CÓDIGO INFARTO
ATENCIÓN PRIMARIA

Servicio Canario de la Salud

Gobierno de Canarias





Patología Tiempo-Dependiente

Las patolo no tales aquéllas

o t lución y
el ticas en
las en irectamente
rel **miento**.



CONSIDERACIONES:

- El tratamiento precoz del IAMCEST en las primeras 12 horas de evolución, mediante angioplastia primaria y/o fibrinolisis, reduce significativamente la morbimortalidad por CI.

- El **código infarto** es el sistema de alerta que permite la actuación **urgente** y **coordinada** entre los servicios sanitarios extrahospitalarios, los servicios de emergencia y los hospitales del SCS de referencia para realizar angioplastia primaria, en la atención al IAMCEST de < 12 horas de evolución, permitiendo ofertar la mejor opción terapéutica de reperfusión en cada caso.

ATENCIÓN PRIMARIA

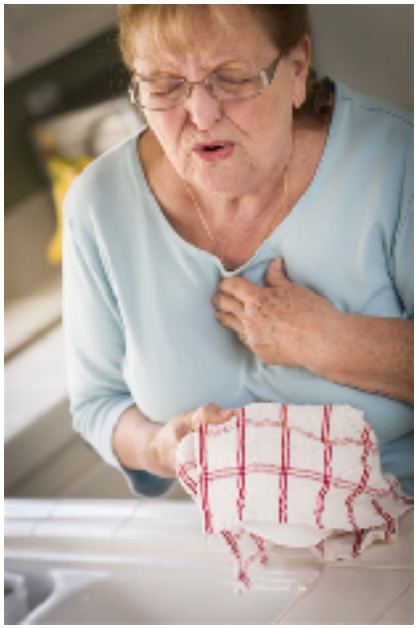


SUC
Servicio de Urgencias Canario

ATENCIÓN HOSPITALARIA



Diagnóstico IAMCEST:

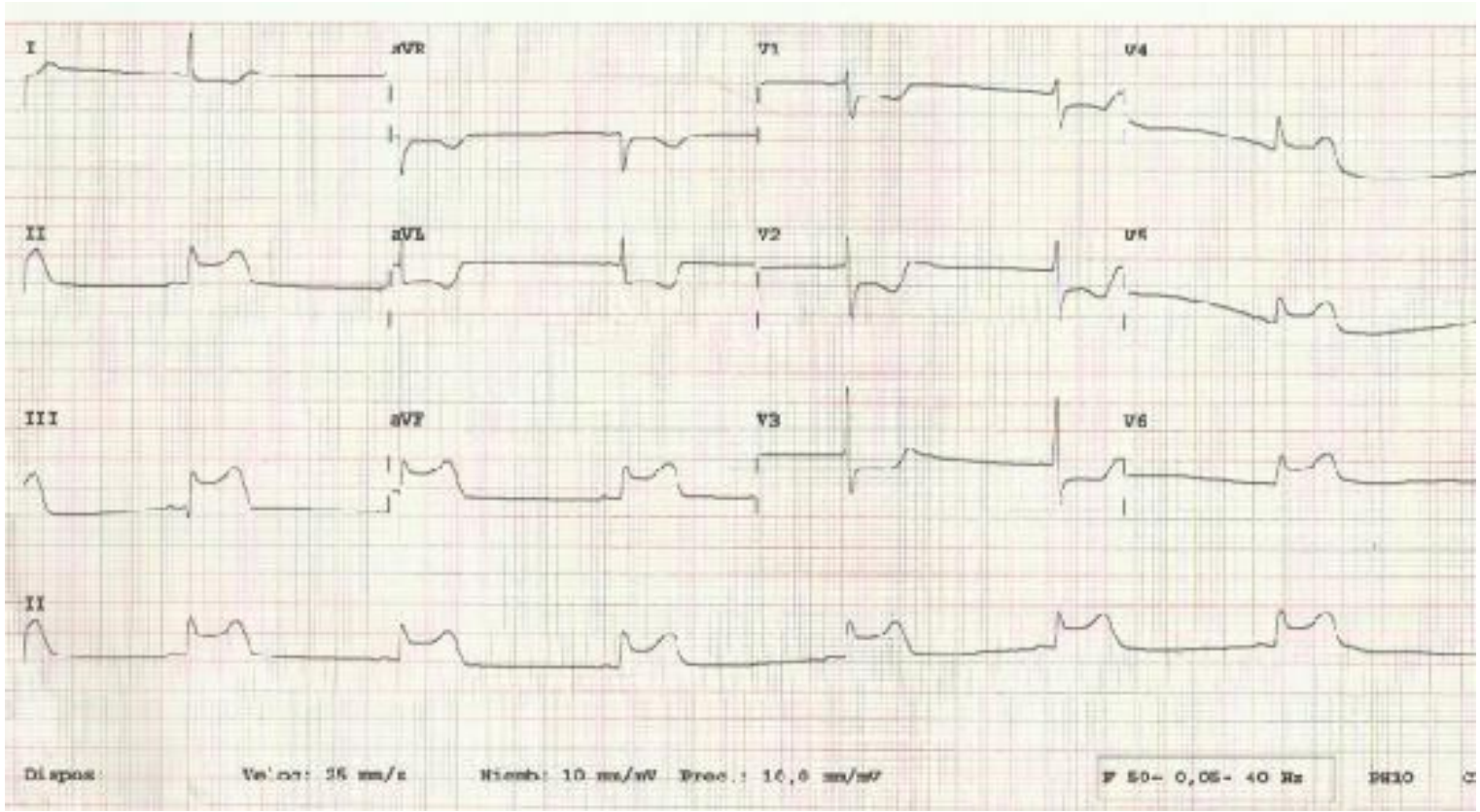


Clínico:

- Dolor torácico de más de 20 minutos de duración, descrito como opresivo e intenso, aunque no siempre, y que no cede con nitroglicerina sublingual.
- Localización precordial/retroesternal con o sin irradiación.
- La irradiación suele ser a cuello, mandíbula, miembro superior izquierdo y/o espalda. Se describen otras irradiaciones como al miembro superior derecho o epigastrio.
- Suele presentarse con síntomas asociados: sudoración, nauseas, vómitos, disnea, palpitaciones, síncope, dolor abdominal etc.

*Estar alerta en el caso de las **mujeres, personas mayores o personas diabéticas** donde los síntomas suelen ser atípicos: dolor epigástrico, dolor torácico NO descrito como opresivo, disnea creciente. Esto produce retrasos por parte de los pacientes y/o profesionales.*

Diagnóstico IAMCEST:



Diagnóstico IAMCEST:



Electrocardiográfico:

- **ECG con elevación persistente (>20 minutos) del segmento ST ≥ 1 mm en al menos dos derivaciones contiguas**:
  - Para V_2 y V_3 en varones, se requiere elevaciones de al menos 2 mm en mayores de 40 años y de 2,5 mm en menores de 40 años.
  - Para V_2 y V_3 en mujeres, se requiere elevaciones de 1,5 mm.
  - Elevaciones > de 0,5 mm en V_7 - V_9 (> 1 mm en varones menores de 40 años).

Diagnóstico IAMCEST:



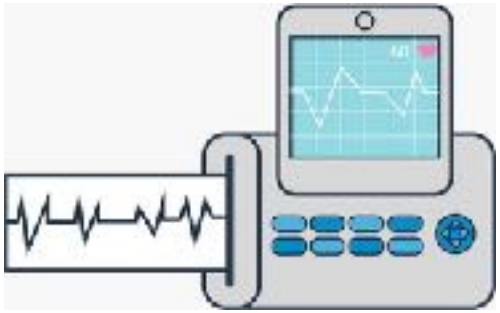
Electrocardiográfico:

- **ECG con bloqueo de rama izquierda del haz de His (BRIHH) de nueva aparición o desconocido.**
  - Elevación del ST > 1mm en derivaciones con complejo QRS predominantemente positivo.
  - Elevación del ST > 5 mm en derivaciones con QRS predominantemente negativo (V_1, V_2 o V_3).
  - Descenso del ST > 1mm en derivaciones con QRS predominantemente negativo (V_1, V_2 o V_3), que indica isquemia inferobasal (especialmente si la onda T terminal es positiva).
- **ECG con ritmo ventricular estimulado por marcapasos.**

Papel Principal de Atención Primaria







Interpretar correctamente el ECG

Aprovechar para crear sesiones de ECG en los C.S.

Varón 28 años.

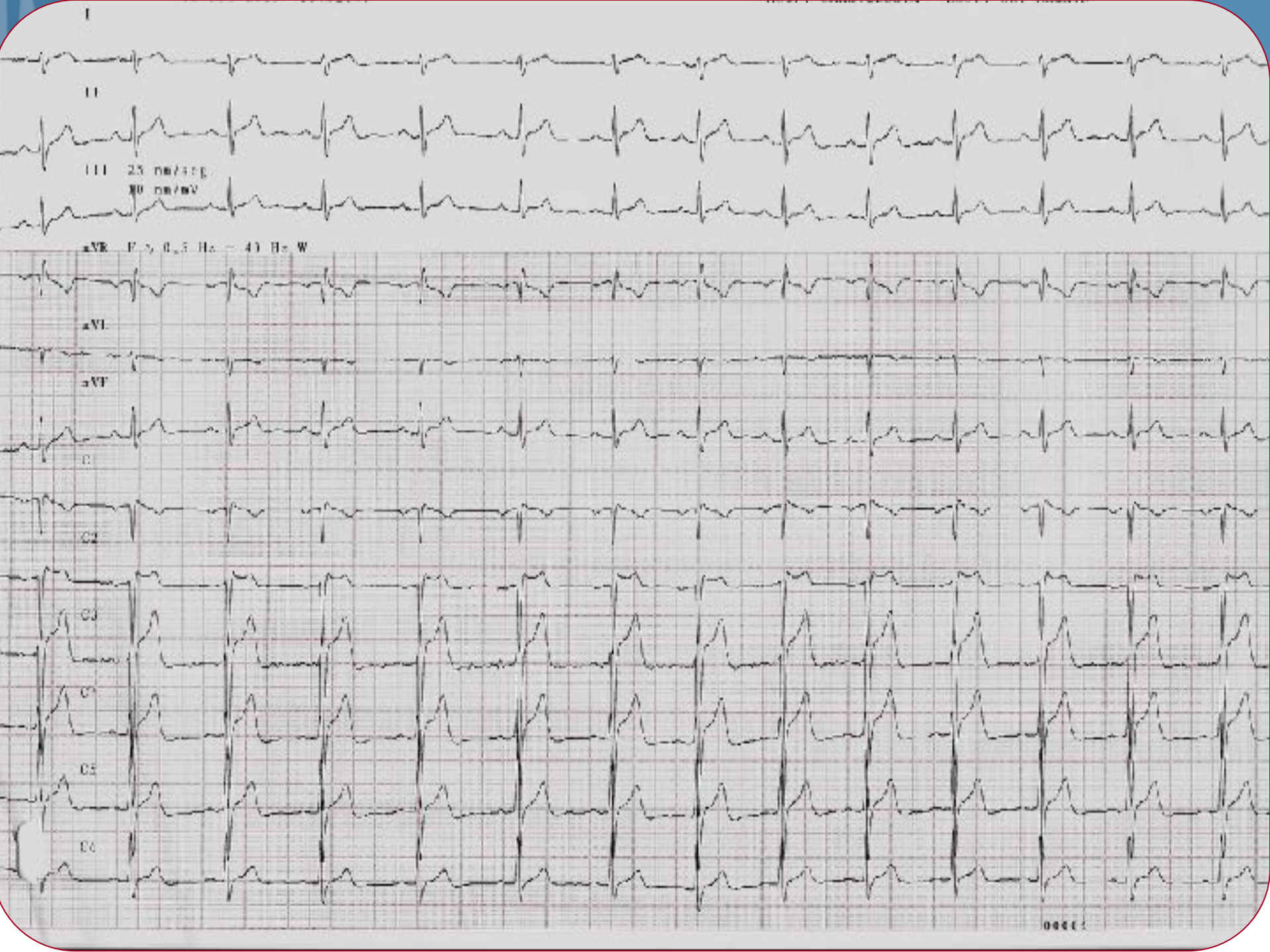
Antecedentes personales: fumador.

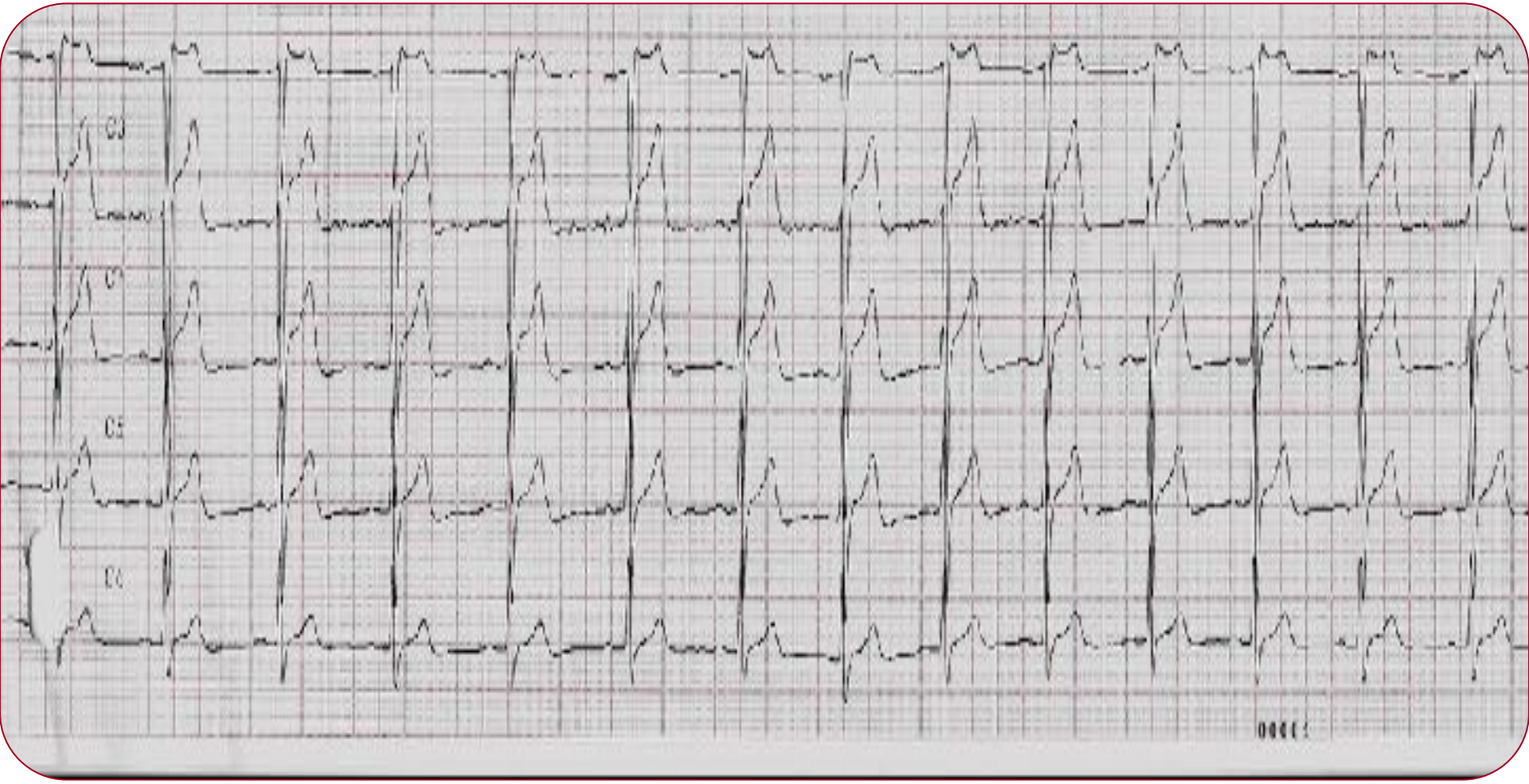
No antecedentes familiares de cardiopatía isquémica.

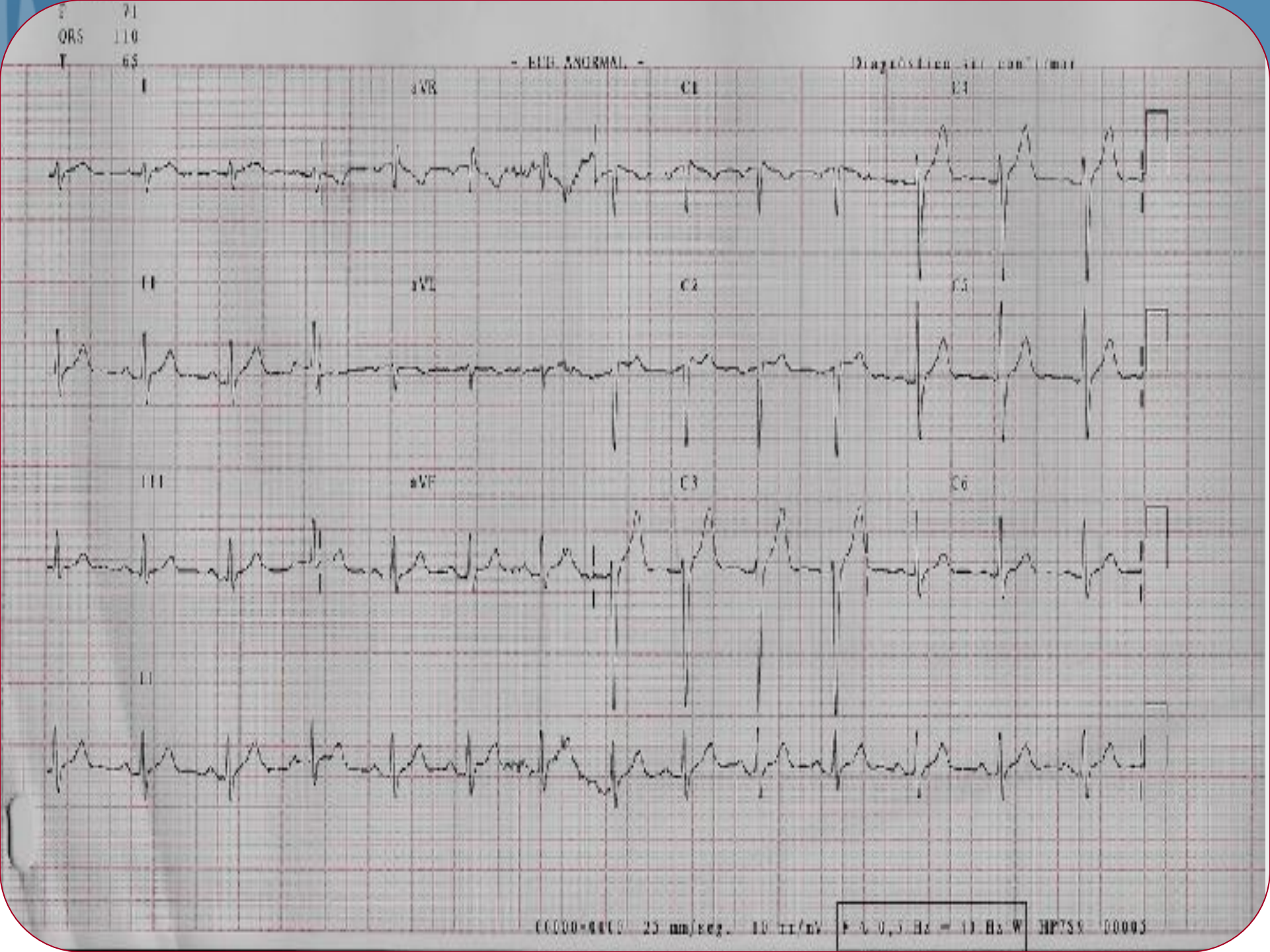
Remitido tras revisión de empresa por alteración en ECG.

Rx torax normal.

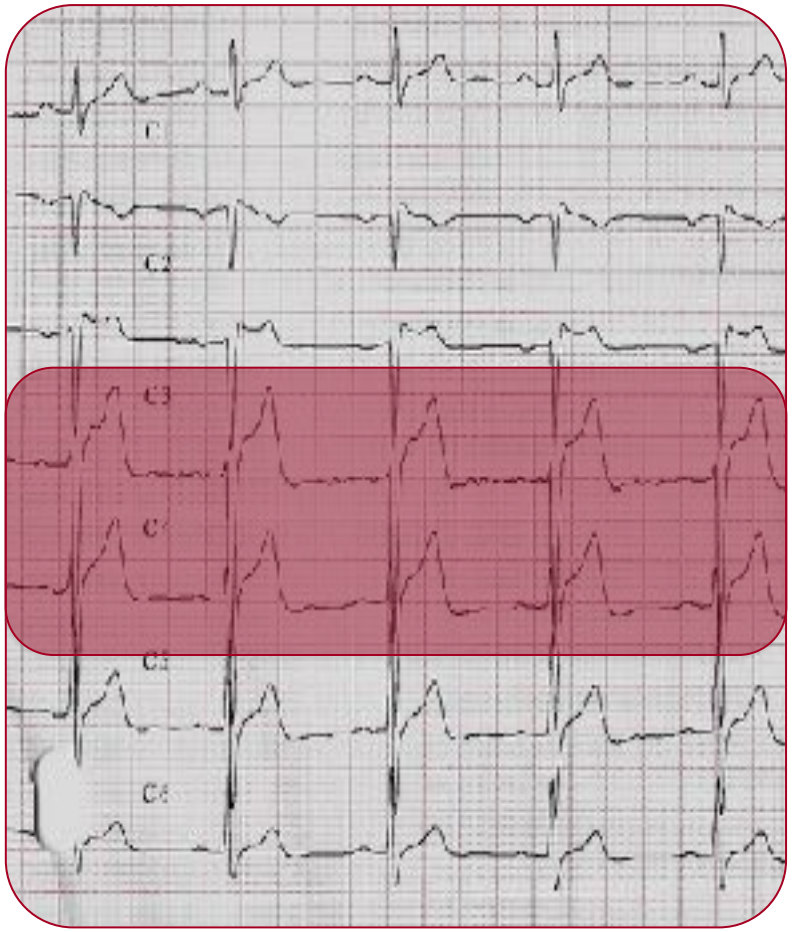
Asintomático.


I
II
III
aVR
aVL
aVF
C
C2
C3
C4
C5

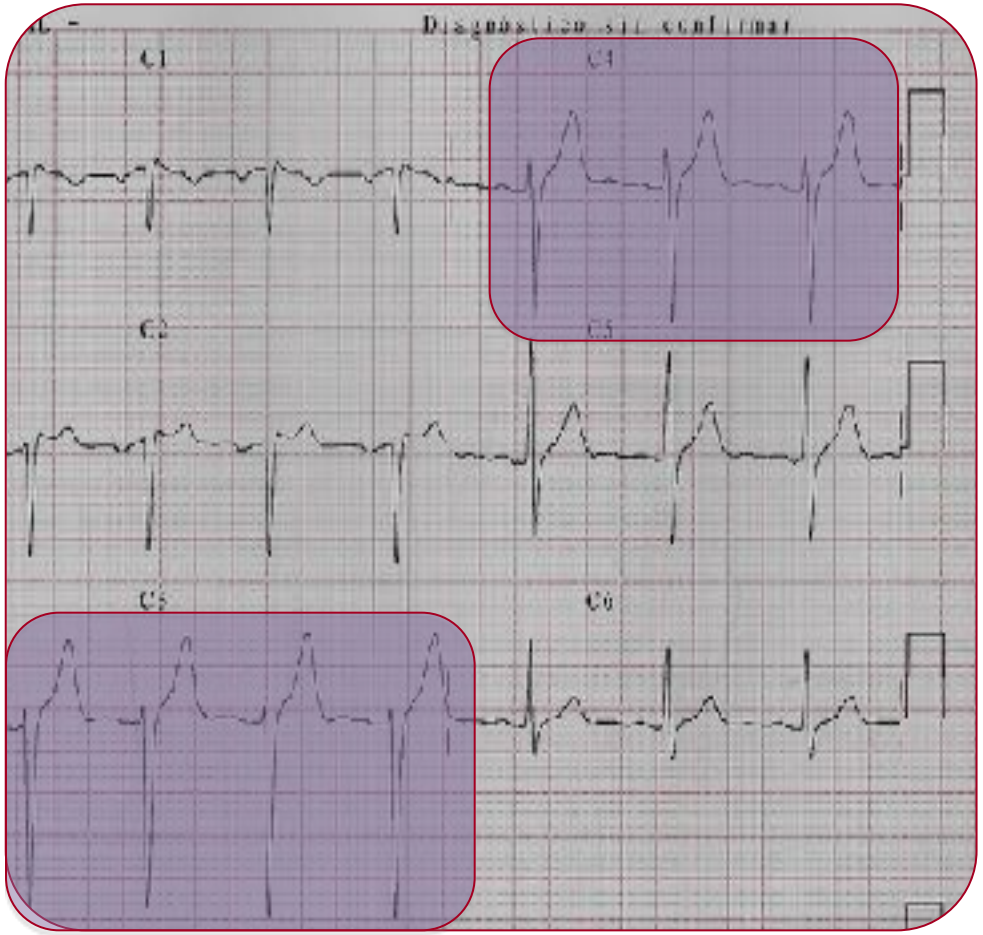


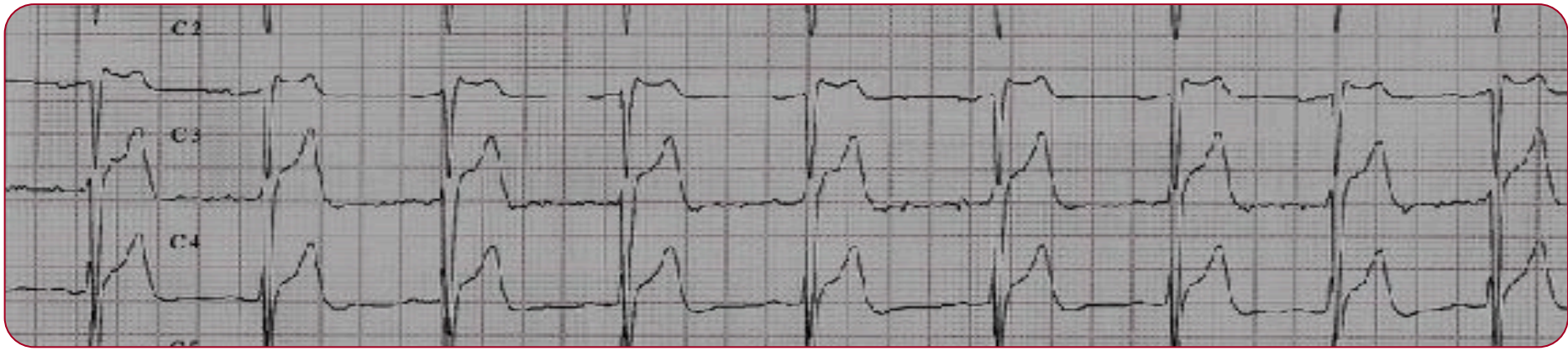

P 71
QRS 110
T 65
- ECG ABNORMAL -
I
aVR
C1
C4
II
aVL
C2
C5
III
aVF
C3
C6
II
25 mm/sec.
10 mm/mV
HP 0,5 Hz
LP 150 Hz W
M1755A 00003

Impresión manual-RITMO



Impresión convencional





En las tiras de ritmo solo debemos valorar el ritmo, no son idóneas para valorar las alteraciones del segmento ST-T

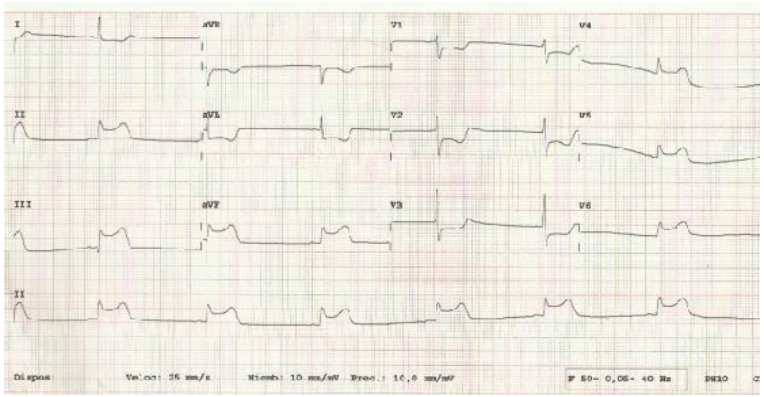
DEFINICIONES Y CONCEPTOS:

Primer contacto médico (PCM):

Se entiende como al profesional médico que atiende por primera vez al paciente y realiza el diagnóstico de IAMCEST mediante ECG de 12 derivaciones.



Hora:minutos



TIEMPOS EN EL CÓDIGO INFARTO (tiempos a registrar)

Tiempo desde inicio de síntomas hasta PCM:

Es el tiempo transcurrido desde la aparición de los síntomas en el paciente hasta el primer contacto médico.



Identificar tiempo de inicio

Tiempo desde la Primera Asistencia Sanitaria hasta la valoración del ECG:

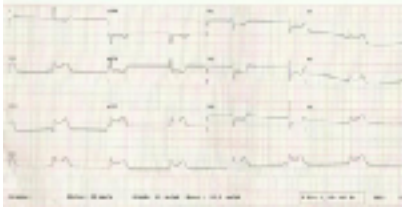
Es el tiempo que transcurre desde la primera atención sanitaria hasta la valoración del primer electrocardiograma (ECG) de 12 derivaciones que establece el diagnóstico. Este tiempo



Hora:minutos

< 10 min



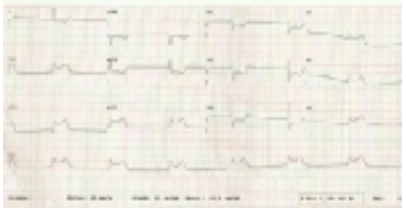


TIEMPOS EN EL CÓDIGO INFARTO (tiempos a registrar)

Tiempo PCM-LLEGADA a hospital con ICPP :

Es el tiempo que transcurre desde el PCM hasta la llegada del paciente al hospital con ICPP. El tiempo óptimo queda establecido en **90 minutos**. El traslado debe ser directamente a la sala de hemodinámica.









< 90 min

TIEMPOS EN EL CÓDIGO INFARTO (tiempos a registrar)

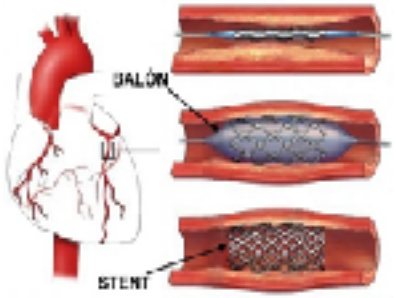
Tiempo LLEGADA a hospital con ICPP - BALÓN:

Es el tiempo desde la llegada del paciente al hospital con capacidad para realizar ICPP, hasta la apertura de la arteria responsable. Se establece como tiempo ideal para ello menos de 30 minutos.

Tiempo puerta - balón



< 30 min



TIEMPOS EN EL CÓDIGO INFARTO (tiempos a registrar)

Tiempo DIDO ("door in to door out")[4] :

Es el tiempo que transcurre desde que un paciente llega a un hospital sin capacidad para realizar ICPP, hasta que sale de ese hospital para ser trasladado a un hospital que dispone de alerta de hemodinámica. Incluye el tiempo empleado desde el PCM en dicho centro hospitalario, hasta que sale del mismo para ser trasladado al centro de referencia para ICPP. El tiempo DIDO óptimo establecido en la Estrategia Nacional de Cardiopatía Isquémica del Sistema Nacional de Salud es de 30 minutos. Dada nuestra insularidad, solo podrá aplicarse entre aquellos centros hospitalarios de islas capitalinas o entre aquellos donde se estime un tiempo PCM-LLEGADA a hospital con ICPP inferior a 90 minutos.

30 min

TIEMPOS EN EL CÓDIGO INFARTO (tiempos a registrar)

Tiempo de traslado entre hospitales:

El tiempo de traslado entre los hospitales de las Islas no capitalinas con sus hospitales de referencia con capacidad de ICP deberá ser antes de las 12 horas, para la angioplastia de rescate (si fibrinolisis fallida), y preferentemente dentro de las 24 horas para las angioplastias diferidas[5].

Los hospitales concertados con el SCS que atiendan IAMCEST deberán activar de inmediato al centro coordinador de emergencias 112 para el traslado del paciente al hospital de referencia con ICPP. En caso de no poder realizarse el traslado en tiempo se realizará fibrinolisis y posterior traslado para angioplastia.

TIEMPOS EN EL CÓDIGO INFARTO (tiempos a registrar)

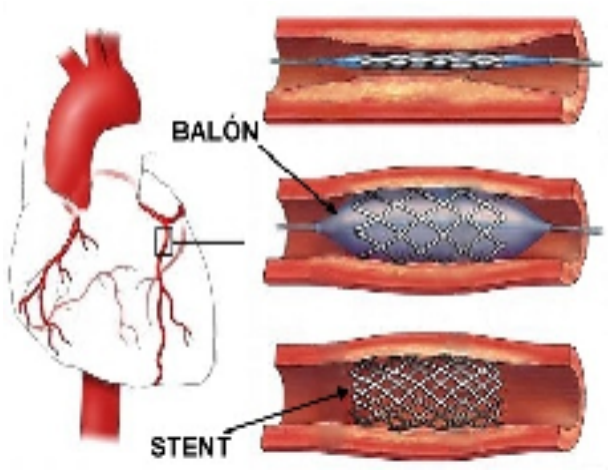
Tiempo PCM-Aguja:

Tiempo desde el PCM hasta la administración del fibrinolítico. Tanto si el PCM se realiza en el contexto extrahospitalario como si ocurre en un hospital sin capacidad de realizar angioplastia primaria y, que por los tiempos de traslados, se confirma no poder realizar ICPP antes de los 120 minutos, el retraso hasta la fibrinolisis debe ser **inferior a 30 minutos**, siempre que esté indicada.

< 30 min

PROCEDIMIENTOS DE REPERFUSIÓN PRECOZ:

Se realizan en las primeras 12 horas de evolución del IAMCEST y no están precedidas de otras técnicas de revascularización:

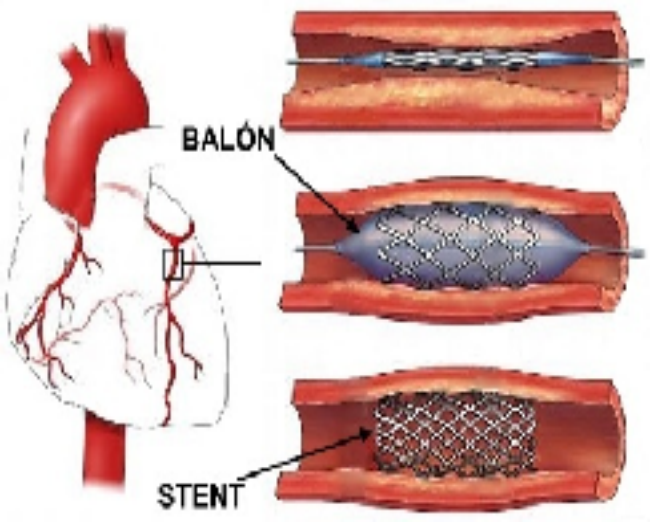


Procedimiento mecánico: **angioplastia primaria** o intervencionismo coronario percutáneo primario (ICPP), de elección siempre que se realice dentro de los plazos de tiempo indicados (120 minutos desde el PCM que establece el diagnóstico clínico y ECG) y en los hospitales de referencia de nuestra comunidad.

Procedimiento farmacológico: **fibrinolisis.** Se podrá realizar de forma extrahospitalaria por el equipo médico del SUC o en el ámbito hospitalario, siempre que el tiempo desde el diagnóstico por el PCM supere los 120 minutos de llegada al hospital de referencia para ICPP, no exista contraindicación o shock.



Procedimientos de reperfusión:

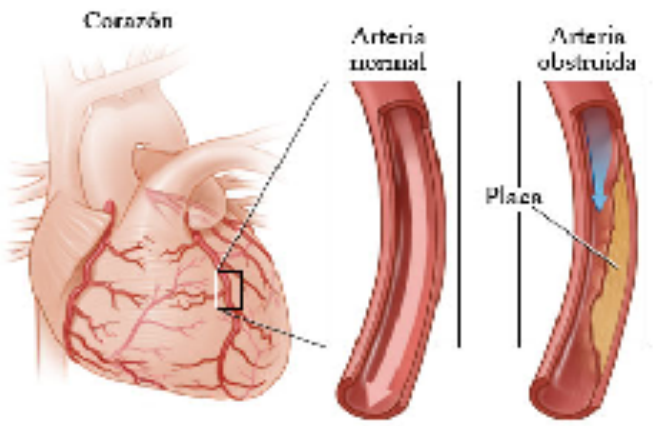


Angioplastia de rescate: es la que se realiza dentro de las 12 horas de evolución del IAMCEST pero que está precedida de fibrinolísis, en caso de que clinicamente se establezca que no existen criterios de reperfusión.

Angioplastia diferida: es la que se realiza después de las 12 horas de evolución del IAMCEST y preferentemente dentro de las 24 horas.
Está indicada en pacientes tratados o no con fibrinolisis (aunque tengan criterios de reperfusión) o que no hayan sido tratados con angioplastia primaria por cualquier motivo, incluida la reperfusión espontánea.

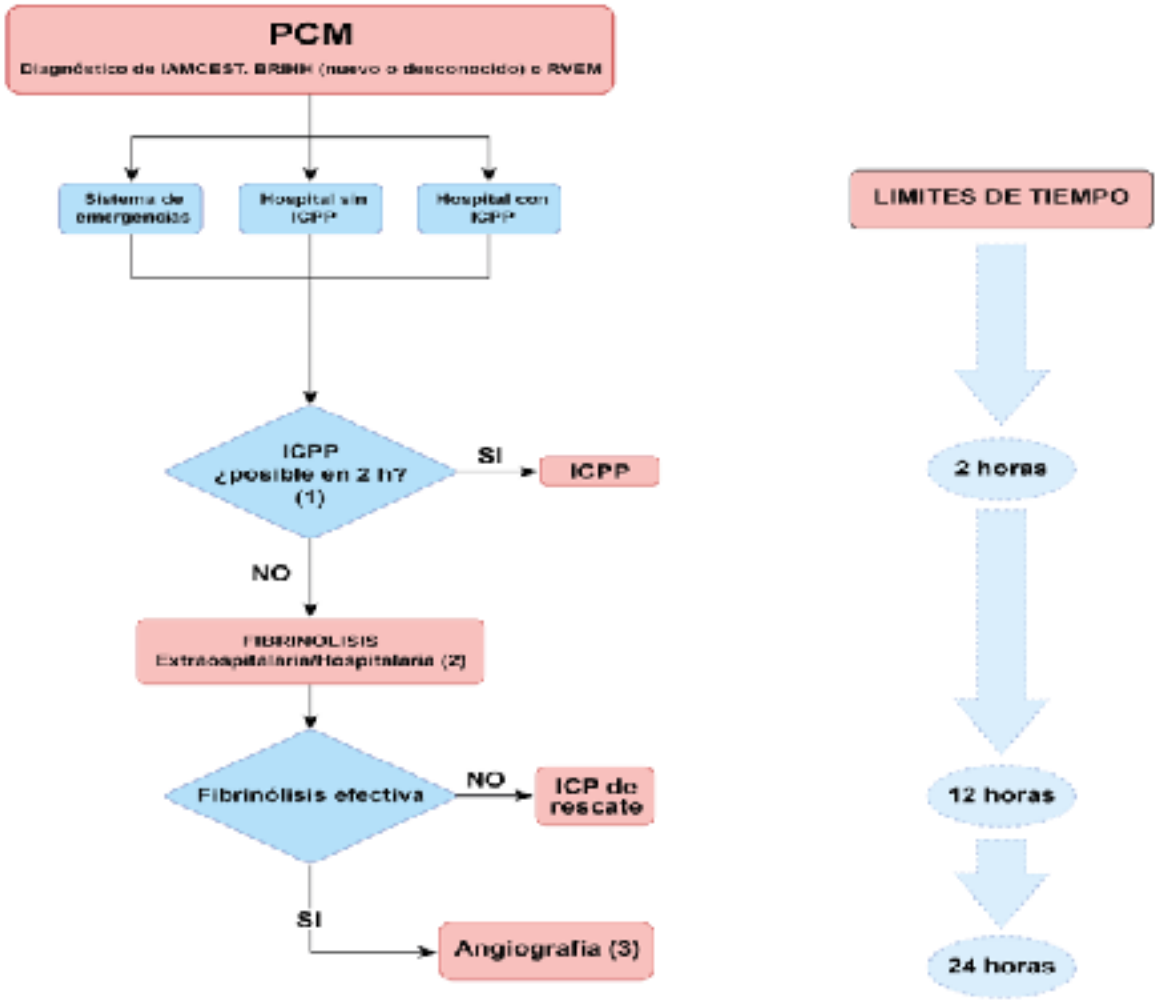
REVASCULARIZACIÓN ESPONTÁNEA:

Circunstancia en la que los pacientes que habiendo cumplido criterios clínicos y electrocardiográficos de IAMCEST y activado el código infarto, sin que haya mediado algún procedimiento activo de reperfusión, presenta alguno de los siguientes criterios:



- **Criterios ECG:** desaparición de los síntomas y disminución del 70% de la elevación del ST en la derivación más afectada con desarrollo de T negativa.
- **Criterios angiográficos:** arteria culpable abierta con flujo TIMI 3 y sin lesión residual que a juicio del hemodinamista requiera una angioplastia inmediata.

Métodos y tiempos de reperfusión



Métodos y tiempos de reperfusión

La angioplastia primaria y la fibrinolisis son los métodos de reperfusión indicados en el IAMCEST en los que han transcurridos menos de 12 horas de evolución desde el comienzo del dolor.

La angioplastia primaria es el método de elección, dentro de los primeros 120 minutos desde el PCM que establece el diagnóstico, y debe realizarse en los hospitales de referencia del SCS para realizar esta técnica.

Si no se puede realizar la angioplastia primaria en los tiempos establecidos se realizará fibrinolisis intravenosa siempre que no esté contraindicada.

CÓDIGO INFARTO
ATENCIÓN PRIMARIA

Servicio Canario de la Salud

Gobierno de Canarias

HOSPITALES DE REFERENCIA DEL SCS PARA ANGIOPLASTIA PRIMARIA:

PROVINCIA SANTA CRUZ DE TENERIFE	PROVINCIA DE LAS PALMAS
COMPLEJO HOSPITALARIO UNIVERSITARIO DE CANARIAS	COMPLEJO HOSPITALARIO UNIVERSITARIO DE GRAN CANARIA DOCTOR NEGRÍN
COMPLEJO HOSPITALARIO UNIVERSITARIO NUESTRA SEÑORA DE CANDELARIA	COMPLEJO HOSPITALARIO UNIVERSITARIO INSULAR MATERNO INFANTIL

- EL HOSPITAL GENERAL DE LA PALMA TIENE DE REFERENCIA AL COMPLEJO HOSPITALARIO UNIVERSITARIO DE CANARIAS.
- LOS HOSPITALES DE LA GOMERA Y EL HIERRO TIENEN COMO HOSPITAL DE REFERENCIA AL COMPLEJO HOSPITALARIO UNIVERSITARIO NUESTRA SEÑORA DE CANDELARIA.
- EL HOSPITAL DR. JOSÉ MOLINA OROSA DE LANZAROTE TIENE COMO HOSPITAL DE REFERENCIA AL COMPLEJO HOSPITALARIO UNIVERSITARIO DE GRAN CANARIA DR. NEGRÍN.
- EL HOSPITAL GENERAL DE FUERTEVENTURA TIENE COMO HOSPITAL DE REFERENCIA AL COMPLEJO HOSPITALARIO UNIVERSITARIO INSULAR MATERNO INFANTIL.

Métodos y tiempos de reperfusión

Si la fibrinolisis es fallida a los 60-90 minutos (reducción de menos del 50% del segmento ST en la derivación más elevada), se debe realizar una angioplastia de rescate dentro de las siguientes 12 horas, y nunca antes de 3 horas de realizada la fibrinolisis.

Si la fibrinolisis es eficaz (reducción del 50% o mas de la elevación del segmento ST en la derivación más elevada), se realizará una coronariografía con vistas a angioplastia diferida, preferentemente en las primeras 24 horas y nunca antes de 3 horas tras la fibrinolisis.

Métodos y tiempos de reperfusión en nuestro marco geográfico

Islas capitalinas

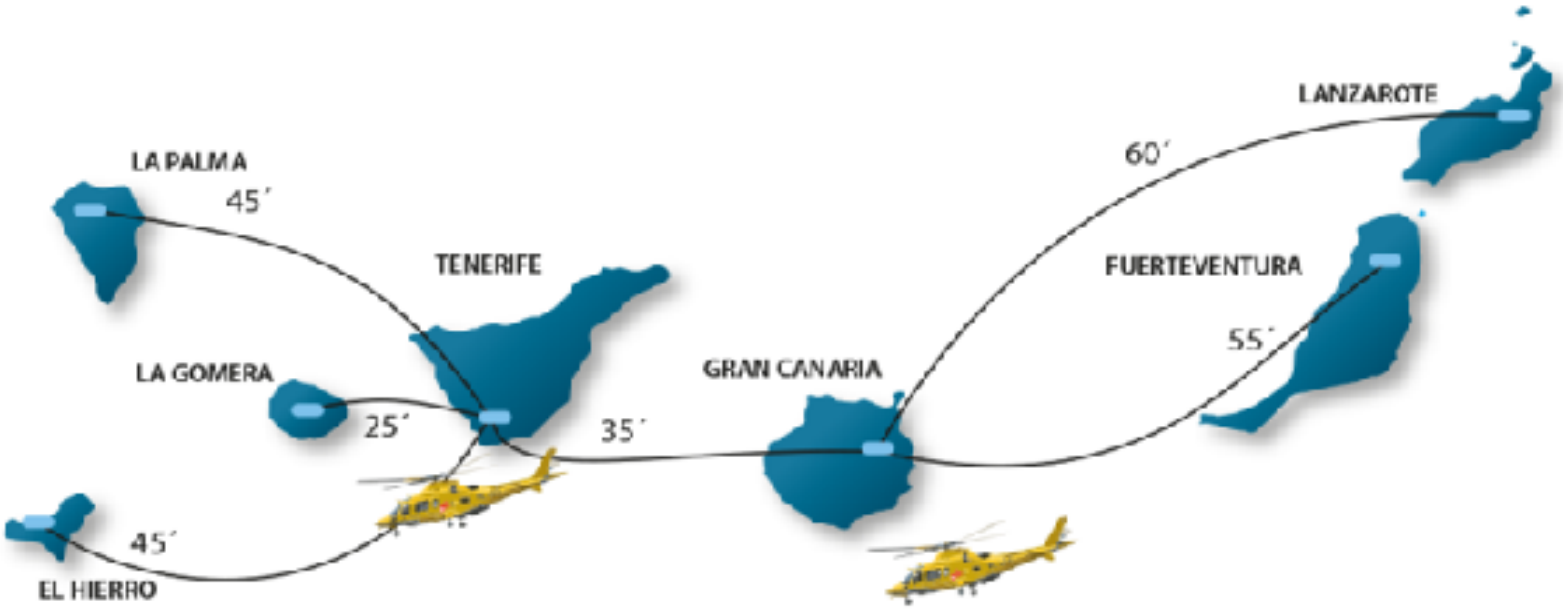
- En las islas capitalinas se intentará priorizar la angioplastia primaria.
- La fibrinolisis extrahospitalaria (SUC) u hospitalaria en las islas capitalinas se realizará en coordinación con el cardiólogo de guardia del hospital de referencia (coordinador hospitalario del código infarto) para optimizar los tiempos en la técnica a utilizar.

Islas NO capitalinas

- En las islas no capitalinas la fibrinolisis será el método de reperfusión de 1ª opción, seguida de transporte aéreo al hospital de referencia para posterior angioplastia de rescate o diferida.

Transporte aéreo

TIEMPOS DE VUELO ENTRE ISLAS POR TRAYECTO



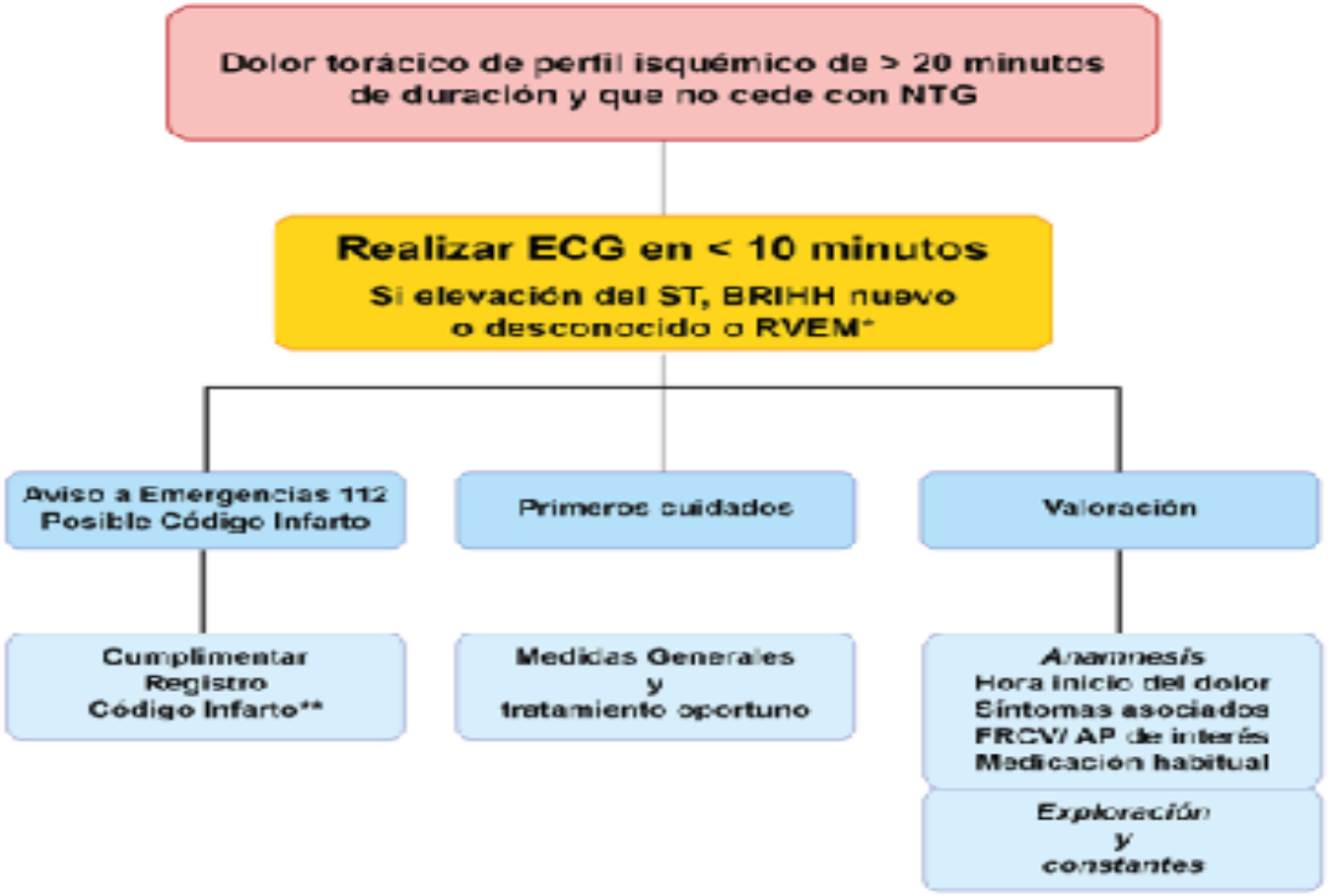
Los tiempos de la figura corresponden a un sólo trayecto en condiciones óptimas.
El tiempo total de traslado incluirán el trayecto de ida y vuelta, la transferencia del paciente y los posibles retrasos por condiciones climatológicas y/o disponibilidad del recurso aéreo.

CÓDIGO INFARTO
ATENCIÓN PRIMARIA

Servicio Canario de la Salud

Gobierno de Canarias

Actuaciones en Atención Primaria y Servicios de Urgencias Extrahospitalarios (SNU)



CONSIDERACIONES AP Y SNU:

La Atención Primaria de Salud y los Servicios Normales de Urgencias (SNU) representan, en un porcentaje considerable de casos, el primer contacto del paciente con el sistema sanitario, condicionando nuestra actuación la posibilidad de reducción del llamado "retraso entre el primer contacto con el sistema sanitario y el diagnóstico" y, en conjunto, la reducción del "retraso del sistema", indicador de la calidad asistencial y predictor del resultado clínico.





Administrativo



Celador

CÓDIGO INFARTO
ATENCIÓN PRIMARIA

Servicio Canario de la Salud

Gobierno de Canarias

CONSIDERACIONES AP Y SNU:

Por este motivo todo el personal, susceptible de realizar el primer contacto con el paciente en el Centro de Salud o SNU, debe conocer este protocolo para que se le realice una valoración prioritaria de estos pacientes.

- Ante un paciente que acuda a un Centro de Salud o Servicio Normal de Urgencias solicitando atención urgente y, que refiera dolor torácico, debe ser acompañado de forma prioritaria para su atención a la sala de triaje.
- Si la consulta es telefónica por dolor torácico, se debe derivar la llamada al médico de familia responsable en el Centro de Salud (según normativa interna), para realizar las comprobaciones precisas y activar, en su caso, al SUC.



PREGUNTAR

↓

PRIORIZAR



Circuito Establecido

ACTUACIONES AP Y SNU:

Medidas Generales:

Se mantendrá al paciente en reposo, ubicado en la sala del centro que posea camilla exploratoria, con acceso a oxígeno, ECG, desfibrilador y carro de parada con la medicación correspondiente.

Anamnesis:

Identificada la consulta por dolor torácico, se debe interrogar por la duración y características del dolor, la presencia de síntomas asociados y de factores de riesgo cardiovascular (incluido el consumo de cocaína)[8,9] y sobre antecedentes personales de interés.

Mientras se realiza la anamnesis, se **debe priorizar** la realización de un ECG de 12 derivaciones y registrar la hora de realización/interpretación del mismo.
En todos los casos el ECG debe estar interpretado antes de transcurridos 10 minutos de la atención presencial a un paciente con dolor torácico de características isquémicas.

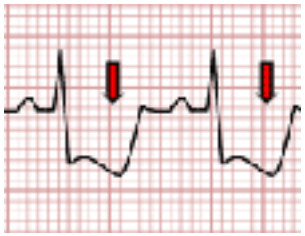
ACTUACIONES AP Y SNU:

LA NOTIFICACIÓN DE **PROBABLE CÓDIGO INFARTO** SE REALIZARÁ AL TELÉFONO DEL SUC (112), EN EL MOMENTO EN EL QUE SE DETECTE ELEVACIÓN PERSISTENTE DEL SEGMENTO ST, BLOQUEO DE RAMA IZQUIERDA NUEVO O NO CONOCIDO O RITMO VENTRICULAR ESTIMULADO POR MARCAPASOS.

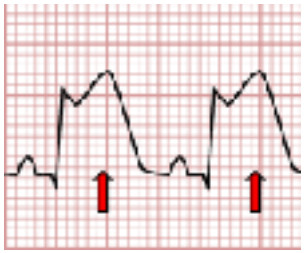
En el resto de pacientes atendidos por dolor torácico de características isquémicas, acompañado de ECG con signos de isquemia, diferentes a las mencionadas para el IAMCEST, se actuará de igual forma, llamando al SUC (112), pero SIN NOTIFICAR PROBABLE CÓDIGO INFARTO.

ACTUACIONES AP Y SNU:

SUC
Servicio de Urgencias Canario



NO ⇑ ST



⇑ ST





SUC
Servicio de Urgencias Canario

ACTUACIONES AP Y SNU:

ECG	ACTUACIÓN
IAMCEST (elevación del segmento ST en dos derivaciones contiguas)	**NOTIFICAR** **PROBABLE código infarto**
IAMSEST (depresión del segmento ST o cambios en la onda T)	**ACTIVAR 112 (vía habitual)**
BLOQUEO DE RAMA IZQUIERDA HH* (de nueva aparición o desconocido)	**NOTIFICAR** **PROBABLE código infarto**
RITMO VENTRICULAR ESTIMULADO POR MARCAPASOS	**NOTIFICAR** **PROBABLE código infarto**

La alerta a la sala de coordinación del SUC del probable código infarto precisa la atención presencial e implica haber valorado el ECG.

La llamada se realizará al teléfono único de emergencias 112, haciendo mención de la condición de personal sanitario y del lugar desde donde se realiza la llamada.

ACTUACIONES AP Y SNU:

Exploración:

Comprobar la función cardiorrespiratoria y asegurarla.
Estado de la piel y mucosas (palidez, sudoración, perfusión).
Auscultación cardiopulmonar: frecuencia cardiaca, ritmo cardíaco, frecuencia respiratoria, ruidos añadidos cardíacos y/o pulmonares.
Tensión Arterial.
Saturación de Oxígeno.
Glucemia, si persona diabética (siempre después del ECG).

ACTUACIONES AP Y SNU:

TRATAMIENTO

MEDIDAS GENERALES:

- Reposo absoluto (ligeramente incorporado) y en sala con desfibrilador.
- Monitorización contínua de ECG. Si no es posible, ECG seriados (cada 10 minutos o ante cambios clínicos) hasta la llegada de la ambulancia SUC.
- Monitorizar TA.
- Oxigenoterapia solo si saturación de oxigeno (SaO_2) < 95%, disnea, IC o Shock.
- Acceso venoso periférico permeable. Preferentemente brazo izquierdo. Si es en brazo derecho en la flexura, evitar mano o muñeca derecha.
- Evitar punciones arteriales y sondajes.

ACTUACIONES AP Y SNU:

TRATAMIENTO

CONTROL DEL DOLOR:

- **Cloruro mórfico** a dosis de 2- 4 mg/iv. Se puede repetir cada 5-15 min hasta control del dolor.
- Si NO hay acceso vascular administrar 5 mg/sc cada 5-15 min hasta control del dolor o aparición de efectos secundarios.
- Precaución si TA sistólica <90 mmHg.

VASODILATACIÓN:

- **Nitroglicerina sublingual.** Repetir a los 10 min si dolor y TAS ≥ 100 mmHg.
- **Nitroglicerina endovenosa.** Preferentemente con bomba de perfusión y siempre que no esté contraindicado su uso por esta vía (TAS< 90 mm Hg, bradicardia < 50 lpm, sospecha de infarto del VD, consumo de inhibidores de la fosfodiesterasa para disfunción eréctil en las últimas 24 h.)

ACTUACIONES AP Y SNU:

TRATAMIENTO

ANTIAGREGACIÓN:

- **AAS a TODOS LOS PACIENTES CON IAMCEST a dosis de carga de 300 mg/vo masticada. Si ya la estuviese tomando, administrar 100 mg/vo masticada.**
- **En caso de contraindicación al AAS administrar Clopidogrel a dosis de carga de 300 mg/vo, excepto mayores de 75 años, donde la dosis de carga es de 75 mg/vo.**

ANSIOLÍTICOS:

- **Alprazolam 0,25 – 0,5 mg/vo si paciente muy ansioso a pesar del control del dolor.**

KILLIP

Clase funcional Killip I	Paciente sin signos ni síntomas de insuficiencia cardíaca izquierda
Clase funcional Killip II	Paciente con estertores o crepitantes húmedos, tercer ruido cardíaco o aumento de la presión venosa yugular.
Clase funcional Killip III	Paciente con edema agudo de pulmón.
Clase funcional Killip IV	Paciente en shock cardiogénico, hipotensión (presión arterial sistólica inferior a 90 mm Hg) y evidencia de vasoconstricción periférica (oliguria, cianosis o diaforesis).

ACTUACIONES AP Y SNU:

REGISTRO

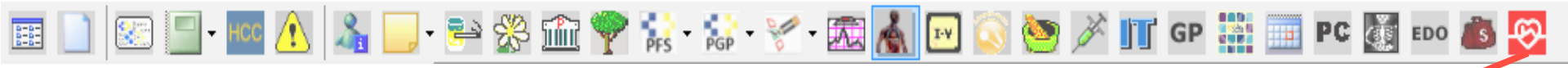
GENERALIDADES:

Centralizado, secuencial y único para cada caso/episodio de código infarto.
De obligado cumplimiento una vez terminada la asistencia.
Disponible en el icono  de la barra de herramientas de la HSE.

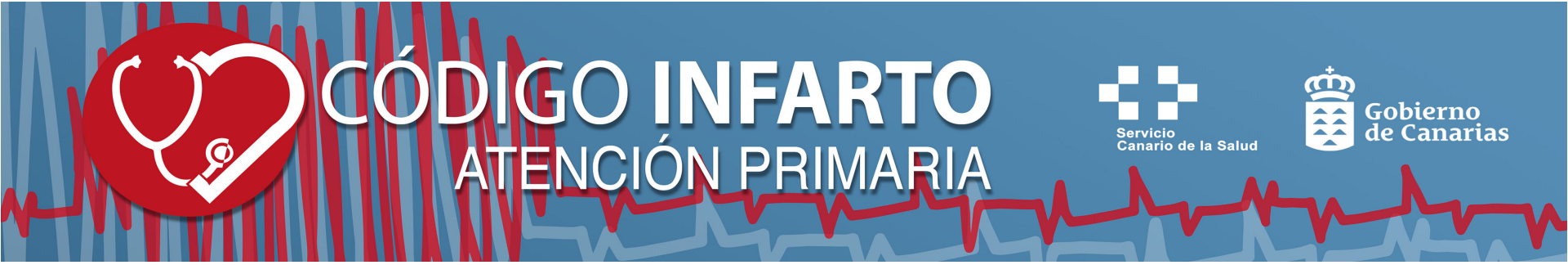
A cada caso/episodio de Código Infarto se le asigna un código automático, generado al abrir el registro por el 1º interviniente. El mismo, identifica de forma invariable a cada paciente y será secuencial y único para los demás intervinientes en ese caso/episodio.

El registro está diseñado como un cuestionario que integra los datos del paciente, la clínica y las intervenciones realizadas con especial atención a los tiempos que serán campos obligatorios.

REGISTRO EN DRAGO AP







: Pregunta Llave * : Pregunta Obligatoria * : Valoración Recomend

Histórico Valoraciones | VALORACIÓN | Plan-Intervención | Resumen

		Registro Código Infarto		Valor actual		Último Valor en AE	Continúa Igual	Relevante
		Código Episodio						
		Primera Asistencia						
*		Fecha de la primera asistencia						
*		Hora de la primera asistencia		__:__				
		Inicio de los síntomas						
*		Fecha conocida		Sí No				
*		1º ECG, Fecha						
*		1º ECG hora/min		__:__				
		Presenta Problemas Fundamentales de EVA o FRCVM		Sí No				
		Problemas Fundamentales de EVA o FRCV		22/04/1964 - DIABETES MELLITUS TIPO 1 SIN COMPLICACIONES (DM1),22/04/1997 - HIPERTENSION ARTERIAL ESENCIAL,25/03/2015 - IAM DE PARED INFERIOR	CIE			
		Antecedentes personales y/o problemas fundamentales desconocidos		Sí No				
*		¿Consumo de cocaína?		Sí No				
*		¿Consumo de otras drogas simpaticomiméticas?		Sí No				
		Observaciones al consumo de drogas	..					
		Tabaco		12/09/2017 NO FUMADOR				
		Peso						
		Talla						
		IMC						
*		KILLIP en la primera valoración	?					
		Prealerta CI		Sí No				
*		Tratamiento administrado			M			
		Observaciones Tratamiento	..					
*		PCR		Sí No				

CÓDIGO INFARTO
ATENCIÓN PRIMARIA

Servicio Canario de la Salud

Gobierno de Canarias

: Pregunta Llave * : Pregunta Obligatoria * : Valoración Recomenda

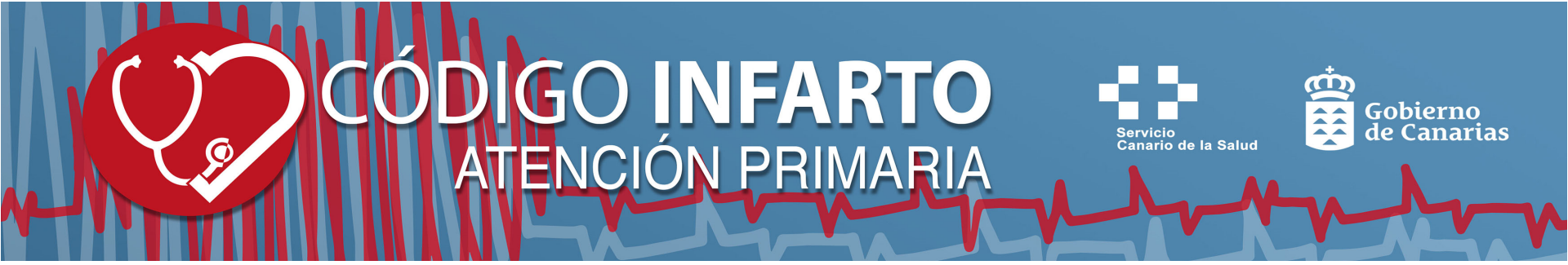
Histórico Valoraciones | VALORACIÓN | Plan-Intervención | Resumen

	Registro Código Infarto	Valor actual	Último Valor en AE	Continúa Igual	Relevante
	Código Episodio			☐	!
	Primera Asistencia				
*	Fecha de la primera asistencia	25/06/2018		☐	!
*	Hora de la primera asistencia			☐	!
	Inicio de los síntomas				
*	Fecha conocida			☐	!
*	1º ECG, Fecha			☐	!
*	1º ECG hora/min			☐	!
	Presenta Problemas Fundamentales de EVA o FRCVM			☐	!
	Problemas Fundamentales de EVA o FRCV	COMPLICACIONES (DM1),22/04/1997 - HIPERTENSION ARTERIAL ESENCIAL,25/03/2015 - IAM DE PARED INFERIOR	CIE	☐	!
	Antecedentes personales y/o problemas fundamentales desconocidos	○ Sí ○ No		☐	!
*	¿Consumo de cocaína?	○ Sí ○ No		☐	!
*	¿Consumo de otras drogas simpaticomiméticas?	○ Sí ○ No		☐	!
	Observaciones al consumo de drogas ..			☐	!
	Tabaco	12/09/2017 NO FUMADOR		☐	!
	Peso			☐	!
	Talla			☐	!
	IMC			☐	!
*	KILLIP en la primera valoración ?			☐	!
	Prealerta CI	○ Sí ○ No		☐	!
*	Tratamiento administrado	M		☐	!
	Observaciones Tratamiento ..			☐	!
*	PCR	○ Sí ○ No		☐	!

junio de 2018

lu	ma	mi	ju	vi	sá	do
28	29	30	31	1	2	3
4	5	6	7	8	9	10
11	12	13	14	15	16	17
18	19	20	21	22	23	24
25	26	27	28	29	30	1
2	3	4	5	6	7	8

Hoy: 25/05/2018



: Pregunta Llave * : Pregunta Obligatoria * : Valoración Recomend

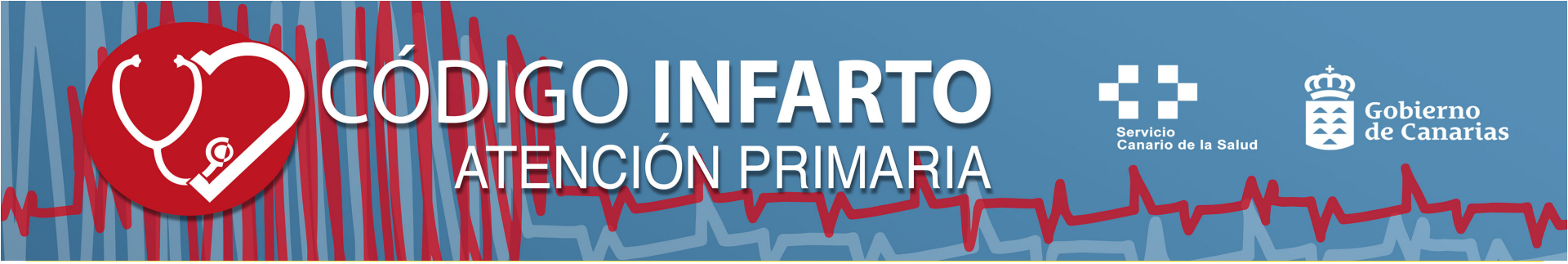
Histórico Valoraciones | VALORACIÓN | Plan-Intervención | Resumen

	Registro Código Infarto		Valor actual		Último Valor en AE	Continúa Igual	Relevante
	Código Episodio					☐	
	Primera Asistencia						
*	Fecha de la primera asistencia		25/06/2018			☐	
*	Hora de la primera asistencia		12:15			☐	
	Inicio de los síntomas						
*	Fecha conocida		◉ Sí ○ No			☐	
	Fecha del inicio de los síntomas		25/05/2018			☐	
	Hora/min del inicio de los síntomas					☐	
*	1º ECG, Fecha					☐	
*	1º ECG hora/min					☐	
	Presenta Problemas Fundamentales de EVA o FRCVM					☐	
	Problemas Fundamentales de EVA o FRCV		ARTERIAL ESENCIAL,25/03/2015 - IAM DE PARED INFERIOR	CIE		☐	
	Antecedentes personales y/o problemas fundamentales desconocidos		○ Sí ○ No			☐	
*	¿Consumo de cocaína?		○ Sí ○ No			☐	
*	¿Consumo de otras drogas simpaticomiméticas?		○ Sí ○ No			☐	
	Observaciones al consumo de drogas	..				☐	
	Tabaco		12/09/2017 NO FUMADOR			☐	
	Peso					☐	
	Talla					☐	
	IMC					☐	
*	KILLIP en la primera valoración	?				☐	
	Prealerta CI		○ Sí ○ No			☐	
*	Tratamiento administrado			M		☐	
	Observaciones Tratamiento	..				☐	
*	PCR		○ Sí ○ No			☐	

mayo de 2018

lu.	ma.	mi.	ju.	vi.	sá.	do.
30	1	2	3	4	5	6
7	8	9	10	11	12	13
14	15	16	17	18	19	20
21	22	23	24	25	26	27
28	29	30	31	1	2	3
4	5	6	7	8	9	10

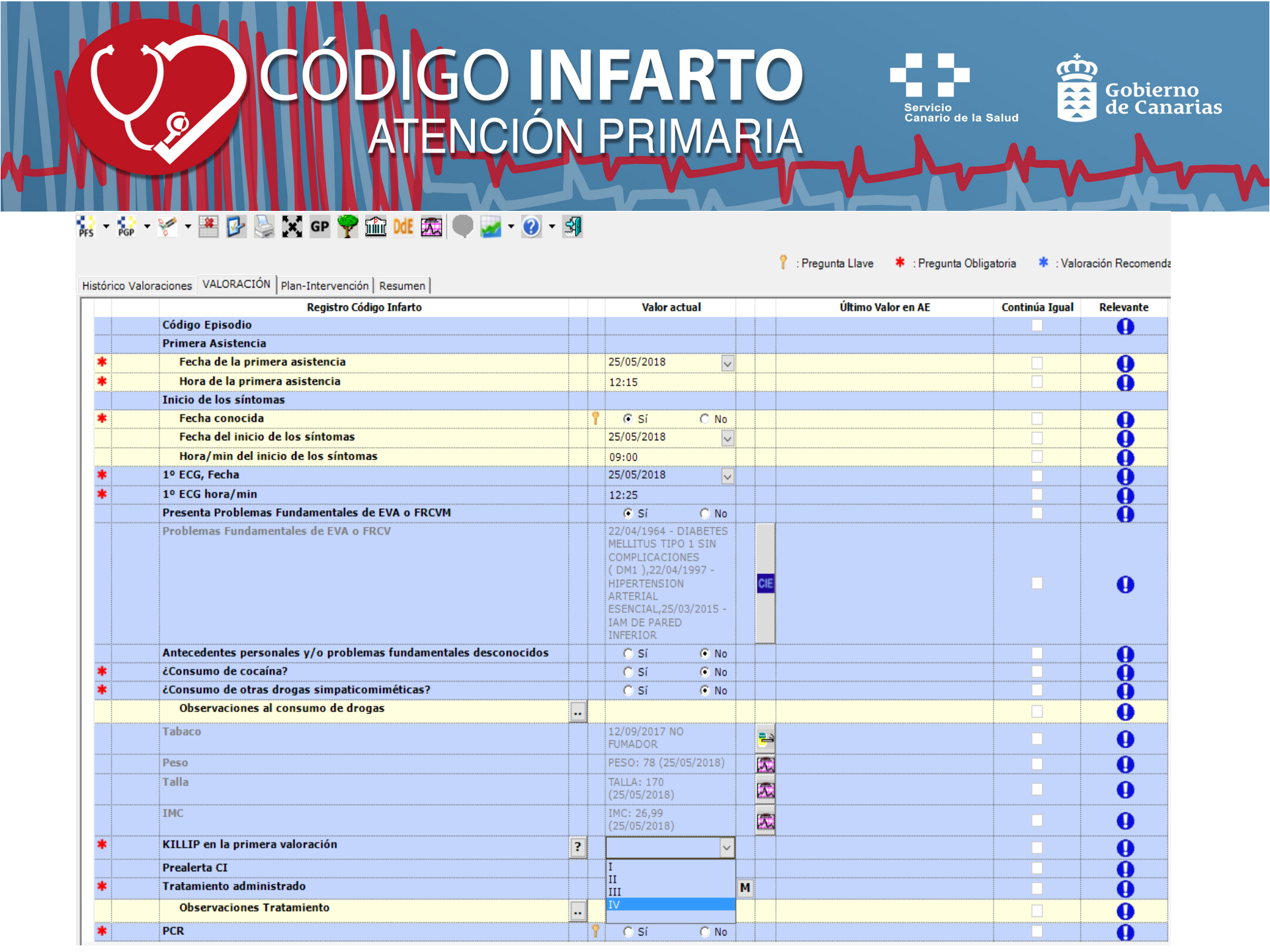
Hoy: 25/05/2018



: Pregunta Llave * : Pregunta Obligatoria * : Valoración Recomenda

Histórico Valoraciones | VALORACIÓN | Plan-Intervención | Resumen

	Registro Código Infarto		Valor actual		Último Valor en AE	Continúa Igual	Relevante
	Código Episodio					☐	!
	Primera Asistencia						
*	Fecha de la primera asistencia		25/05/2018			☐	!
*	Hora de la primera asistencia		12:15			☐	!
	Inicio de los síntomas						
*	Fecha conocida		(•) Sí ( ) No			☐	!
	Fecha del inicio de los síntomas		25/05/2018			☐	!
	Hora/min del inicio de los síntomas		09:00			☐	!
*	1º ECG, Fecha		25/05/2018			☐	!
*	1º ECG hora/min		12:25			☐	!
	Presenta Problemas Fundamentales de EVA o FRCVM		(•) Sí ( ) No			☐	!
	Problemas Fundamentales de EVA o FRCV		22/04/1964 - DIABETES MELLITUS TIPO 1 SIN COMPLICACIONES (DM1),22/04/1997 - HIPERTENSION ARTERIAL ESENCIAL,25/03/2015 - IAM DE PARED INFERIOR	CIE		☐	!
	Antecedentes personales y/o problemas fundamentales desconocidos		( ) Sí (•) No			☐	!
*	¿Consumo de cocaína?		( ) Sí (•) No			☐	!
*	¿Consumo de otras drogas simpaticomiméticas?		( ) Sí (•) No			☐	!
	Observaciones al consumo de drogas	..				☐	!
	Tabaco		12/09/2017 NO FUMADOR			☐	!
	Peso		PESO: 78 (25/05/2018)			☐	!
	Talla		TALLA: 170 (25/05/2018)			☐	!
	IMC		IMC: 26,99 (25/05/2018)			☐	!
*	KILLIP en la primera valoración	?				☐	!
	Prealerta CI		( ) Sí ( ) No			☐	!
*	Tratamiento administrado			M		☐	!
	Observaciones Tratamiento	..				☐	!
*	PCR		( ) Sí ( ) No			☐	!

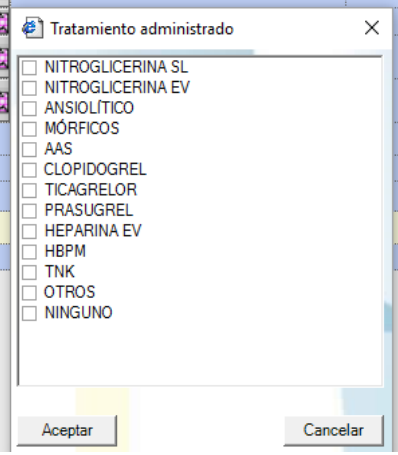

CÓDIGO INFARTO
ATENCIÓN PRIMARIA
Servicio Canario de la Salud
Gobierno de Canarias
: Pregunta Llave
: Pregunta Obligatoria
: Valoración Recomenda
Histórico Valoraciones
VALORACIÓN
Plan-Intervención
Resumen
Registro Código Infarto
Valor actual
Último Valor en AE
Continúa Igual
Relevante
Código Episodio
Primera Asistencia
Fecha de la primera asistencia
25/05/2018
Hora de la primera asistencia
12:15
Inicio de los síntomas
Fecha conocida
Sí
No
Fecha del inicio de los síntomas
25/05/2018
Hora/min del inicio de los síntomas
09:00
1º ECG, Fecha
25/05/2018
1º ECG hora/min
12:25
Presenta Problemas Fundamentales de EVA o FRCVM
Problemas Fundamentales de EVA o FRCV
22/04/1964 - DIABETES MELLITUS TIPO 1 SIN COMPLICACIONES (DM1),22/04/1997 - HIPERTENSION ARTERIAL ESENCIAL,25/03/2015 - IAM DE PARED INFERIOR
CIE
Antecedentes personales y/o problemas fundamentales desconocidos
¿Consumo de cocaína?
¿Consumo de otras drogas simpaticomiméticas?
Observaciones al consumo de drogas
Tabaco
12/09/2017 NO FUMADOR
Peso
PESO: 78 (25/05/2018)
Talla
TALLA: 170 (25/05/2018)
IMC
IMC: 26,99 (25/05/2018)
KILLIP en la primera valoración
I
II
III
IV
Prealerta CI
Tratamiento administrado
M
Observaciones Tratamiento
PCR

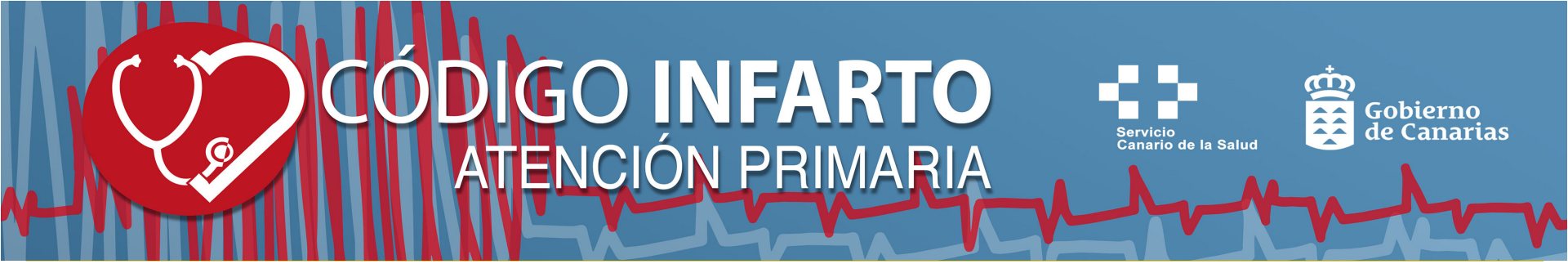
CÓDIGO INFARTO
ATENCIÓN PRIMARIA

Servicio Canario de la Salud

Gobierno de Canarias

	Registro Código Infarto		Valor actual		Último Valor en AE	Continúa Igual	Relevante
	Código Episodio					☐	!
	Primera Asistencia						
*	Fecha de la primera asistencia		25/05/2018			☐	!
*	Hora de la primera asistencia		12:15			☐	!
	Inicio de los síntomas						
*	Fecha conocida		◉ Sí ○ No			☐	!
	Fecha del inicio de los síntomas		25/05/2018			☐	!
	Hora/min del inicio de los síntomas		09:00			☐	!
*	1º ECG, Fecha		25/05/2018			☐	!
*	1º ECG hora/min		12:25			☐	!
	Presenta Problemas Fundamentales de EVA o FRCVM		◉ Sí ○ No			☐	!
	Problemas Fundamentales de EVA o FRCV		22/04/1964 - DIABETES MELLITUS TIPO 1 SIN COMPLICACIONES (DM1),22/04/1997 - HIPERTENSION ARTERIAL ESENCIAL,25/03/2015 - IAM DE PARED INFERIOR	CIE		☐	!
	Antecedentes personales y/o problemas fundamentales desconocidos		○ Sí ◉ No			☐	!
*	¿Consumo de cocaína?		○ Sí ◉ No			☐	!
*	¿Consumo de otras drogas simpaticomiméticas?		○ Sí ◉ No			☐	!
	Observaciones al consumo de drogas	..				☐	!
	Tabaco		12/09/2017 NO FUMADOR			☐	!
	Peso		PESO: 78 (25/05/2018)			☐	!
	Talla		TALLA: 170 (25/05/2018)			☐	!
	IMC		IMC: 26,99 (25/05/2018)			☐	!
*	KILLIP en la primera valoración	?	II			☐	!
	Prealerta CI		◉ Sí ○ No			☐	!
*	Tratamiento administrado			M		☐	!
	Observaciones Tratamiento	..				☐	!
*	PCR		○ Sí ○ No			☐	!





		Registro Código Infarto			Valor actual			Último Valor en AE	Continúa Igual	Relevante
		Código Episodio							☐	
		Primera Asistencia								
*		Fecha de la primera asistencia			25/05/2018				☐	
*		Hora de la primera asistencia			12:15				☐	
		Inicio de los síntomas								
*		Fecha conocida			◉ Sí ○ No				☐	
		Fecha del inicio de los síntomas			25/05/2018				☐	
		Hora/min del inicio de los síntomas			09:00				☐	
*		1º ECG, Fecha			25/05/2018				☐	
*		1º ECG hora/min			12:25				☐	
		Presenta Problemas Fundamentales de EVA o FRCVM			◉ Sí ○ No				☐	
		Problemas Fundamentales de EVA o FRCV			22/04/1964 - DIABETES MELLITUS TIPO 1 SIN COMPLICACIONES (DM1),22/04/1997 - HIPERTENSION ARTERIAL ESENCIAL,25/03/2015 - IAM DE PARED INFERIOR		CIE		☐	
		Antecedentes personales y/o problemas fundamentales desconocidos			○ Sí ◉ No				☐	
*		¿Consumo de cocaína?			○ Sí ◉ No				☐	
*		¿Consumo de otras drogas simpaticomiméticas?			○ Sí ◉ No				☐	
		Observaciones al consumo de drogas	..						☐	
		Tabaco			12/09/2017 NO FUMADOR				☐	
		Peso			PESO: 78 (25/05/2018)				☐	
		Talla			TALLA: 170 (25/05/2018)				☐	
		IMC			IMC: 26,99 (25/05/2018)				☐	
*		KILLIP en la primera valoración	?		II				☐	
		Prealerta CI			◉ Sí ○ No				☐	
*		Tratamiento administrado			NITROGLICERINA SL AAS		M		☐	
		Observaciones Tratamiento	..						☐	
*		PCR			◉ Sí ○ No				☐	
	*	Recuperada (PCR)			◉ Sí ○ No				☐	

Código episodio: este campo es automático, quedará registrado al acceder al registro y no será visible en la aplicación. Es un código ademas secuencial y único para ese paciente y episodio.

Primera asistencia: primer contacto médico que atiende al paciente y realiza el diagnóstico de IAMCEST. Es obligatorio registrar fecha y hora/min de esa primera asistencia

Inicio de los síntomas: es importante conocer este dato. Es una pregunta llave. Si la respuesta a fecha conocida es un si, se debe cumplimentar la fecha y hora/ min que refiera el paciente o acompañante.

1º ECG diagnóstico: es importante referir la fecha y hora /min del 1º ECG que nos da el diagnóstico. El ECG deberá pasarse al profesional del SUC que recoja al paciente con el fin de que este remita la imagen del mismo, siempre que sea posible, a la sala del 112.

Problemas fundamentales de EVA y FRCV: si el paciente tiene registros en su historia de EVA establecida(cardiopatía isquémica, ictus …) o de FRCV los plasmará automaticamente en la pantalla. Si el profesional quiere indicar alguno que conozca in situ, puede registrar el diagnóstico CIE correspondiente.

Antecedentes personales y/o problemas fundamentales desconocidos: indicar si o no.

Consumo de cocaína y otras drogas simpaticomiméticas (anfetaminas, metanfetaminas, heroína etc.): indicar si o no.

Tabaco: del módulo de hábitos podemos traer el registro en su caso.

El peso, talla e IMC traer del módulo de constante. Si existe se arrastra el último valor o puede ser registrado en el momento el peso aproximado.

Killip en la primera valoración: se dispone de una ayuda y un desplegable para su registro.

CÓDIGO INFARTO
ATENCIÓN PRIMARIA

Servicio Canario de la Salud

Gobierno de Canarias

Prealerta de código Infarto: marcar un Si o un NO. Queda así registrado que se ha realizado la llamada al 112 prealertando de código infarto. (la fecha y hora/min de esta prealerta lo facilitará al registro la sala del SUC.

Tratamiento administrado: para el registro del código infarto se facilita un desplegable donde solo se tiene que señalar los fármacos que aparecen y que han sido utilizados. No es necesario registrar la dosis. Permite respuesta múltiple. Se dispone de un desplegable para observaciones al tratamiento.

PCR: parada cardio respiratoria. Es obligatorio contestar SI o NO.
Si la respuesta es un SI se debe contestar a la pregunta recuperada SI o NO.
El NO recuperada es equivalente a exitus.

En caso de exitus es necesario cumplimentar los campos del registro siempre que se haya alertado al 112 para dar cierre al registro integrado.


Gracias