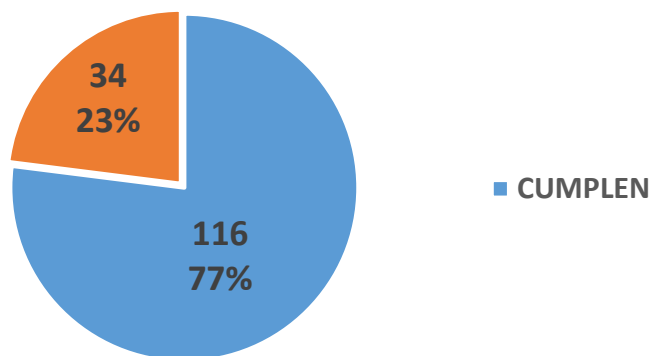
Fuente: Historias clínicas del HAAA

IMA: Infarto agudo de miocardio.

Se encontró que la estimación general de la frecuencia del cumplimiento de la guía de práctica clínica de EsSalud fue solo del 77% (116 son las historias clínicas que cumplieron con la correcta evaluación de todas las variables en estudio según lo

consignado en la guía de práctica clínica), mientras que el resto tuvieron muy poca adherencia a la guía en por lo menos un indicador (ítem) de evaluación.

Gráfico 1: Valoración final de las historias clínicas de pacientes con infarto agudo de miocardio en emergencia según la guía de práctica clínica del HNAAA 2015-2016



Fuente: Historias clínicas del HNAAA

IV. DISCUSIÓN

La frecuencia del cumplimiento de la guía de práctica clínica de EsSalud 2015 para tratar a pacientes con síndrome coronario agudo en emergencia del Hospital Almanzor Aguinaga Asenjo fue menor al 100%, de una población de 150 historias clínicas evaluadas, si bien es cierto la adherencia general no fueron muy cercanas al 100% esto es lo que se esperaba en este estudio, ya que los resultados no difieren de la experiencia publicada en trabajos similares en los que se evalúan el apego a las guías clínicas, como se refiere en el estudio de Mosquera G, realizado en Colombia el 2014, el cual hizo un estudio observacional, descriptivo de corte transversal de diversas enfermedades cardiovasculares en 106 personas adulta mayores, se evaluó diversas

variables según una guía de práctica clínica y concluyó que en enfermedades de alto impacto como el infarto agudo de miocardio, la adherencia debe ser muy alta para garantizar los mejores resultados clínicos, el cual no sucedió en su estudio ni en el presente estudio por eso se considera a los resultados obtenidos como de menor apego a lo establecido a otros trabajos de investigación.(8) Esta falta de adherencia al cumplimiento de la guía se podría explicar por el desconocimiento de la existencia de una guía de práctica clínica por parte de algunos médicos de emergencia o si bien saben que existe una guía, no la han podido revisar por falta de tiempo o simplemente no pudieron obtenerlas por alguna razón.

El estudio también reveló datos acerca del cumplimiento de los indicadores evaluados en la guía de práctica clínica, en el que solo pocos de ellos se acercaron o fueron al 100%, estos son: la definición mediante el electrocardiograma si es síndrome coronario con o sin elevación del segmento ST, los biomarcadores de troponina T e I, los fármacos inhibidores de la enzima convertidora de angiotensina, y en su defecto los Antagonistas de receptores de angiotensina, y por último el test de estrés inmediato al alta, todos estos indicadores se llegaron a cumplir de acuerdo a lo establecido en la guía, por lo que su manejo fue el adecuado de acuerdo a la guía. La mayoría de los indicadores con más acercamiento al cumplimiento pertenecen al manejo inicial a la llegada del paciente en el cual prima el examen físico y las pruebas enzimáticas que se piden, por lo que es razonable que no se incurra en incumplimiento ya que hasta ese momento no se trabaja con dosis de medicamentos establecidos, como si se hace más adelante. Aunque el incumplimiento de los demás indicadores no fue tan pobre, si se compara con publicaciones como la de Cervelló J, estudio prospectivo de

cohortes en España 2012 estudió 134 pacientes hospitalizados, cuyo objetivo era evaluar el manejo intrahospitalario y al alta para evaluar el grado de adherencia a las guías, concluyó que la adherencia a las recomendaciones en lo referido al manejo farmacológico es muy alta incluso superior a las objetivadas en estudios publicados (9). El presente estudio difiere del descrito anteriormente ya que no se llegó a una adherencia muy cercana al 100% en el tratamiento farmacológico. Dentro del manejo farmacológico el ítem con menos apego al cumplimiento fue la administración de oxígeno el cual se administraba en menos de 6 horas, también se encuentra la dosis de aspirina, nitroglicerina y betabloqueador, que fue menor a lo establecido en la guía de práctica. La falta de adherencia al tratamiento farmacológico puede ser explicada tal vez por un desconocimiento o porque hay costumbre de algunos médicos de actuar frente a estos casos por resultados de experiencia previa en el manejo de sus pacientes, con dosis de medicamentos fuera de lo recomendado en la guía de práctica clínica. Tal como menciona el estudio de Arós F. España 2000, una mayor adherencia al cumplimiento de la guía de práctica clínica en cuanto a la administración de fármacos recomendados reduciría la mortalidad que, aunque no hubo una elevada adherencia la mortalidad que no fue una variable de estudio se mantuvo reducida en la población de estudio (10). Aquí tal vez intervinieron otros aspectos como la oportuna estratificación de los riesgos y el no retraso en la atención, como lo menciona Chimborazo SY en su tesis (11).

Dentro de las principales variables que rigen el cumplimiento de la guía la única que se siguió con firme adherencia es el manejo cuando troponina es normal, y se debe a que se realizó el test de estrés inmediato al alta en todos los pacientes mas no así

cuando la troponina estaba elevada. Esto se debe a que es el último examen que se aplica al paciente antes de darlo de alta y así poder conocer cómo evoluciona la enfermedad. La adherencia a la guía clínica es vital ya que ella evaluamos la clínica, la parte enzimática y el EKG que forman parte de la tercera definición de IMA (12) (13).

Una de las principales fortalezas de este estudio es que se basó en la revisión de historias clínicas de todos los pacientes que se atendieron en un hospital del tercer nivel en el cual cuentan con todos los medios para poder tratar enfermedades de alta complejidad como el infarto agudo de miocardio.

Dentro de las limitaciones del estudio se encuentra en primer lugar el reducido número de historias clínicas revisadas, este pequeño número limitaría tal vez que se pueda extrapolar los resultados a la población en general, y segundo que algunas historias clínicas revisadas se encontraban en mal estado y otras no eran inteligibles.

Se espera que la información obtenida con este estudio que se brinda al hospital ayude de alguna manera a mejorar los parámetros de actuación frente al síndrome isquémico coronario agudo en aquellos pacientes que ingresan por emergencia así como evaluar la necesidad de una intervención para mejorar la adherencia al cumplimiento de la guía de práctica clínica, esto es primordial para el tratamiento de los pacientes que han sufrido de infarto agudo al miocardio y a los médicos para mejorar el pronóstico y calidad de vida de sus pacientes.

V. CONCLUSIONES

- Se concluye que el cumplimiento general de la guía de práctica clínica fue de tan

solo 77%.

- La frecuencia del cumplimiento del manejo asistencial inicial prestado a la llegada del paciente, fue mayor comparado con otras variables por lo tanto tuvo mayor adherencia a la guía de práctica clínica.
- La frecuencia del cumplimiento del manejo terapéutico prestado fue menor siendo esta una de las principales variables en el tratamiento del infarto.

VI. RECOMENDACIONES

- Realizar estrategias de intervención para mejorar la adherencia a la guía clínica.
- Se recomienda poner más énfasis en el cumplimiento del manejo farmacológico y evolución para poder cumplir con la guía de práctica clínica.

VII. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Vilariño JO, Esper R, Badimón JJ. Fisiopatología de los síndromes coronarios agudos. Tres paradigmas para un nuevo dogma. Rev Esp Cardiol Supl. 2004;4(G):13-24.
2. Ferreira GI. Epidemiología de la enfermedad coronaria. Rev Esp Cardiol. 2014; 67(2):139–144.
3. Reyes RM, Ruiz ME. Registro nacional de infarto de miocardio agudo II. RENIMA II. Rev Per Cardiol. 2013; 39(1).
4. Borda VL, Razzeto RL, Rey MJ, Medina F, Mormontoy W. Estrategias de reperfusión usadas en pacientes con síndrome coronario agudo con elevación persistente del segmento ST en un hospital general. Rev Med Hered. 2015; 26:35-41.
5. Gómez DJ. Implementación de guías clínicas. Rev Esp Cardiol. 2006; 59(2): 29-

35.

6. Thygesen K, Alpert JS, Jaffe AS, Simoons ML, Chaitman BR, White HD. Documento de consenso de expertos. Tercera definición universal del infarto de miocardio. Rev Esp Cardiol. 2013;66(2):132.e1-e15.
7. Douglas L, Mann D, Zipes D, Libby P, Bonow R, Braunwald, E. Braunwald tratado de cardiología texto de medicina cardiovascular. 10ªed. Barcelona: Elsevier Inc; 2016, p.1057 y 1070
8. Mosquera KG, García AA, Bohórquez RR, Muñoz VO. Adherencia a guías de infarto agudo de miocardio con elevación de segmento ST en un Hospital Universitario de nivel IV en Bogotá, Colombia, en periodos comprendidos entre enero de 2008 y julio de 2011. Univ. Méd. Colom, 2015; 56 (1): 20-31
9. Cervelló JF. Adherencia a las guías de práctica clínica en el manejo intrahospitalario y al alta de los pacientes ingresados por síndrome coronario agudo. Influencia en la evolución. [Tesis Doctoral] Barcelona: Universidad Autónoma de Barcelona. 2013. Disponible en:
<http://www.recercat.cat/bitstream/handle/2072/207483/TR-FerrandoCervell%20c3%b3.pdf?sequence=1>
10. Arós F, Cuñat J, Loma OA, Torrado E, Bosch X, Rodríguez JJ, et al. Tratamiento del infarto agudo de miocardio en España en el año 2000. El estudio PRIAMHO II. Rev Esp Cardiol 2003; 56 (12):1165-73.
11. Chimborazo SY. Síndrome Coronario Agudo. (Tesis Médico Cirujano) Ambato: Universidad Técnica de Ambato; 2015. Disponible en:
<http://repositorio.uta.edu.ec/bitstream/123456789/13578/1/Chimborazo%20Salcedo,%20Yadira%20Germania.pdf>

12. Bazzino O. Tercera definición universal de infarto de miocardio. Implicancias en la práctica clínica. Rev Urug Cardiol Supl. 2013; 28: 403-411
13. Romero SL, Pinedo PJ, Carpio CC, Guía de Práctica clínica para el manejo del Síndrome coronario agudo en emergencia del HAAA - Seguro Social del Perú Red Asistencial Lambayeque 2015.
14. Worner F, Cequier A, Bardaji A, Bodi V, Bover R, Martinez MS, et al. Guía de práctica para manejo del infarto en pacientes con elevación del ST. Rev Esp Cardiol. 2013;66(1):5-11
15. Steg G, James SK, Atar Dan, Badano LP, Blomstrom CL, Borger MA, et al. Guía de práctica clínica de la ESC para el manejo del infarto agudo de miocardio en pacientes con elevación del segmento ST. Rev Esp Cardiol 2013;66(1):53.e1-e46

VIII. ANEXOS

FICHA DE RECOLECCIÓN DE DATOS

“Cumplimiento de la Guía de Práctica Clínica de EsSalud 2015 para la atención de Pacientes con Síndrome Coronario Agudo en Emergencia del HAAA”.

Fecha

Nº:

I. Manejo a la llegada del paciente a emergencia.

- Se realizó el examen físico en emergencia: Sí No
(Características del dolor, auscultación cardiaca)
- Se registró las funciones vitales en emergencia: Sí No
(PA, FC, FR, Tº)
- Se realizó el examen electrocardiográfico a llegada: Sí No
- En la electrocardiografía se encontró: **SCACEST** **SCASEST**
- Se realizó el examen seriado de biomarcadores cardiacos.
 - CK-MB Sí No
 - Troponina I Sí No
 - Troponina T Sí No

II. Manejo terapéutico en pacientes con IMA confirmado.

a) Si no hubo elevación del segmento ST se dio terapia anti isquémica:

- Oxígeno: Si Sat<90% o IMA complicado, primeras 6 hrs. Sí No
- Nitratos: Nitroglicerina o Dinitrato de Isorbide. Sí No
- Betabloqueadores: Atenolol 50-100mg VO (taquicardia o HTA) Sí No
- Heparina sódica: 4000 o 60 UI/Kg en bolo EV. Sí No
- Aspirina 162-325 mg (triturado) VO. Sí No
- IECA: Captopril 6.25-50 mgc/8 hrs. Enalapril 10-20 mg c/12 hrs. Sí No
En caso intolerancia al anterior ARA II: Losartan 50-100 mg. Sí No
- Estatinas: Simvastatina, Atorvastatina, o Pravastatina 40 mg c/24. Sí No
- Sulfato de Morfina 2-4 mg con incrementos de 2-8 mg EV. Sí No

b) Si hubo elevación del segmento ST se dio terapia anti trombótica y de reperfusión:

- Fibrinólisis Sí No
- Cateterismo (ACTP) Sí No
- By Pass Aorto Coronario Sí No

III. Manejo terapéutico según evolución.

a) Si troponina continua elevada, hay isquemia recurrente, inestabilidad hemodinámica, arritmias o angina post IMA se dio:

- Bloqueadores GP IIB/IIIA Sí No
- Angiografía coronaria Sí No

b) Si troponina es normal al ingreso y 12 horas después se realizó:

- Test de estrés inmediato o al alta Sí No