



Ficha de Registro de Casos – Encuesta ARGEN-IAM-ST

Sección 1: Datos demográficos			
Historia Clínica N°	Centro N°	Paciente N°	
Sexo	Masc. <input type="checkbox"/>	Fem. <input type="checkbox"/>	Fecha ingreso __/__/__
Fecha de nacimiento:	__/__/__ (dd/mm/aa)		Edad a la admisión:
Medio de transporte a la institución:	Propio: <input type="checkbox"/>		Ambulancia: <input type="checkbox"/>
Cobertura:	Pública <input type="checkbox"/>	Obra social <input type="checkbox"/>	Privada <input type="checkbox"/>
	Prepaga <input type="checkbox"/>	PAMI <input type="checkbox"/>	Fuerzas de Seguridad: <input type="checkbox"/>

Sección 2: Inicio de los síntomas			
	FECHA: dd/mm/aa	HORA: hh:mm-24hs	
Inicio de síntomas	__/__/__	__:__	
Primer contacto médico	__/__/__	__:__ N/A	
El paciente fue transferido desde otro centro:	Si: <input type="checkbox"/> No: <input type="checkbox"/>		
Ingreso a la 1° Institución (Derivante):	__/__/__	__:__	
Ingreso a la 2° Institución Receptora:	__/__/__	__:__	
Primer ECG obtenido:	Pre hospitalario: <input type="checkbox"/> Al ingreso hosp.: <input type="checkbox"/>	Fecha: __/__/__ (dd/mm/aa) Hora: __:__(hh:mm-24hs)	

Sección 3: Electrocardiograma		
3.1. ECG ingreso		
Ritmo:	Sinusal <input type="checkbox"/>	Fibrilación auricular <input type="checkbox"/> BAV 2° y/o 3° <input type="checkbox"/> BCRD <input type="checkbox"/> BCRI <input type="checkbox"/> HBAI <input type="checkbox"/> HBPI <input type="checkbox"/>
Localización		Definiciones
Anterior	<input type="checkbox"/>	Compromiso de V1 a V6
Inferior	<input type="checkbox"/>	Compromiso de DII-DIII-aVF
Lateral	<input type="checkbox"/>	Compromiso de DI y aVL o sólo V5-V6
Indeterminado	<input type="checkbox"/>	BCRI o no localizable
Combinado	<input type="checkbox"/>	Indique si es ant-lat <input type="checkbox"/> ant-inf <input type="checkbox"/> o inf-lat <input type="checkbox"/>

Sección 4: Factores de riesgo coronario y antecedentes patológicos				
4.1. FACTORES DE RIESGO CORONARIO	SI	NO	Desconoce	
Diabetes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Tipo 1: <input type="checkbox"/> Tipo 2: <input type="checkbox"/>
No tratado: <input type="checkbox"/> HGO: <input type="checkbox"/> Insulina: <input type="checkbox"/> Terapia no farmac/dieta: <input type="checkbox"/>				
Tabaquista actual/reciente(<1 año)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
ExTabaquista	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Nunca Fumador	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Dislipemia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Hipertensión arterial	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Antecedentes familiares	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
4.2. ANTECEDENTES	SI	NO	Antigüedad (en meses el más reciente)	
Infarto de miocardio:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Antigüedad:	
Enfermedad coronaria documentada:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Angina de reciente comienzo y/o progresiva (≤	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		



3 meses):			
Angina Crónica estable (>3 meses):	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Angioplastia previa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Antigüedad:
CRM previa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Antigüedad:
Historia de insuficiencia cardiaca:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Enfermedad pulmonar obstructiva:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Uso de aspirina :	Nunca: <input type="checkbox"/>	Menos de 7 días previos: <input type="checkbox"/>	Más de 7 días previos: <input type="checkbox"/>

Sección 5: Terapia de reperfusión

Recibió SI NO (Si es NO: Pasar a Sección 7: Causas de No reperfusión)

5.1. Terapia con fibrinolíticos:

Administrado en otro centro previo a la derivación: <input type="checkbox"/>	Administrado en el centro <input type="checkbox"/>
Fibrinolítico utilizado:	Streptokinasa <input type="checkbox"/> t-PA <input type="checkbox"/> r-PA <input type="checkbox"/> TNK <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/>
Inicio de la terapia	Día: ___/___/___ (dd/mm/aa) Hora: ___:___ hs (formato 24 hs)
Tiempo puerta aguja:	_____ minutos. (desde el arribo a la Institución hasta la infusión)
Tiempo de ventana:	_____ minutos. (desde el inicio de los síntomas hasta la infusión)
Criterios de reperfusión:	Alivio del dolor <input type="checkbox"/> CPK <input type="checkbox"/> Caída ST >=50% <input type="checkbox"/> Positivos <input type="checkbox"/> Negativos <input type="checkbox"/> Dudosos <input type="checkbox"/>

5.2. Cinecoronariografía dentro de las primeras 24 hs

SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	Fecha: ___/___/___ (dd/mm/aa)	: ___ (hh:mm – 24 hs)			
Arteria Responsable:	TCI <input type="checkbox"/>	DA <input type="checkbox"/>	Diag <input type="checkbox"/>	CX <input type="checkbox"/>	CD <input type="checkbox"/>
	Pte. venoso <input type="checkbox"/>	Pte. arterial <input type="checkbox"/>	Ninguna <input type="checkbox"/>	No puede Identificarse <input type="checkbox"/>	
TIMI: 0: <input type="checkbox"/>	1: <input type="checkbox"/>	2: <input type="checkbox"/>	3: <input type="checkbox"/>		
Otros Vasos:	NO <input type="checkbox"/>	TCI <input type="checkbox"/>	DA <input type="checkbox"/>	Diag <input type="checkbox"/>	CX <input type="checkbox"/>
		CD <input type="checkbox"/>	Pte. venoso <input type="checkbox"/>	Pte. arterial <input type="checkbox"/>	

5.3. Angioplastia dentro de las primeras 24 hs del ingreso

SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	Fecha: ___/___/___ (dd/mm/aa)	Hora inflado balón : ___ (hh:mm – 24 hs)			
Motivo: Primaria: <input type="checkbox"/>	Rescate: <input type="checkbox"/>	Farmacoinvasiva: <input type="checkbox"/>	Otro: <input type="checkbox"/>		
Vaso Tratado: Responsable: <input type="checkbox"/>	Otro: <input type="checkbox"/>				
Más de un vaso (en distintas arterias):	NO <input type="checkbox"/>	TCI <input type="checkbox"/>	DA <input type="checkbox"/>	Diag <input type="checkbox"/>	CX <input type="checkbox"/>
		CD <input type="checkbox"/>	Pte. venoso <input type="checkbox"/>	Pte. arterial <input type="checkbox"/>	
Resultado: Exitosa <input type="checkbox"/>	Frustra <input type="checkbox"/>				
Stent: NO <input type="checkbox"/>	BMS <input type="checkbox"/>	DES <input type="checkbox"/>			
Tiempo puerta balón: _____ minutos.	(desde el arribo a la Institución hasta el inflado del balón)				
Tiempo de ventana: ___ minutos.	(desde el inicio de los síntomas hasta el inflado del balón)				

Sección 6: Causas de demora a la reperfusión

Considera Ud que hubo demoras en el tratamiento? SI NO

Causas: (marque una o más de una)

<input type="checkbox"/> Demora en la consulta por parte del paciente	<input type="checkbox"/> Derivado a otro centro para ATC 1ª
<input type="checkbox"/> Demora relacionada a la ambulancia	<input type="checkbox"/> Paro cardíaco
<input type="checkbox"/> Demora en la atención en guardia	<input type="checkbox"/> Falla administrativa hospitalaria
<input type="checkbox"/> Falla médica en el diagnóstico de infarto	<input type="checkbox"/> ECG inicial dudoso
<input type="checkbox"/> Demora del equipo de hemodinamia	<input type="checkbox"/> Otra:



Observaciones:

Sección 7: Causas de no tratamiento de reperfusión: (marcar una o más)

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Contraindicaciones para trombolíticos
Cuál | <input type="checkbox"/> Decisión de no realizar angioplastia
Cuál? |
| <input type="checkbox"/> Negativa del Paciente | <input type="checkbox"/> ECG dudoso |
| <input type="checkbox"/> Presentación tardía | <input type="checkbox"/> Falta de disponibilidad de trombolíticos |
| <input type="checkbox"/> Edad avanzada | <input type="checkbox"/> Falta de disponibilidad de angioplastia |
| <input type="checkbox"/> Otra | <input type="checkbox"/> Infarto pequeño |

Observaciones:

Sección 8: Presentación clínica y examen físico

Nº de episodios anginosos en las ultimas 24 hs. ___

Tensión arterial: Sistólica: ___ mmHg Diastólica: ___ mmHg FC: ___ lat/min

Peso: Kg Altura: cm IMC: ___

Clasificación de Killip y Kimball (KK)

KK I: ___ (sin signos de insuf. Cardíaca)

KK II: ___ (rales crepitantes hasta tercio medio, R3, IY)

KK III: ___ (edema agudo de pulmón)

KK IV: ___ (shock cardiogénico)

Paro cardio respiratorio: SI NO Pre hospitalario: Intra hospitalario

Sección 9: Datos de laboratorio y estudios complementarios (obtenidos dentro de las 48 hs)

	Valor absoluto	No realizado
Pico CK-MB		<input type="checkbox"/>
Pico de CPK		<input type="checkbox"/>
Pico de Tn	T	<input type="checkbox"/>
	I	<input type="checkbox"/>
Glucemia al ingreso		<input type="checkbox"/>
Creatinina al ingreso		<input type="checkbox"/>
Función ventricular por eco	Normal <input type="checkbox"/> Leve <input type="checkbox"/> Moderada <input type="checkbox"/> Severa <input type="checkbox"/>	
Fracción de eyección: ___ %.	Metodo: Eco: <input type="checkbox"/> Camara gamma: <input type="checkbox"/> Angiografía: <input type="checkbox"/>	

Sección 10: tratamiento farmacológico.

Grupo	Administrado al ingreso.		Indicado al alta.	
	SI	NO	SI	NO
10.1. Antiagregantes				
AAS.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Clopidogrel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Prasugrel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ticagrelor	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Inhibidores GP IIb IIIa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Droga:	
10.2. Anticoagulantes	SI	NO		
Heparina no fraccionada	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Anticoagulante	<input type="checkbox"/> Profilaxis
Heparina de bajo peso molecular	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Anticoagulante	<input type="checkbox"/> Profilaxis
Bivalirudina	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
10.3. Otros	SI	NO	SI	NO
Beta bloqueantes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
IECAs	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>



ARA II	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Estatinas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Antialdosterónicos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Acenocumarol o warfarina	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Inotrópicos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		

Sección 11: Eventos intra-hospitalarios			
Fecha de Alta: __/__/__ (dd/mm/aa)		Días de internación:	
Días de estadía UCO/UTI:		Sala general:	
Transferido a otro centro:	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	Día: __/__/__ (dd/mm/aa)	
Nombre del centro:			
EVENTOS	SI	NO	Fecha
Muerte	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	__/__/__
Causa:	Cardíaca <input type="checkbox"/>	Extracardíaca <input type="checkbox"/>	Desconoce <input type="checkbox"/>
Reinfarto	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	__/__/__
APIAM	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	__/__/__
Shock cardiogénico	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	__/__/__
Requirió BCIA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	__/__/__
Insuf. Cardíaca	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	__/__/__
Paro cardíaco	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	__/__/__
Ritmo en el paro	TV/FV <input type="checkbox"/>	AESP <input type="checkbox"/>	Asistolia <input type="checkbox"/> No documentado <input type="checkbox"/>
Fibrilación auricular	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	__/__/__
Complicación mecánica	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	__/__/__
Cual?	IM <input type="checkbox"/>	CIV <input type="checkbox"/>	RCE <input type="checkbox"/>
Marcapasos transitorio	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	__/__/__
Cardioversión eléctrica	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	__/__/__
Cateter de Swan Ganz	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	__/__/__
Asistencia Respiratoria mecánica	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	__/__/__
Cirugía de revascularización	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	__/__/__
ACV isquémico	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	__/__/__
Sangrado (criterio TIMI)	<input type="checkbox"/> NO		
	<input type="checkbox"/> Mínimo (no intracraneal o caída < de 3 g/dl de Hb):		
	<input type="checkbox"/> Menor (no intracraneal con caída de 3 a 5 g/dl de Hb):		
	<input type="checkbox"/> Mayor (sangrado intracraneal o caída de Hb ≥5g/dl):		
Sitio de sangrado	Digestivo <input type="checkbox"/>	Punción <input type="checkbox"/>	Cerebral <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/>