

INFARTO AGUDO DE MIOCARDIO

PRESTACIÓN	DESCRIPCIÓN	DIAGNÓSTICO	RESPONSABLE DE LA PRESTACIÓN	DATOS MÍNIMOS OBLIGATORIOS	DOCUMENTACIÓN DE VERIFICACIÓN
M003 Infarto Agudo de Miocardio con elevación del ST: Atención pre hospitalaria.	Consulta para evaluación y diagnóstico de personas con dolor de pecho, con electrocardiograma nuevo que muestre elevación del segmento ST (≥ 1 mm) en 2 derivaciones contiguas o bien nuevo BCRI, realizado dentro de los 10 minutos del ingreso de la persona al efector.	I21 (CIE 10) K75 (CIAP) Infarto Agudo de Miocardio.	Médico Clínico, Generalista, Cardiólogo.	Fecha de prestación. Horario de contacto de la persona con el efector. Registro de presión arterial, frecuencia cardíaca, saturación de oxígeno. Informe o transcripción del electrocardiograma, hora de realización. Horario de administración de AAS y clopidogrel. Firma y sello del responsable que realiza la prestación.	HC Ficha de relevamiento de atención del IAM (resolución N° 5092 del 16/12/20)
E019 Tratamiento trombolítico.	Infusión para el tratamiento trombolítico. El inicio de la infusión del trombolítico debe realizarse dentro de los primeros 60 minutos del diagnóstico del	I21 (CIE 10) Infarto Agudo de Miocardio.	Médico Clínico, Generalista, Cardiólogo.	Fecha de prestación. Horario de contacto de la persona con el efector. Horario de inicio de la infusión del trombolítico. Criterios de reperfusión (positivos/negativos).	HC Ficha de relevamiento de atención del IAM (resolución N° 5092 del 16/12/20)

	<p>IAMCEST. La valoración de criterios de reperfusión luego de 30 minutos de finalizada la infusión del trombolítico, mediante diferencias en el score de dolor y la sumatoria en la elevación del ST, comparados con los parámetros registrados al inicio del tratamiento.</p> <p>Para este tratamiento, el establecimiento deberá contar con electrocardiógrafo, carro de paro con Cardiodesfibrilador, bomba de infusión y asistencia ventilatoria mecánica.</p>			<p>Registro de presión arterial, frecuencia cardiaca, saturación de oxígeno. Informe o transcripción del Segundo electrocardiograma, hora de realización. Registrar resultado en ficha Trombolíticos exitosos: si/no Firma y sello del responsable que realiza la prestación.</p>	
<p>Q022 Angioplastia primaria</p>	<p>El inflado del balón en hemodinamia debe realizarse dentro de los primeros 180 minutos del diagnóstico de IAMCEST, con Implante de stent en el vaso culpable del evento.</p> <p>El establecimiento deberá contar con servicio de hemodinamia con</p>	<p>I21 (CIE 10) Infarto Agudo de Miocardio.</p>	<p>Cardiólogo. Hemodinamista.</p>	<p>Fecha de prestación. Horario de Ingreso a Hemodinamia. Registro de presión arterial, frecuencia cardiaca, saturación de oxígeno. Registro de Tiempo en minutos puerta-balón, horario de inflado y el flujo TIMI epicárdico inicial y final. Firma y sello del responsable que realiza la prestación.</p>	<p>HC Ficha de relevamiento de atención del IAM (resolución N° 5092 del 16/12/20)</p>

	disponibilidad de realizar angioplastia primaria las 24 hs. del día y Unidad Coronaria o Unidad de Terapia Intensiva.				
Q023 Angioplastia de rescate / estrategia farmacoinvasiva	<p>La angioplastia urgente en paciente trombolizado con criterios negativos de reperfusión debe realizarse dentro de los 120 minutos de arribo al centro de 3° nivel. La coronariografía y eventual angioplastia a todo paciente trombolizado exitosamente y que cumpla los criterios definidos en el protocolo, debe realizarse entre las 12 y las 24 hs de infundido el trombolítico.</p> <p>El establecimiento deberá contar con servicio de hemodinamia con disponibilidad de realizar angioplastia primaria las 24 hs. del día y Unidad Coronaria o Unidad de Terapia Intensiva.</p>	I21 (CIE 10) Infarto Agudo de Miocardio.	Cardiólogo. Hemodinamista.	<p>Fecha de prestación. Horario de Ingreso a Hemodinamia. Registro de presión arterial, frecuencia cardiaca, saturación de oxígeno. Registro de Tiempo en minutos puerta-balón, horario de inflado y el flujo TIMI epicárdico inicial y final. Firma y sello del responsable que realiza la prestación.</p>	HC Ficha de relevamiento de atención del IAM (resolución N° 5092 del 16/12/20)
M020 Traslado a centro de mayor complejidad.	Traslado de paciente con IAM a centro de mayor complejidad para angioplastia primaria o de rescate/estrategia	I21 (CIE 10) Infarto Agudo de Miocardio.	Médico / Personal capacitado	<p>Fecha de realización de la prestación. Registrar fecha y horario de solicitud del traslado, de partida del</p>	HC Ficha de relevamiento de atención del IAM

	<p>farmacoinvasiva, con personal capacitado y ambulancia de mediana o alta complejidad,</p> <p>deberá realizarse en un tiempo menor a 90 minutos desde su solicitud.</p>			<p>centro derivador y de arribo al centro receptor.</p> <p>Diagnóstico de derivación. Firma y aclaración del responsable que realiza la prestación.</p>	<p>(resolución N° 5092 del 16/12/20)</p> <p>Planilla de traslado SUMAR</p>
<p>M004</p> <p>Alta Internación-Síndrome coronario agudo.</p>	<p>Indicación de AAS 100 mg/día, de inhibidor P2Y12, de estatinas en altas dosis (Atorvastatina 40-80 mg/día o Rosuvastatina 20-40 mg/día), de betabloqueantes (salvo intolerancia) y de IECA/ARA 2 (salvo intolerancia por hipotensión sintomática, hiperkalemia o deterioro severo de la función renal).</p> <p>El efector deberá contar con Unidad Coronaria o Unidad de terapia intensiva, ecógrafo y personal capacitado en la realización de ecocardiogramas.</p>	<p>I21 (CIE 10)</p> <p>Infarto Agudo de Miocardio.</p>	<p>Médico/a especialista en cardiología, clínica médica, terapia intensiva o medicina general.</p>	<p>Fecha de prestación.</p> <p>Registro de la localización del infarto, función ventricular expresada cuantitativamente como fracción de eyección, mención de los fármacos indicados al egreso institucional y sus dosis expresadas en mg/día.</p> <p>Consejería de hábitos saludables y de cesación tabáquica.</p> <p>Tratamiento implementado: TROMBOLÍTICO: SI / NO</p> <p>ANGIOPLASTIA DE RESCATE / FARMACOINVASIVA: SI / NO</p> <p>ANGIOPLASTIA PRIMARIA: SI / NO</p>	<p>HC</p> <p>Ficha de relevamiento de atención del IAM (resolución N° 5092 del 16/12/20)</p>

				Firma y sello del responsable que realiza la prestación.	
--	--	--	--	--	--