






Sociedad Argentina de Cardiología
Área de Investigación

ARGEN SHOCK 2

Versión digital: http://redcap.sac.org.ar/redcap/redcap_v10.7.1/DataEntry/record_home.php?pid=59&id=9&auto=1&arm=1

Número de centro y paciente			
Numero de Historia Clínica			<input type="text"/>
Nombre	<input type="text"/>	Apellido	<input type="text"/>
Edad	<input type="text"/>	Sexo	<input type="text"/>
		<input type="radio"/> Femenino <input type="radio"/> Masculino	
Teléfono paciente	<input type="text"/>	Teléfono familiar	<input type="text"/>
		Mail personal	<input type="text"/>
		Mail familiar	<input type="text"/>
Fecha de internación	<input type="text"/>	Killip y Kimbal de ingreso	<input type="text"/>
		<input type="radio"/> A <input type="radio"/> B <input type="radio"/> C <input type="radio"/> D	
Fecha del Shock	<input type="text"/>	Horas desde el ingreso	<input type="text"/>
		<input type="radio"/> Menos de 24 hs <input type="radio"/> Entre 24 y 48 hs <input type="radio"/> Mas de 48 hs	
		Causa del Shock	<input type="text"/>
		<input type="radio"/> SCA conST <input type="radio"/> SCA sin ST <input type="radio"/> IAM por VD <input type="radio"/> Complicación mecánica	
		Localización ECG	<input type="text"/>
		<input type="radio"/> Anterior <input type="radio"/> Inferior <input type="radio"/> Subendocardico <input type="radio"/> BCRI <input type="radio"/> Marcapasos	
Factores de Riesgo (tildar si corresponde)		Comorbilidades al ingreso (tildar si corresponde)	
<input type="checkbox"/> HTA <input type="checkbox"/> DLP <input type="checkbox"/> TBQ <input type="checkbox"/> ex-tbq (> 12 meses) <input type="checkbox"/> DBT tipo 1 <input type="checkbox"/> DBT tipo 2 <input type="checkbox"/> Obesidad <input type="checkbox"/> Sedentarismo <input type="checkbox"/> Gota <input type="checkbox"/> Ninguno		<input type="checkbox"/> EPOC <input type="checkbox"/> Anemia cronica <input type="checkbox"/> Hipotiroidismo <input type="checkbox"/> IRC (conocida previa) <input type="checkbox"/> ACV previo <input type="checkbox"/> IAM previo <input type="checkbox"/> Insuficiencia cardiaca previa <input type="checkbox"/> Valvulopatía previa conocida no operada <input type="checkbox"/> Vasculopatía periférica <input type="checkbox"/> Ninguno	
Función ventricular previa		<input type="radio"/> Desconocida <input type="radio"/> Normal (>54%) <input type="radio"/> Leve (45-54%) <input type="radio"/> Moderada (35-44%) <input type="radio"/> Severa (<35%)	
* Campo requerido			
Tiempo de evolución al ingreso (desde el comienzo de los síntomas, en minutos)			<input type="text"/>
¿Se indicó estrategia de reperfusión?			<input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No
* Campo requerido			
Tipo de estrategia de reperfusión			<input type="radio"/> Trombolítico <input type="radio"/> Angioplastia
* Campo requerido			

Tipo de Angioplastia <small>* Campo requerido</small>	<input type="radio"/> Primaria <input type="radio"/> Rescate <input type="radio"/> Farmacoinvasiva
Tipo de trombolítico <small>* Campo requerido</small>	<input type="radio"/> STK <input type="radio"/> TPA
Tiempo puerta-aguja (en minutos) <small>* Campo requerido</small>	<input type="text"/>
Criterios de reperfusión <small>* Campo requerido</small>	<input type="radio"/> Positivos <input type="radio"/> Negativos <input type="radio"/> Dudosos
Tiempo a la realización de la ATC (en minutos) (puerta balón) <small>* Campo requerido</small>	<input type="text"/>
Fecha de la angioplastia <small>* Campo requerido</small>	<input type="text"/>  <input type="text"/> Hoy D-M-Y
Paciente derivado de otra institucion? <small>* Campo requerido</small>	<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No
Anatomia encontrada (considerar severo si >70% o tronco >50%) <small>* Campo requerido</small>	<input type="radio"/> 1 vaso <input type="radio"/> 2 vasos <input type="radio"/> 3 vasos <input type="radio"/> Coronarias < 50%
Vaso/s tratado/s inicialmente <small>* Campo requerido</small>	<input type="radio"/> solo vaso responsable <input type="radio"/> multiples vasos
Resultado de la ATC al vaso responsable <small>* Campo requerido</small>	<input type="radio"/> Exitosa <input type="radio"/> Frustra
Se trataron los otros vasos severos? <small>* Campo requerido</small>	<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No
Cuando se realizo ATC a multiples vasos? <small>* Campo requerido</small>	<input type="radio"/> Mismo procedimiento <input type="radio"/> Diferido, pero dentro de las primeras 48 hs <input type="radio"/> Diferido, pero mas alla de las 48 hs <input type="radio"/> No se realizo
Motivo ATC multiples vasos <small>* Campo requerido</small>	<input type="radio"/> Shock persistente <input type="radio"/> Estrategia <input type="radio"/> Prueba funcional positiva <input type="radio"/> Por severidad anatomica
Se realizo ecocardiograma? <small>* Campo requerido</small>	<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No
Fecha primer ecocardiograma doppler <small>* Campo requerido</small>	<input type="text"/>  <input type="text"/> Hoy D-M-Y
Trastornos segmentarios de la motilidad <small>* Campo requerido</small>	<input type="checkbox"/> Anterior <input type="checkbox"/> Inferior <input type="checkbox"/> Lateral <input type="checkbox"/> Posterior <input type="checkbox"/> Apical <input type="checkbox"/> Ventriculo derecho <input type="checkbox"/> Difuso <input type="checkbox"/> No tiene
Funcion ventricular <small>* Campo requerido</small>	<input type="radio"/> Normal <input type="radio"/> Leve <input type="radio"/> Moderada <input type="radio"/> Severa <input type="radio"/> No informada
Valor de Fey (en %, si fue reportada)	<input type="text"/>
Valor de PSAP (si fue informada)	<input type="text"/>

Motilidad territorios remotos * Campo requerido	<input type="radio"/> Conservada <input type="radio"/> Deteriorada <input type="radio"/> Hipermotilidad <input type="radio"/> No informada
Patron transmitral * Campo requerido	<input type="radio"/> No descripto <input type="radio"/> Relajacion prolongada <input type="radio"/> Restrictivo <input type="radio"/> Pseudonormal <input type="radio"/> Normal
Cometas Pulmonares * Campo requerido	<input type="radio"/> No medidos <input type="radio"/> 0-4 por campo <input type="radio"/> 5-9 por campo <input type="radio"/> >9 por campo
Evidencia de complicacion mecanica * Campo requerido	<input type="checkbox"/> No tiene <input type="checkbox"/> CIV <input type="checkbox"/> IM <input type="checkbox"/> Taponamiento cardiaco <input type="checkbox"/> Derrame pericardico <input type="checkbox"/> Rotura externa <input type="checkbox"/> Pseudoaneurisma
Se realizo ecocardiograma doppler evolutivo? * Campo requerido	<input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No
Fecha de realizacion ecocardiograma doppler evolutivo * Campo requerido	<input type="text"/>  <input type="text"/> Hoy D-M-Y
Trastornos segmentarios de la motilidad * Campo requerido	<input type="checkbox"/> Anterior <input type="checkbox"/> Inferior <input type="checkbox"/> Lateral <input type="checkbox"/> Posterior <input type="checkbox"/> Apical <input type="checkbox"/> Ventriculo derecho <input type="checkbox"/> Difuso <input type="checkbox"/> No tiene
Funcion ventricular * Campo requerido	<input type="checkbox"/> Normal (>54%) <input type="checkbox"/> Leve (45-54%) <input type="checkbox"/> Moderada (35-44%) <input type="checkbox"/> Severa(<35%) <input type="checkbox"/> No informada
Valor de Fey (en %, si fue reportada)	<input type="text"/>
Valor de PSAP (si fue informada)	<input type="text"/>
Motilidad territorios remotos * Campo requerido	<input type="radio"/> Conservada <input type="radio"/> Deteriorada <input type="radio"/> Hipermotilidad <input type="radio"/> No informada
Evidencia de complicacion mecanica * Campo requerido	<input type="checkbox"/> No tiene <input type="checkbox"/> CIV <input type="checkbox"/> IM <input type="checkbox"/> Taponamiento cardiaco <input type="checkbox"/> Derrame pericardico <input type="checkbox"/> Rotura externa <input type="checkbox"/> Pseudoaneurisma
Patron transmitral * Campo requerido	<input type="radio"/> Normal <input type="radio"/> Restrictivo <input type="radio"/> Relajacion prolongada <input type="radio"/> Pseudonormal
Laboratorio al día del diagnóstico del shock	

Hematocrito	<input type="text"/>	RDW	<input type="text"/>	Glóbulos blancos	<input type="text"/>	Plaquetas	<input type="text"/>
Glucemia (mg/dl)	<input type="text"/>	Uremia (mg/dl)	<input type="text"/>	Creatinina (mg/dl)	<input type="text"/>	Bilirrubina total (mg/dl)	<input type="text"/>
Ph arterial	<input type="text"/>	Acido láctico	<input type="text"/>	PCR	<input type="text"/>	ERS	<input type="text"/>

Murió y no pudo realizarse otro?

Sí No

* Campo requerido

Requirio vasoactivos?

Sí No

* Campo requerido

Drogas inotropicas/vasoactivas utilizadas

- Dopamina
- Noradrenalina
- Dobutamina
- Levosimendan
- Amrinona/Milrinona
- Adrenalina
- Vasopresina
- Nitroprusiato
- Nitroglicerina

Otras drogas utilizadas

- Furosemda en infusion
- Insulina en infusion

Evolución Intrahospitalaria

Cómo evolucionó?

- Mejoró dentro de las 12 hs del shock
- Presentó complicaciones

Complicaciones Cardiológicas	Complicaciones extracardiológicas
<input type="checkbox"/> Arritmia <input type="checkbox"/> APIAM <input type="checkbox"/> Reinfarto <input type="checkbox"/> Requirio nueva CCG <input type="checkbox"/> Requirio nueva ATC <input type="checkbox"/> Requirio CRM <input type="checkbox"/> Ninguna <input type="checkbox"/> trasplante cardíaco	<input type="checkbox"/> Necesito VNI <input type="checkbox"/> ARM <input type="checkbox"/> Fiebre <input type="checkbox"/> Dialisis <input type="checkbox"/> Hemorragia <input type="checkbox"/> Transfusión <input type="checkbox"/> Caída del hematocrito sin transfusión <input type="checkbox"/> Isquemia periférica <input type="checkbox"/> ACV <input type="checkbox"/> COVID 19
Egreso <input type="radio"/> Vivo <input type="radio"/> Muerto	Fecha de Egreso <input type="text"/> Hoy D-M-Y
Causa de Muerte	Ritmo ECG al momento de la muerte
<input type="checkbox"/> Probablemente arritmica <input type="checkbox"/> Complicacion mecanica <input type="checkbox"/> Infecciosa <input type="checkbox"/> Shock persistente <input type="checkbox"/> Otra	<input type="checkbox"/> No estaba monitoreado <input type="checkbox"/> Asistolia <input type="checkbox"/> AESP <input type="checkbox"/> TVFV

fecha del trasplante

Hoy D-M-Y

Que arritmia presento?

* Campo requerido

- Bloqueo AV
- Fibrilacion auricular
- Taquicardia ventricular sostenida
- Requirio marcapasos
- Requirio cardioversion electrica
- Requirio RCP exitosa

Motivo nueva CCG

* Campo requerido

Fecha nueva CCG





* Campo requerido

Hoy D-M-Y

Requirio nueva angioplastia?

* Campo requerido

- No
- Al mismo vaso tratado
- A otro vaso no tratado inicialmente

Fecha de dialisis * Campo requerido	<input type="text"/>	 Hoy	D-M-Y
Fecha de la cirugia cardiaca * Campo requerido	<input type="text"/>	 Hoy	D-M-Y
Motivo de la cirugia cardiaca * Campo requerido	<input type="checkbox"/> Revascularizacion <input type="checkbox"/> Complicacion mecanica		
Motivo de la asistencia respiratoria mecanica * Campo requerido	<input type="radio"/> Insuficiencia respiratoria <input type="radio"/> Sospecha de neumonia <input type="radio"/> Shock cardiogenico <input type="radio"/> Otra		
Cuando hizo fiebre? * Campo requerido	<input type="radio"/> Dentro de las 24hs <input type="radio"/> Entre las 24 y 48 hs <input type="radio"/> Luego de las 48 hs		
Se tomaron cultivos? * Campo requerido	<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No		
Resultado de cultivos (excluye contaminantes) * Campo requerido	<input type="radio"/> Positivos <input type="radio"/> Negativos		
Se indicaron antibioticos? * Campo requerido	<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No		
Foco probable de la infeccion * Campo requerido	<input type="checkbox"/> Ninguno evidente <input type="checkbox"/> Endovascular <input type="checkbox"/> Urinario <input type="checkbox"/> Respiratorio <input type="checkbox"/> Otro		
Hemorragia * Campo requerido	<input type="checkbox"/> Digestiva <input type="checkbox"/> Relacionada puncion <input type="checkbox"/> local Retroperitoneal <input type="checkbox"/> Cerebral <input type="checkbox"/> Otro		
Transfusion * Campo requerido	<input type="checkbox"/> < 2 UGR <input type="checkbox"/> entre 2 y 4 UGR <input type="checkbox"/> > 4 UGR <input type="checkbox"/> Plaquetas		
Peor Laboratorio			
Fecha			
<input type="text"/>		 Hoy	D-M-Y
Hematocrito	<input type="text"/>	Glóbulos blancos	<input type="text"/>
Glucemia (mg/dl)	<input type="text"/>	Creatinina (mg/dl)	<input type="radio"/> < 2 mg/dl <input type="radio"/> entre 2 y 5 mg/dl <input type="radio"/> > 5 mg/dl
Ph arterial	{ph_arterial2}	Acido láctico	<input type="text"/>
plaquetas	<input type="text"/>	Bilirrubina total (mg/dl)	<input type="radio"/> < 2 mg/dl <input type="radio"/> entre 2 y 12 mg/dl <input type="radio"/> > 12 mg/dl
ERS (si se pidió)	<input type="text"/>	PCR	<input type="text"/>
ERS (si se pidió)		RDW (del hemograma)	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
¿Requirió Swan Ganz? * Campo requerido			
<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No			
Fecha de Colocación	¿Motivo de la colocación?	Días de Permanencia	
<input type="text"/>	<input type="radio"/> Duda diagnostica <input type="radio"/> Optimizacion uso de inotropicos <input type="radio"/> Rutina por shock <input type="radio"/> Otro	<input type="text"/>	
<input type="text"/>	 Hoy	D-M-Y	

Mediciones de Apertura del Swan Ganz			
FC		TA sistólica	
TA diastólica		TA media	
Arteria Pulmonar		Aurícula Derecha	
Wedge		Volúmen Minuto	
Indice Cardíaco	<input type="text"/>	Resistencias Sistémicas	<input type="text"/>
Resistencias pulmonares	<input type="text"/>	Indice de trabajo VI	<input type="text"/>
Indice de trabajo VD	<input type="text"/>	Cómo se interpretó?	<input type="radio"/> Cardiogenico puro <input type="radio"/> Vasoplejico puro <input type="radio"/> Mixto

Bajo que drogas vasoactivas?

Ninguna
 Dopamina
 Dobutamina
 Noradrenalina
 Nitroglicerina
 Levosimendan
 Nitroprusiato
 Adrenalina
 Vasopresina

¿Pudo medirse a las 24 hs? Sí No

Mediciones del Swan a las 24 hs de colocado			
FC		TA sistólica	
TA diastólica		TA media	
Arteria Pulmonar		Aurícula Derecha	
Wedge		Volúmen Minuto	
Indice Cardíaco	<input type="text"/>	Resistencias Sistémicas	<input type="text"/>
Resistencias pulmonares	<input type="text"/>	Indice de trabajo VI	<input type="text"/>
Indice de trabajo VD	<input type="text"/>	Cómo se interpretó?	<input type="radio"/> Cardiogenico puro <input type="radio"/> Vasoplejico puro <input type="radio"/> Mixto

Bajo que drogas vasoactivas?

Ninguna
 Dopamina
 Dobutamina
 Noradrenalina
 Nitroglicerina
 Levosimendan
 Nitroprusiato
 Adrenalina
 Vasopresina

Requirio balon de contrapulsacion intraaortico? Sí No

* Campo requerido

Motivo del uso de balon Optimizacion manejo
 hemodinamico Rutina por shock
 Otro

* Campo requerido

Dias de permanencia del balon




* Campo requerido

Complicaciones por el balón?

Ninguna
 Fiebre
 Isquemia
 Plaquetopenia
 Otra

* Campo requerido

Utilizo ECMO?		<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No	
<i>* Campo requerido</i>			
Motivo de colocación	<input type="checkbox"/> Shock refractario <input type="checkbox"/> Puente a trasplante <input type="checkbox"/> Puente a recuperación <input type="checkbox"/> Estrategia	Tipo de ECMO	<input type="radio"/> Veno arterial <input type="radio"/> Veno arterio venoso
Fecha de colocación	_____	Complicaciones	<input type="checkbox"/> Ninguna <input type="checkbox"/> Infecciosa <input type="checkbox"/> Trombotica <input type="checkbox"/> Hemorragica <input type="checkbox"/> Otra
Días de permanencia	_____		
Utilizo otro soporte ventricular? (Cuál?)		_____	

SEGUIMIENTO 30 DIAS	
Fecha del contacto	_____  Hoy D-M-Y
<i>* Campo requerido</i>	
Vive?	<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No
<i>* Campo requerido</i>	
Fecha de la muerte	_____  Hoy D-M-Y
Se reinternó?	<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No
<i>* Campo requerido</i>	
Motivo de reinternación	<input type="checkbox"/> insuficiencia cardiaca <input type="checkbox"/> insuficiencia renal <input type="checkbox"/> shock <input type="checkbox"/> accidente cerebrovascular <input type="checkbox"/> hemorragia <input type="checkbox"/> trasplante <input type="checkbox"/> infeccion <input type="checkbox"/> escaras <input type="checkbox"/> reinfarto <input type="checkbox"/> dolor precordial <input type="checkbox"/> otra
Fecha de reinternación	_____  Hoy D-M-Y
Se hizo ecocardiograma en este último mes?	<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No
Fraccion de eyección por Eco (el paciente lee el informe del ecocardiograma si el contacto es telefónico)	<input type="radio"/> Normal <input type="radio"/> Leve <input type="radio"/> Moderada <input type="radio"/> Severa
<i>* Campo requerido</i>	