



ARGEN-IC: Registro Argentino de Insuficiencia Cardíaca Aguda

Datos filiatorios

Identificación del paciente (iniciales primer nombre y iniciales primer apellido, tres últimos números del DNI). Por ejemplo: js234	
Apellido y nombre del investigador	
Centro (lugar de la internación)	
Fecha de ingreso (DD/MM/AAAA)	
Datos de contacto del paciente	
Localidad	
Provincia	
Teléfono 1 (incluir código de área)	
Teléfono 2 (incluir código de área)	

Datos demográficos

Sexo	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 80%;">Femenino</td> <td style="width: 20%; text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>masculino</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> </table>	Femenino	<input type="checkbox"/>	masculino	<input type="checkbox"/>										
Femenino	<input type="checkbox"/>														
masculino	<input type="checkbox"/>														
Edad															
Cobertura médica (puede marcar sólo una)	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr><td>Pública</td><td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>Obra social nacional</td><td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>Obr social provincial</td><td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>PAMI</td><td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>Fuerzas de Seguridad</td><td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>Prepaga</td><td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>Particular</td><td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td></tr> </table>	Pública	<input type="checkbox"/>	Obra social nacional	<input type="checkbox"/>	Obr social provincial	<input type="checkbox"/>	PAMI	<input type="checkbox"/>	Fuerzas de Seguridad	<input type="checkbox"/>	Prepaga	<input type="checkbox"/>	Particular	<input type="checkbox"/>
Pública	<input type="checkbox"/>														
Obra social nacional	<input type="checkbox"/>														
Obr social provincial	<input type="checkbox"/>														
PAMI	<input type="checkbox"/>														
Fuerzas de Seguridad	<input type="checkbox"/>														
Prepaga	<input type="checkbox"/>														
Particular	<input type="checkbox"/>														

Antecedentes

Marque los antecedentes conocidos previos a la internación si corresponde (puede marcar más de uno)

<input type="checkbox"/> Diabetes	<input type="checkbox"/> Fibrilación auricular crónica
<input type="checkbox"/> Dislipidemia	<input type="checkbox"/> Angina Crónica Estable
<input type="checkbox"/> Tabaquismo (o exabajaquista hace 1 año)	<input type="checkbox"/> Marcapasos definitivo
<input type="checkbox"/> Hipertensión Arterial	<input type="checkbox"/> Resincronizador
<input type="checkbox"/> Infarto agudo de Miocardio	<input type="checkbox"/> Desfibrilador implantable
<input type="checkbox"/> Cirugía Cardíaca	<input type="checkbox"/> Valvulopatía moderada o severa
<input type="checkbox"/> Chagas	<input type="checkbox"/> Ninguno
<input type="checkbox"/> Angioplastia previa	



ARGEN-IC: Registro Argentino de Insuficiencia Cardíaca Aguda

Marque las comorbilidades que correspondan (puede marcar más de una)

<input type="checkbox"/>	EPOC	<input type="checkbox"/>	Enfermedad vascular periférica
<input type="checkbox"/>	Insuficiencia renal crónica	<input type="checkbox"/>	Alcoholismo
<input type="checkbox"/>	Disfunción tiroidea	<input type="checkbox"/>	Depresión
<input type="checkbox"/>	Neoplasia	<input type="checkbox"/>	Obesidad
<input type="checkbox"/>	ACV isquémico	<input type="checkbox"/>	ACV hemorrágico

Vacunación

Indique si cuenta con las siguientes vacunas aplicadas correctamente:

<input type="checkbox"/>	Influenza
<input type="checkbox"/>	Pneumococo
<input type="checkbox"/>	No se vacunó

Antecedentes vinculados al cuadro actual:

Número de internaciones por insuficiencia cardíaca en el último año	
---	--

Tratamiento médico previo

Indique medicación habitual previa a la internación (puede marcar más de una)

<input type="checkbox"/>	Diurético de ASA	<input type="checkbox"/>	Ivabradina	<input type="checkbox"/>	Insulina
<input type="checkbox"/>	Tiazidas	<input type="checkbox"/>	Amiodarona	<input type="checkbox"/>	Anticoagulación (anti vit K)
<input type="checkbox"/>	Espironolactona	<input type="checkbox"/>	AAS	<input type="checkbox"/>	Nuevos anticoagulantes
<input type="checkbox"/>	Eplerenona	<input type="checkbox"/>	Clopidogrel	<input type="checkbox"/>	Digoxina
<input type="checkbox"/>	Inhibidor de la ECA	<input type="checkbox"/>	Prasugrel	<input type="checkbox"/>	DESCONOCE
<input type="checkbox"/>	Antagonista de AII	<input type="checkbox"/>	Ticagrelor	<input type="checkbox"/>	NINGUNO
<input type="checkbox"/>	Nitritos	<input type="checkbox"/>	AINES	<input type="checkbox"/>	Otro: Especifique
<input type="checkbox"/>	Hidralazina	<input type="checkbox"/>	Corticoides		
<input type="checkbox"/>	Sacubitril/Valsartán	<input type="checkbox"/>	Estatinas		
<input type="checkbox"/>	Betabloqueantes	<input type="checkbox"/>	Fibratos		
<input type="checkbox"/>	Bloqueantes Ca	<input type="checkbox"/>	Hipoglucemiantes orales		

Internación Actual

Área de internación al ingreso (marque una)	<input type="checkbox"/> Clínica médica <input type="checkbox"/> Sala de Cardiología <input type="checkbox"/> Unidad Coronaria <input type="checkbox"/> Terapia intensiva <input type="checkbox"/> Sala de Emergencia/Guardia
Factor desencadenante (marque una)	<input type="checkbox"/> Sin factor desencadenante conocido <input type="checkbox"/> Suspensión del tratamiento <input type="checkbox"/> Transgresión alimentaria <input type="checkbox"/> Crisis hipertensiva <input type="checkbox"/> Síndrome coronario agudo <input type="checkbox"/> Arritmia ventricular <input type="checkbox"/> Arritmia supraventricular <input type="checkbox"/> Infección Otro (Especifique):
¿Qué fármacos recibió en la Urgencia? (desde el ingreso a la institución a la hospitalización)	<input type="checkbox"/> Diuréticos <input type="checkbox"/> Vasodilatadores <input type="checkbox"/> Inotrópicos/ Vasopresor <input type="checkbox"/> Desconoce Otro (especifique):
Si corresponde, indique tiempo desde el primer contacto con el paciente en la hospitalización hasta el inicio de los siguientes fármacos (minutos)	<ul style="list-style-type: none"> • Diuréticos: • Vasodilatador IV:



ARGEN-IC: Registro Argentino de Insuficiencia Cardíaca Aguda

Examen Físico (datos recolectados al ingreso)

Ingrese los signos vitales del paciente al ingreso (valores absolutos)

FC (lat/min)	
Sat O2 (%)	
TAS	
TAD	

Perfusión periférica

<input type="checkbox"/>	Normal
<input type="checkbox"/>	Perfusión periférica

Ingrese los siguientes datos antropométricos (puede utilizar comas)

Peso (kg)	
Altura (mts)	

Signos

<input type="checkbox"/>	Edemas miembros inferiores (presencia de signo de Godet +)	<input type="checkbox"/>	Ingurgitación yugular (presencia de congestión en vena yugular externa a 45° ≥ 1/3)
<input type="checkbox"/>	R3	<input type="checkbox"/>	R4
<input type="checkbox"/>	Reflujo hepatoyugular positivo (presencia de incremento de la congestión venosa yugular con la compresión del reborde inferior hepático)	<input type="checkbox"/>	Ascitis
<input type="checkbox"/>	Hepatomegalia	<input type="checkbox"/>	Rales crepitantes

Forma de presentación

<input type="checkbox"/>	Congestión pulmonar simple
<input type="checkbox"/>	Congestión periférica simple
<input type="checkbox"/>	Congestión mixta
<input type="checkbox"/>	Edema agudo de pulmón
<input type="checkbox"/>	Shock cardiogénico / Bajo VM
<input type="checkbox"/>	Anasarca

Estudios Realizados

ECG	<input type="checkbox"/>	Ritmo Sinusal	<input type="checkbox"/>	HBAI
	<input type="checkbox"/>	FA	<input type="checkbox"/>	HVI
	<input type="checkbox"/>	BRI	<input type="checkbox"/>	Ondas Q patológicas
	<input type="checkbox"/>	BRD	<input type="checkbox"/>	Otro (especifique):

Laboratorio de ingreso (coloque solo el valor)

Hematocrito (%)		Nt-ProBNP	
Hemoglobina (gr/dl)		TGO (UI/L)	
G.Blanco (mm3)		TGP (UI/L)	
Glucemia (mg/dl)		Bilirrubina Total (mg/dl)	
Recuento plaquetas		Bilirrubina Directa (mg/dl)	
Hb a1c (%)		Fosfatasa alcalina	
Urea (mg/dl)		Troponina T US	
Creatinina (mg/dl)		Troponina no US	
Sodio (mEq/l)		Albumina (gr/dl)	
Potasio (mEq/l)		Eritrosedimentación	
Saturación de transferrina (%)		PCR	
Ferremia (µg/dl)		Ferritina ng/ml	
Transferrina (µg/dl)		TSH (µUI/ml)	
BNP			



ARGEN-IC: Registro Argentino de Insuficiencia Cardíaca Aguda

Radiografía de tórax al ingreso

<input type="checkbox"/>	Congestión (Presencia de hipertensión venocapilar o edema alveolar)
<input type="checkbox"/>	Derrame pleural
<input type="checkbox"/>	Cardiomegalia

Ecocardiograma al ingreso

Fecha de realización (DD/MM/AAAA)			
Indique Fracción de eyección (%)			
Interpretación Fey	<input type="checkbox"/>	Fey deteriorada	
	<input type="checkbox"/>	Fey preservada	
	<input type="checkbox"/>	Fey Intermedia	
Función diastólica (marque una)	<input type="checkbox"/>	Normal 0 (relación E/ > 1)	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	Tipo I (relajación prolongada, relación E/A < 1)	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	Tipo II (pseudonormal, E/A > 1 y variación con Valsalva)	
			Ti o III (restrictiv , relación /A > 2)
			Flujo no evaluable
Aurícula Izquierda (AI) informe sólo el valor absoluto	Área AI en cm ² :		
	Volumen indexado en ml/m ² :		
Relación E/e			
Presión sistólica pulmonar (mmHg)			
Vena Cava Inferior (marque una)	<input type="checkbox"/>	Diámetro de la VCI <20 con colapso inspiratorio	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	Diámetro de la VCI >20 sin colapso inspiratorio	<input type="checkbox"/>
			Diámetro de la VCI es >20 con colapso inspiratorio
			Diámetro de la VCI de <20 sin colapso inspiratorio

Ecografía pulmonar

Si dispone de ecografía pulmonar de ingreso, indicar la presencia de signos de congestión (presencia de cometas)	<input type="checkbox"/>	Sí	<input type="checkbox"/>	No
Indique el número de cometas (si no presenta escriba 0)				

Tratamiento durante la internación

Furosemida

Vía de administración de Furosemida al inicio de la internación (marque uno)	<input type="checkbox"/>	Bolo	
	<input type="checkbox"/>	Infusión	
Indicar dosis máxima utilizada de furosemida en mg/día. (indique sólo el valor. Por ejemplo 40)			

Vasodilatador EV, si aplica indicar qué vasodilatador utilizó:

<input type="checkbox"/>	NTG
<input type="checkbox"/>	NPS

Indique el inotrópico utilizado (puede marcar más de uno)

<input type="checkbox"/>	Dopamina	<input type="checkbox"/>	Milrinone
<input type="checkbox"/>	Dobutamina	<input type="checkbox"/>	Adrenalina
<input type="checkbox"/>	Levosimendan	<input type="checkbox"/>	Noradrenalina

Tratamiento durante la internación: Fármacos VO

IECA

<input type="checkbox"/>	Suspendió el tratamiento
<input type="checkbox"/>	Disminuyó la dosis
<input type="checkbox"/>	Aumentó la dosis
<input type="checkbox"/>	No realizó cambios



ARGEN-IC: Registro Argentino de Insuficiencia Cardíaca Aguda

Indicar nombre	
Dosis de inicio (mg/día)	
Indicar fecha de primera toma	

Betabloqueantes

<input type="checkbox"/>	Suspendió el tratamiento
<input type="checkbox"/>	Disminuyó la dosis
<input type="checkbox"/>	Aumentó la dosis
<input type="checkbox"/>	No realizó cambios

Indicar nombre	
Dosis de inicio (mg/día)	
Indicar fecha de primera toma	

ARA II si corresponde

<input type="checkbox"/>	Suspendió el tratamiento
<input type="checkbox"/>	Disminuyó la dosis
<input type="checkbox"/>	Aumentó la dosis
<input type="checkbox"/>	No realizó cambios

Indicar nombre (principio activo)	
Indicar dosis de inicio (mg/dl)	

Sacubitril/Valsartán si corresponde

Indicar fecha de inicio	
Indicar dosis de inicio (mg/dl)	

Estatinas

Indicar nombre (principio activo)	
Indicar dosis de inicio (mg/dl)	

Indique si inició el tratamiento de los siguientes fármacos durante la internación si corresponde (puede marcar más de uno)

<input type="checkbox"/>	Tiazida	<input type="checkbox"/>	Amlodipina
<input type="checkbox"/>	Espironolactona	<input type="checkbox"/>	Otro Bloqueante Ca
<input type="checkbox"/>	Eplerenone	<input type="checkbox"/>	Hidralazina
<input type="checkbox"/>	Amiodarona	<input type="checkbox"/>	Hipoglucemiantes Orales
<input type="checkbox"/>	Digoxina	<input type="checkbox"/>	Insulina NPH
<input type="checkbox"/>	Ivabradina	<input type="checkbox"/>	Insulina corriente (correcciones)
<input type="checkbox"/>	AAS	<input type="checkbox"/>	Otro:
<input type="checkbox"/>		Otro (especifique):	

Procedimientos/dispositivos utilizados (puede marcar más de una opción)

<input type="checkbox"/>	Asistencia Respiratoria Mecánica	<input type="checkbox"/>	Cirugía de revascularización
<input type="checkbox"/>	VNI	<input type="checkbox"/>	Cirugía valvular
<input type="checkbox"/>	Cinecoronariografía	<input type="checkbox"/>	Angioplastia
<input type="checkbox"/>	Balón de contrapulsación	<input type="checkbox"/>	Valvuloplastia
<input type="checkbox"/>	Swan Ganz	<input type="checkbox"/>	Vía central
<input type="checkbox"/>	Marcapasos transitorio	<input type="checkbox"/>	Trasplante
<input type="checkbox"/>	Diálisis-Ultra filtración	<input type="checkbox"/>	Cardioversión farmacológica



ARGEN-IC: Registro Argentino de Insuficiencia Cardíaca Aguda

<input type="checkbox"/> Desfibrilación	<input type="checkbox"/> Ninguno
<input type="checkbox"/> Cardioversión eléctrica	<input type="checkbox"/> Otro (especifique):

Eventos durante la internación (puede marcar más de uno)

<input type="checkbox"/> Arritmia ventricular descompensante	<input type="checkbox"/> Shock cardiogénico
<input type="checkbox"/> ACV hemorrágico	<input type="checkbox"/> ACV isquémico
<input type="checkbox"/> Insuficiencia renal aguda (Creatinina incrementada X 2 o descenso del FG > 50% / criterios RIFLE)	<input type="checkbox"/> TEP agudo
<input type="checkbox"/> IAM	<input type="checkbox"/> Sepsis
<input type="checkbox"/> Embolia periférica	<input type="checkbox"/> Muerte no CV
<input type="checkbox"/> Muerte CV	<input type="checkbox"/> Empeoramiento de la IC
<input type="checkbox"/> Infección	<input type="checkbox"/> NINGUNO
<input type="checkbox"/> Fibrilación auricular / aleteo auricular	Otro (especifique):

Indicar causa de muerte si corresponde

<input type="checkbox"/> Progresión de insuficiencia cardíaca
<input type="checkbox"/> Muerte súbita
<input type="checkbox"/> Causa no CV
Otro (especifique):

Condiciones al alta

Ingrese los signos vitales del paciente al egreso (valores absolutos)

FC (lat/min)	
Sat O ₂ (%)	
TAS	
TAD	

Peso al alta (Kg):	
--------------------	--

Laboratorio al alta

Hematocrito (%)	Nt-ProBNP
Hemoglobina (gr/dl)	BNP
G.Blancos (mm ³)	Potasio (mEq/l)
Glucemia (mg/dl)	Sodio (mEq/l)
Urea (mg/dl)	Albumina (gr/dl)
Creatinina (mg/dl)	Plaquetas

Ecografía pulmonar al alta

Si dispone de ecografía pulmonar de egreso, indicar la presencia de edema pulmonar (presencia de cometas)	<input type="checkbox"/>	Sí	
	<input type="checkbox"/>	No	
Indique el número de cometas (si no presenta escriba 0)			

Ecocardiograma al alta

Fecha de realización (DD/MM/AAAA)				
Indique Fracción de eyección (%)				
Aurícula Izquierda (AI) informe sólo el valor absoluto	Área AI en cm ² : Volumen indexado en ml/m ² :			
Función diastólica (marque una)	<input type="checkbox"/>	Normal 0 (relación E/A > 1)	<input type="checkbox"/>	Tipo III (restrictivo, relación E/A > 2)
	<input type="checkbox"/>	Tipo I (relajación prolongada, relación E/A < 1)	<input type="checkbox"/>	Flujo no evaluable
	<input type="checkbox"/>	Tipo II (pseudonormal, E/A > 1 y variación con Valsalva)		
Relación E/e				
Presión sistólica pulmonar (mmHg)				



ARGEN-IC: Registro Argentino de Insuficiencia Cardíaca Aguda

Vena Cava Inferior (marque una)	<input type="checkbox"/>	Diámetro de la VCI <20 con colapso inspiratorio	<input type="checkbox"/>	Diámetro de la VCI es >20 con colapso inspiratorio
	<input type="checkbox"/>	Diámetro de la VCI >20 sin colapso inspiratorio	<input type="checkbox"/>	Diámetro de la VCI de <20 sin colapso inspiratorio

Si corresponde complete los metros recorridos en el test de caminata 6 min al alta:

Diagnóstico etiológico de IC

<input type="checkbox"/> Valvular	<input type="checkbox"/> Miocarditis
<input type="checkbox"/> Hipertensiva	<input type="checkbox"/> Idiopática
<input type="checkbox"/> Isquémico-necrótica	<input type="checkbox"/> Restrictiva
<input type="checkbox"/> Chagásica	<input type="checkbox"/> Quimioterapia
<input type="checkbox"/> Alcohólica	<input type="checkbox"/> Desconoce
<input type="checkbox"/> Otro (especifique):	

Tratamiento de alta

Indique el nombre de los siguientes fármacos indicados al alta (principio activo) y mg/ día (números, utilice comas para decimales) si corresponde :

Fármaco	Nombre de principio activo. Por ejemplo: enalapril	Mg/día. Por ejemplo: 2.5
Betabloqueante		
Inhibidor de la ECA		
Antagonista AII		
Ivabradina		
Digoxina		
Estatina		
Hipoglucemiantes orales		
Tiazidas		
Sacubitrilo/Valsartán		
Antialdosterónico		
Diuréticos		
Anticoagulantes orales		

En caso de ser diabético, indique el tratamiento	
En caso de no haber indicado betabloqueantes explique por qué	
En caso de no haber indicado ARNI/IECA/ARA explique por qué	
En caso de no haber indicado Antagonista mineralocorticoide explique por qué	
Si el paciente tiene FA y no indicó Anticoagulación indique por qué	
Explique por qué indicó o no ivabradina	

Días de internación

Días en área crítica (en caso que no corresponda escriba 0)	
Días en piso (en caso que no corresponda marcar 0)	
Fecha de alta o muerte (DD/MM/AAAA)	



ARGEN-IC: Registro Argentino de Insuficiencia Cardíaca Aguda

Ficha de alta de pacientes con IC

¿Tensión arterial sistólica entre 80 y 130 mm Hg?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No: optimizar medicación antihipertensiva
¿RS: entre 50 a 70 lpm o FA entre 50 a 90 lpm?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No: optimizar medicación
¿Edema de MMII?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No: optimizar medicación con diuréticos
¿En caso de FA indicó anticoagulación?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No

Observaciones y pautas

<input type="checkbox"/>	Repasar medicación de forma detallada	<input type="checkbox"/>	Recomendaciones sobre vacunación y cese tabáquico
<input type="checkbox"/>	Explicación de pautas de alarma al paciente y cuidador	<input type="checkbox"/>	Si el paciente tiene FEVI reducida, considere CDI/TRC
<input type="checkbox"/>	Entrega de folletería y material escrito	<input type="checkbox"/>	Considera rehabilitación cardiovascular al alta
<input type="checkbox"/>	Explicación de cómo tomarse el pulso arterial y cómo tomarse la presión arterial	<input type="checkbox"/>	Pesarse en ayunas a diario
<input type="checkbox"/>	Visita programada con cardiólogo a los 7 -10 días del alta		