

"Sesquicentenario de la Epopeya Nacional: 1864 - 1870"



Poder Ejecutivo
Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social

Anexo de la Resolución S.G. N° 388/2022.-



Ministerio de
**SALUD PÚBLICA
Y BIENESTAR SOCIAL**

**GOBIERNO
NACIONAL**

*Paraguay
de la gente*

CÓDIGO INFARTO

ABOG. GUIDO R. BENZA RAGGIO
SECRETARIO GENERAL
MSPBS

ÍNDICE	2
JUSTIFICACIÓN	3
OBJETIVOS	3
ÁMBITO DE APLICACIÓN	4
METAS	4
MARCO TEÓRICO	4
INTRODUCCIÓN	4
DEFINICIONES	5
DIAGNOSTICO DIFERENCIAL DEL SINDROME- -CORONARIO AGUDO	6
TRATAMIENTO COADYUVANTE	6
FIBRINOLISIS	8
ESTRATIFICACION DE RIESGO	10
ALGORITMO DE PROCEDIMIENTOS	
MANEJO DEL SCA	11
MANEJO DEL SCASEST	12
ALGORITMO DE REFERENCIA Y RETORNO	13
FORMULARIO DE REFERENCIA Y RETORNO	14, 15
REGISTRO NACIONAL DE SÍNDROME CORONARIO AGUDO (RENASCA), PLANILLA INICIAL	16, 17
CONSENTIMIENTO INFORMADO	18, 19
FICHA TÉCNICA	20
BIBLIOGRAFÍA CONSULTADA	21



ABOG. GUIDO R. BENZA RAGGIO
SECRETARIO GENERAL
MSPBS

JUSTIFICACIÓN

A nivel mundial las enfermedades cardiovasculares son las responsables de millones de muertes en forma anual, así como trillones de dólares en recursos económicos, paradójicamente, donde los países más afectados son aquellos cuyos ingresos económicos son de medio a bajo, siendo la cardiopatía isquémica una de las causas más frecuentes de mortalidad cardiovascular.

Paraguay refleja fielmente esta condición teniendo como una de las primeras causas de muerte las enfermedades del sistema circulatorio, siendo la tasa de muerte para las enfermedades cardiovasculares, 102 muertes por 100.000 habitantes en hombres y de 53,3 /100.000 habitantes en mujeres (2010-2015) y una tasa de mortalidad liderada por la cardiopatía isquémica que oscila con una tasa alrededor del 21 cada 100.000 habitantes².

Un factor particularmente preocupante es que en los países en desarrollo las muertes causadas por Enfermedad Cardiovascular se producen en edades relativamente tempranas es decir en las personas económicamente activas, en comparación con regiones desarrolladas. Nueve de cada 10 de las muertes causadas por estas enfermedades en personas menores de 60 años ocurren en países en vías de desarrollo. En Europa, sin embargo, en las últimas 3 décadas se ha observado una tendencia general a la reducción de la mortalidad por enfermedad coronaria sobre todo del Infarto Agudo de Miocardio con elevación del ST. Esto se debe a programas bien instalados en el sistema de salud, para el manejo del Síndrome Coronario Agudo, instalándose la terapéutica apropiada inmediatamente tras realizarse el diagnóstico.

Por tanto, la Cardiopatía Isquémica, en especial el Síndrome Coronario Agudo, se constituye en una de las principales entidades objetivo sobre la cual generar campañas dirigidas a optimizar el tratamiento en busca de una mayor eficiencia y eficacia tratando de mejorar la tasa de morbi-mortalidad y garantizar la reinserción a la sociedad de individuos productivos³.

El MSPBS a fin de dar una respuesta coordinada a nivel nacional, articula esfuerzos con sociedades científicas, representantes de centros de referencia cardiovascular a nivel país y autoridades de los distintos estamentos en su organización para crear el CÓDIGO INFARTO, que además de poner en práctica protocolos de atención que enfatiza la reperfusión precoz en el Síndrome Coronario Agudo con elevación del ST, es generar información estadística para evaluación y futuras proyecciones de intervención sobre esta patología.

OBJETIVOS

General:

- Optimizar el tratamiento y mejorar la sobrevida de los pacientes con Síndrome Coronario Agudo.

Específicos:

- Identificar precozmente a los pacientes con síndromes coronarios agudos con diferentes presentaciones clínicas y electrocardiográficas.

- Utilizar el Electrocardiograma para confirmar el diagnóstico de Síndrome Coronario Agudo Con Elevación del ST.
- Aplicar la terapéutica óptima a los pacientes con Síndrome Coronario Agudo Con Elevación del ST.
- Evaluar criterios de reperfusión.
- Identificar las complicaciones precoces y graves en los pacientes con Síndrome Coronario Agudo.
- Activar el traslado a Centro Especializado en tiempo oportuno.

ÁMBITO DE APLICACIÓN

En los establecimientos que forman parte del Sistema Nacional de Salud

METAS

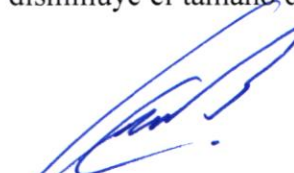
- Educación a la población.
- Capacitación/Actualización médica con evaluación: con respecto al Protocolo del CÓDIGO INFARTO.
- Garantizar la provisión de insumos a los hospitales de la red de servicios del MSPBS.
- Traslado correcto a Centros de referencia.
- Retorno.
- Registro Nacional.
- Activación del código, firma de consentimiento informado para fibrinólisis.
- Coordinación con el Servicio de Emergencias Extrahospitalarias (SEME).
- Convenio con el Instituto de Previsión Social (IPS).
- Socialización con Instituciones privadas.

MARCO TEÓRICO

Introducción

Uno de los retos fundamentales del sistema público de salud es la organización sobre todo de programas de atención sanitaria eficientes, que aseguren la accesibilidad y equidad en la provisión de servicios a todos los usuarios que padecen patologías concretas como lo garantiza la Constitución Nacional, procurando los medios necesarios para que los avances científico-técnicos disponibles puedan ser aplicados de manera fácil y efectiva en la población, con el fin de obtener los mejores resultados de calidad asistencial en todos sus aspectos.

De esta manera se genera este programa que se orienta al diagnóstico precoz, así como la aplicación precoz de las estrategias de reperfusión existentes en el Síndrome Coronario Agudo Con Elevación del ST (SCACEST), mejorando significativamente la evolución de los pacientes, ya que la misma reduce la mortalidad de la fase aguda y disminuye el tamaño de infarto y la probabilidad de desarrollar insuficiencia cardíaca.


ABOG. GUIDO R. BENZA RAGGIO
SECRETARIO GENERAL
MSPBS

La atención al SCACEST, incluidos el diagnóstico y el tratamiento, comienza desde el momento del primer contacto médico. Se recomienda establecer una estrategia regional de reperfusión para maximizar su eficacia. En primer lugar, es preciso establecer el diagnóstico de SCACEST. Este se basa normalmente en la presencia de síntomas (ej. dolor torácico persistente) y signos (electrocardiograma de 12 derivaciones) que indiquen isquemia miocárdica. Otros indicios importantes son el antecedente de enfermedad aterosclerótica coronaria, características del dolor, factores de riesgo cardiovascular, aunque algunos pacientes presentan síntomas menos típicos. Para todo paciente con sospecha de SCACEST, se recomienda realizar Electrocardiografía (ECG) en los primeros 10 minutos de la consulta a Urgencias en el punto del primer contacto médico e interpretar lo antes posible para facilitar el diagnóstico precoz. Se debe decidir la estrategia de reperfusión (farmacológica o mecánica) según la disponibilidad del centro. Se debe administrar el fibrinolítico en los primeros 10 minutos del diagnóstico de SCA en caso de que la Angioplastia Coronaria Trasluminal Primaria (ACTP) se realice en más de 120 minutos del diagnóstico.

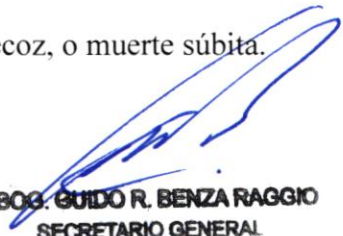
Está indicado tomar muestras de sangre para determinar marcadores séricos en la fase aguda cuanto antes, pero esto no debe retrasar el tratamiento de reperfusión.

Para los pacientes que han sufrido una parada cardiaca recuperada y muestran elevación del segmento ST en el ECG, la ACTP es la estrategia de elección.

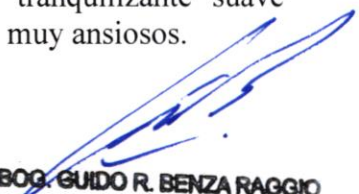
El plan propuesto pretende ofrecer un abordaje integral del SCACEST, abarcando todos los eslabones precisos para ello, desde la información al paciente, los médicos y profesionales de atención primaria, así como el traslado a un Servicio especializado para completar el tratamiento, reinsertándolo posteriormente al paciente en su comunidad. De esta forma se pretende conseguir una red asistencial integral al paciente con Infarto Agudo de Miocardio (IAM).

Definiciones

- Dolor de pecho:
 - Características clínicas del Dolor de pecho anginoso.
 - Opresivo.
 - Retroesternal.
 - Irradia a cuello, hombro y brazo izquierdo.
 - Acompañado de náuseas, vómitos y diaforesis.
 - Presentaciones atípicas:
 - Disnea de inicio brusco.
 - Palpitaciones.
 - Síncope.
 - Shock.
 - Arritmias malignas/Paro cardio respiratorio.
- Factores de Riesgo Cardio Vascular:
 - Historia familiar de infarto de miocardio en edad precoz, o muerte súbita.
 - Obesidad.
 - Hipertensión arterial.
 - Diabetes mellitus.


ABOG. GUIDO R. BENZA RAGGIO
SECRETARIO GENERAL
MSPBS

- Historia de tabaquismo.
 - Otra enfermedad vascular.
 - Hiperlipidemia.
 - Estilo de vida sedentario.
 - Sexo masculino.
 - Edad: hombres > 40 años en hombres, mujeres +10 años posterior a la menopausia.
 - Consumo de cocaína/anfetaminas.
- Examen físico:
 - Frecuencia Cardíaca.
 - Presión Arterial en Brazos y Piernas.
 - Frecuencia Respiratoria.
 - Saturación de O₂.
 - Rales pulmonares.
 - Soplos.
 - Edemas.
 - Estado de Conciencia.
- Diagnósticos diferenciales del Síndrome Coronario Agudo:
 - Isquemia miocárdica aguda.
 - Disección aórtica/aneurisma aórtico.
 - Miocarditis.
 - Pericarditis.
 - Dolor asociado con cardiomiopatía hipertrófica o trastornos esofágicos y gastrointestinales.
 - Enfermedades pulmonares tales como neumotórax, embolia pulmonar y pleuritis.
 - Síndrome de hiperventilación.
 - Estenosis aórtica.
- Tratamiento Coadyuvante:
 - Tratamiento del dolor, agitación y ansiedad (Morfina-Nitratos):
 - Está indicada la administración de oxígeno a pacientes con hipoxemia (SaO₂ < 90% o PaO₂ < 60 mmHg).
 - No se recomienda administrar sistemáticamente oxígeno a pacientes con SaO₂ ≥ 90%.
 - Debe considerarse la administración de opiáceos Intra Venosos (IV) con aumento gradual de la dosis para aliviar el dolor.
 - Debe considerarse la administración de un tranquilizante suave (generalmente una benzodiacepina) a pacientes muy ansiosos.


ABOG. GUIDO R. BENZA RAGGIO
SECRETARIO GENERAL
MSPBS

- Nitratos: La nitroglicerina (NTG) produce efectos hemodinámicos benéficos con disminución del dolor, pero sin impacto positivo en la mortalidad, vía sublingual o IV. Contraindicada en Presión Arterial Sistólica (PAS) < 90 mmHg, bradicardia < 50 o taquicardia > 100 latidos por min, en IAM de Ventrículo derecho y en pacientes que hayan ingerido Sildenafil (Viagra) en las últimas 24 horas. Dosis: NTG 50 mg en 250 ml de Suero Glucosado al 5%, iniciar 3 ml/h (10 µg/min).

- Terapia antiplaquetaria:

En pacientes en los que se realiza ACTP se recomienda la administración de aspirina y de un inhibidor potente del P2Y12 (prasugrel o ticagrelor), o clopidogrel si no se dispone de los anteriores o están contraindicados, antes de la ACTP (o como muy tarde en el momento del procedimiento) y mantener el tratamiento 12 meses, excepto cuando haya contraindicaciones (p. ej., riesgo hemorrágico excesivo) que pueden ser considerados durante 6 meses.

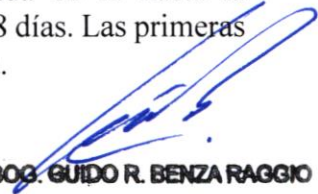
Las dosis recomendadas son:

- AAS: Dosis de carga de 300 mg oral, seguida de dosis de mantenimiento de 100 mg/día.
- Clopidogrel: Dosis de carga de 600 mg oral, seguida de dosis de mantenimiento de 75 mg/día.
- Prasugrel: Dosis de carga de 60 mg oral, seguida de dosis de mantenimiento de 10 mg/día. Para pacientes con peso corporal ≤ 60 kg, se recomienda una dosis de mantenimiento de 5 mg/día.
- El prasugrel está contraindicado para pacientes con ACV previo. Para pacientes ≥ 75 años, generalmente no se recomienda el prasugrel, pero debe emplearse una dosis de 5 mg/día si el tratamiento se considera necesario
- Ticagrelor: Dosis de carga de 180 mg oral, seguida de dosis de mantenimiento de 90 mg 2 veces al día.

- Terapia de anticoagulación:

Se debe administrar doble antiagregación con aspirina y clopidogrel y anticoagulación preferentemente con enoxaparina, también se puede utilizar heparina no fraccionada. Las dosis recomendadas para pacientes en los que se realiza fibrinólisis son las siguientes:


- Enoxaparina: pacientes menores de 75 años: Bolo IV de 30 mg seguido 15 min más tarde de 1 mg/kg s.c. cada 12 h. hasta la revascularización o el alta, durante un máximo de 8 días. Las primeras 2 dosis s.c. no deben exceder los 100 mg cada una.


ABOG. GUIDO R. BENZA RAGGIO
 SECRETARIO GENERAL
 MSPBS

- Pacientes de 75 o más años: No administre bolo IV, comience con primeras dosis s.c. de 0,75 mg/kg, con un máximo de 75 mg por inyección para las primeras 2 dosis.
 - Para pacientes con Tasa de Filtrado Glomerular < 30 ml/min/1,73 m², independientemente de la edad, las dosis s.c. se administran una vez cada 24 h.
- Fibrinólisis:
 - 1° Opción:** Reteplasa (rPA) Bolo IV de 10 unidades + 10 unidades administradas con 30 min de separación.
 - 2° Opción:** Alteplasa (tPA) Bolo IV de 15 mg y después 0,5 mg/kg IV durante 60 min (hasta 35 mg) 0,75 mg/kg en 30 min (hasta 50 mg).
 - 3° Opción:** Tenecteplasa (TNK-tPA) Bolo IV único:
 - 30 mg (6.000 UI), peso < 60 kg
 - 35 mg (7.000 UI), peso entre 60 y < 70 kg
 - 40 mg (8.000 UI), peso entre 70 y < 80 kg
 - 45 mg (9.000 UI), peso entre 80 y < 90 kg
 - 50 mg (10.000 UI), peso ≥ 90 kg

Se recomienda reducir la dosis a la mitad para los pacientes de 75 o más años.
 - Contraindicaciones para fibrinólisis:
 - Contraindicaciones absolutas:
 - Hemorragia intracraneal previa o Accidente Cerebro Vascular de origen desconocido en cualquier momento.
 - Lesión cerebral vascular conocida.
 - Ictus isquémico en los últimos 3 meses.
 - Alergia al agente.
 - Trauma craneoencefálico o facial significativo en los pasados 3 meses.
 - Daño del sistema nervioso central o neoplasias o malformación arteriovenosa.
 - Sospecha de disección aórtica.
 - Hemorragia interna activa o diátesis hemorrágica (excepto menstruación).
 - Cirugía intracraneal o intraespinal en los pasados 2 meses.
 - Hipertensión grave no controlada (no responde a la terapia urgente).
 - Hemorragia gastrointestinal en el último mes.
 - Punciones no compresibles en las últimas 24 h (p. ej., biopsia hepática, punción lumbar).
 - Contraindicaciones relativas:
 - Hipertensión grave no controlada en la presentación (presión arterial >180/110 mm Hg).


- Historia de hipertensión crónica, grave y pobremente controlada.
 - Ictus isquémico hace >3 meses o patología intracerebral.
 - Uso en curso de anticoagulantes orales.
 - Reanimación cardiopulmonar traumática o prolongada (>10 min).
 - Cirugía mayor en las pasadas 3 semanas.
 - Uso previo de estreptoquinasa/anistreplasa: alergia o exposición previa (>5 días).
 - Enfermedad ulcerosa péptica activa.
 - Hemorragia interna reciente (en las pasadas 2-4 semanas).
 - Punción arterial o venosa central en sitio no compresible.
 - Embarazo.
 - Enfermedad hepática avanzada.
 - Endocarditis infecciosa.
- Criterios de reperfusión:
 - Clínicos:
 - Mejoría del dolor.
 - Electrocardiográficos:
 - Resolución del ST (>50% en los 60 a 90 min).
 - Arritmias de reperfusión (ritmo idioventricular acelerado 50%).
 - Biomarcadores: pico precoz de biomarcadores (Troponina, CKTotal, CKMB).
- Indicaciones de ACT de Rescate:
 - Fibrinólisis fallida en pacientes con áreas moderadas a grandes de miocardio en riesgo.
 - Pacientes que desarrollan shock en las primeras 36 horas y son candidatos a ACTP en las primeras 18 horas del shock.
 - Falla cardíaca severa o edema agudo de pulmón.
 - Inestabilidad eléctrica.
 - Angina refractaria.
 - Angina recurrente en reposo o con ejercicio mínimo, a pesar del tratamiento.
 - Signos o síntomas de regurgitación mitral nueva o que empeora.
 - Taquicardia ventricular sostenida o fibrilación ventricular.
 - Riesgo pronóstico muy alto (Alto puntaje TIMI o GRACE).
 - Cambio temporal en el nivel de troponina.
 - Nueva depresión del segmento ST.



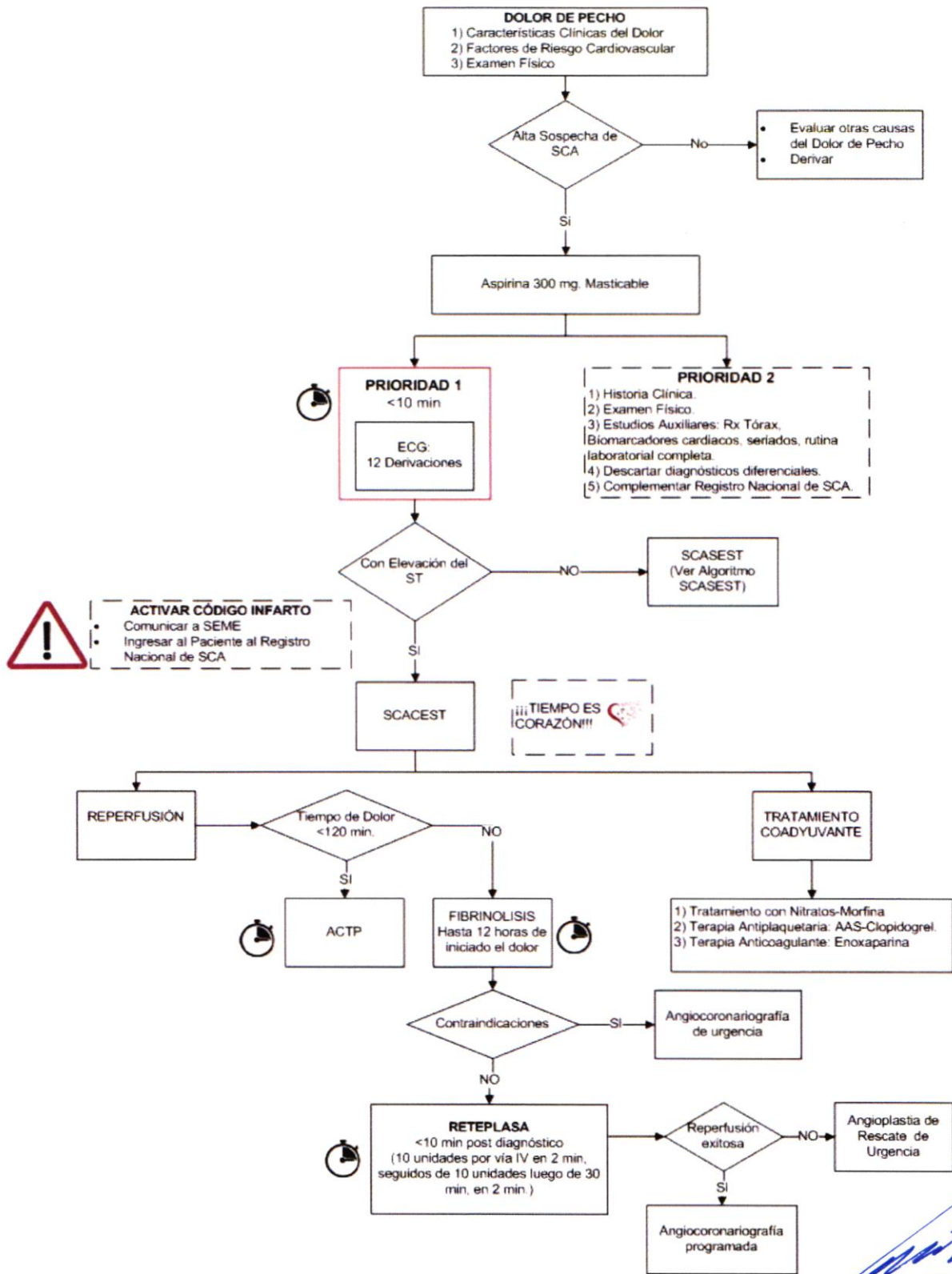
ABOG. GUIDO R. BENZA RAGGIO
SECRETARIO GENERAL
MSPBS

- Estratificación de riesgo:

Estratificación del riesgo	Factores de riesgo de muerte o isquemia miocárdica no fatal.	
Riesgo ALTO 1 o más de los siguientes:	Riesgo INTERMEDIO Sin factores de riesgo alto y 1 de los siguientes:	Riesgo BAJO Sin factores de alto o intermedio y 1 de los siguientes:
<ul style="list-style-type: none"> • Dolor continuo en reposo (>20 min) • Edema pulmonar, S₃ • Estertores • Hipotensión • Bradicardia, taquicardia • Edad >75 años • Angina de reposo con cambio dinámicos en el segmento ST >0.50 mV 	<ul style="list-style-type: none"> • Dolor de reposo prolongado (>20min.) ahora resuelto • Dolor de reposo <20 min. aliviado con nitroglicerina • Edad >70 años • Inversiones de la onda T >0,2 mV • Onda Q patológicas • Troponina ligeramente elevada (<0,1ng/mL) 	<ul style="list-style-type: none"> • Aumento de la frecuencia, intensidad y duración del dolor • Menor umbral de dolor • Electrocardiograma normal o sin cambios duren el dolor • Troponina normal


ABOG. GUIDO R. BENZA RAGGIO
SECRETARIO GENERAL
MSPBS

FLUJOGRAMA DE MANEJO DEL SÍNDROME CORONARIO AGUDO (SCA)

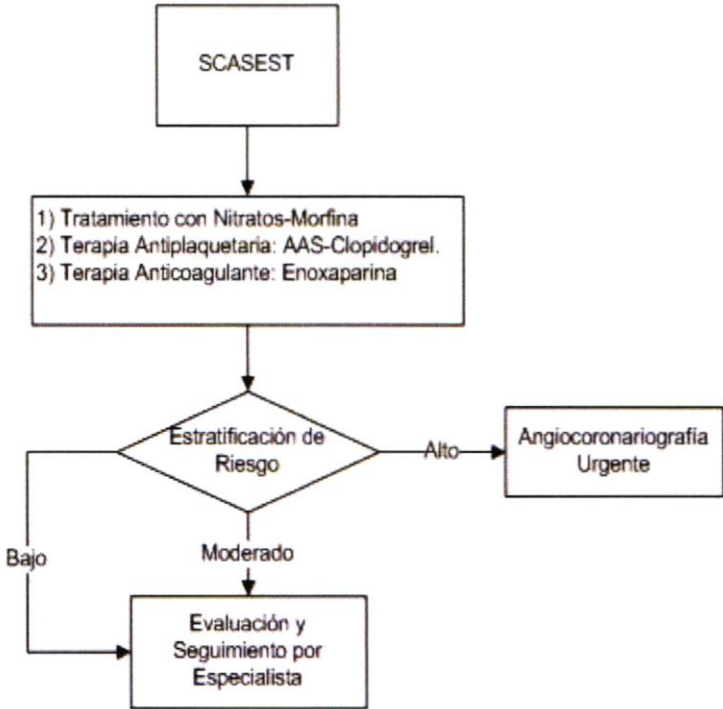


ACTIVAR CÓDIGO INFARTO
 • Comunicar a SEME
 • Ingresar al Paciente al Registro Nacional de SCA

¡¡ TIEMPO ES CORAZÓN!!!

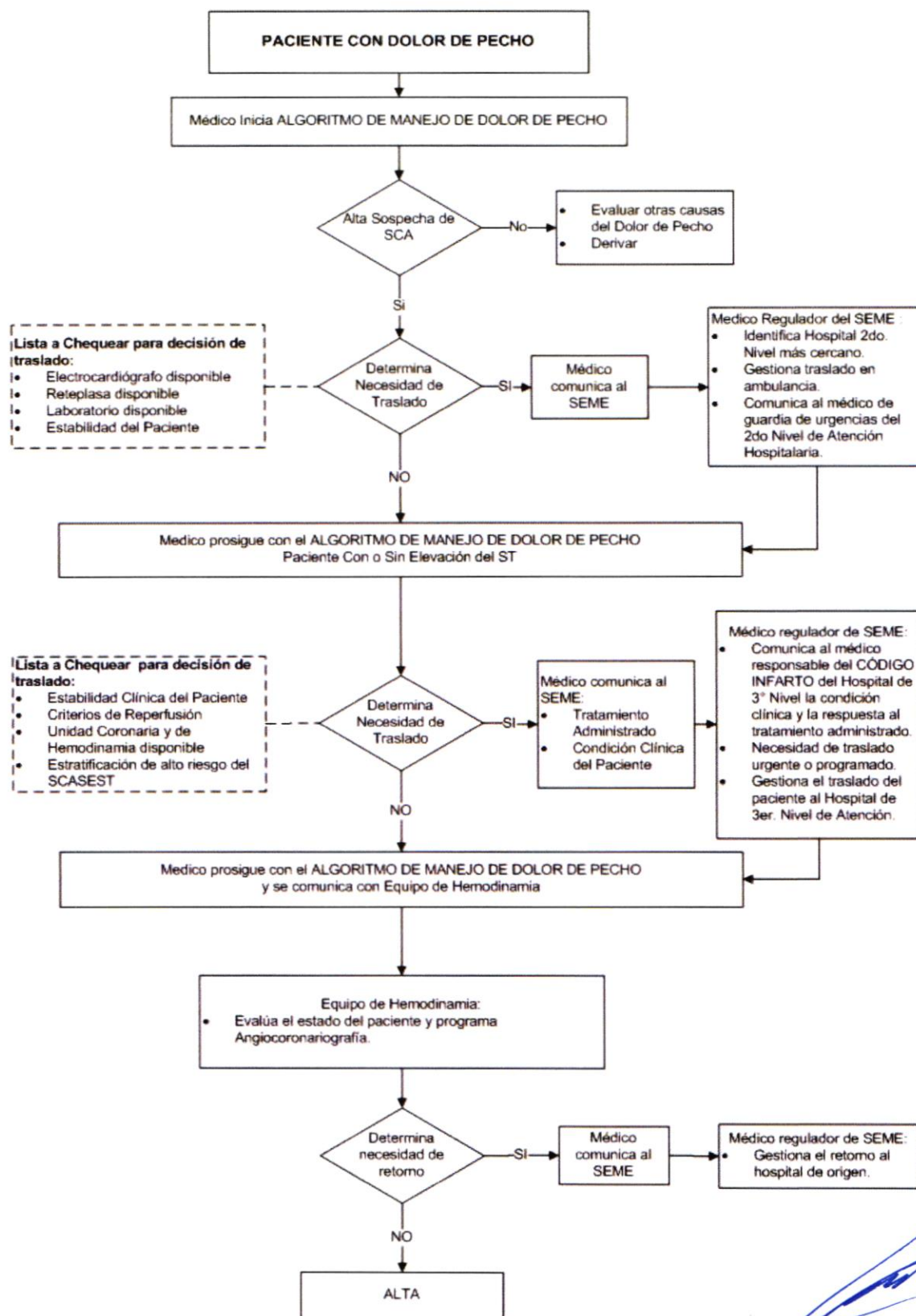
ABOG. GUIDO R. BENZA RAGGIO
 SECRETARIO GENERAL
 MSPBS

FLUJOGRAMA DE MANEJO DEL SÍNDROME CONARIO AGUDO SIN ELEVACIÓN DEL ST (SCASEST)




ABOG. GUIDO R. BENZA RAGGIO
SECRETARIO GENERAL
MSPBS

FLUJOGRAMA DE REFERENCIA Y RETORNO




ABOG. GUIDO R. BENZA RAGGIO
SECRETARIO GENERAL
MSPBS

V PARTE: RETORNO

ESTABLECIMIENTO QUE RECIBE

41. Establecimiento de Salud: _____ 42. Región Sanitaria: _____
43. Distrito: _____ 44. Fecha de Retorno (dd/mm/aaaa): ____/____/____

ESTABLECIMIENTO QUE REFIERE

45. Establecimiento de Salud: _____ 46. Región Sanitaria: _____
47. Distrito: _____

VI PARTE: DATOS MÉDICOS DEL/LA PACIENTE

48. Resumen del cuadro clínico / evolución: _____

49. Diagnósticos: _____

50. Tratamiento Actual: _____

51. Recomendaciones para el Seguimiento: _____

VII PARTE: DATOS PERSONALES DE PROFESIONALES

52. Nombre de la persona que recibe:

1. Documento de Identificación N°: _____

2. Nombres(s) y Apellidos(s): _____

3. N° de Registro: _____ 4. Firma, Sello:

53. Nombre de la persona que refiere:

1. Documento de Identificación N°: _____

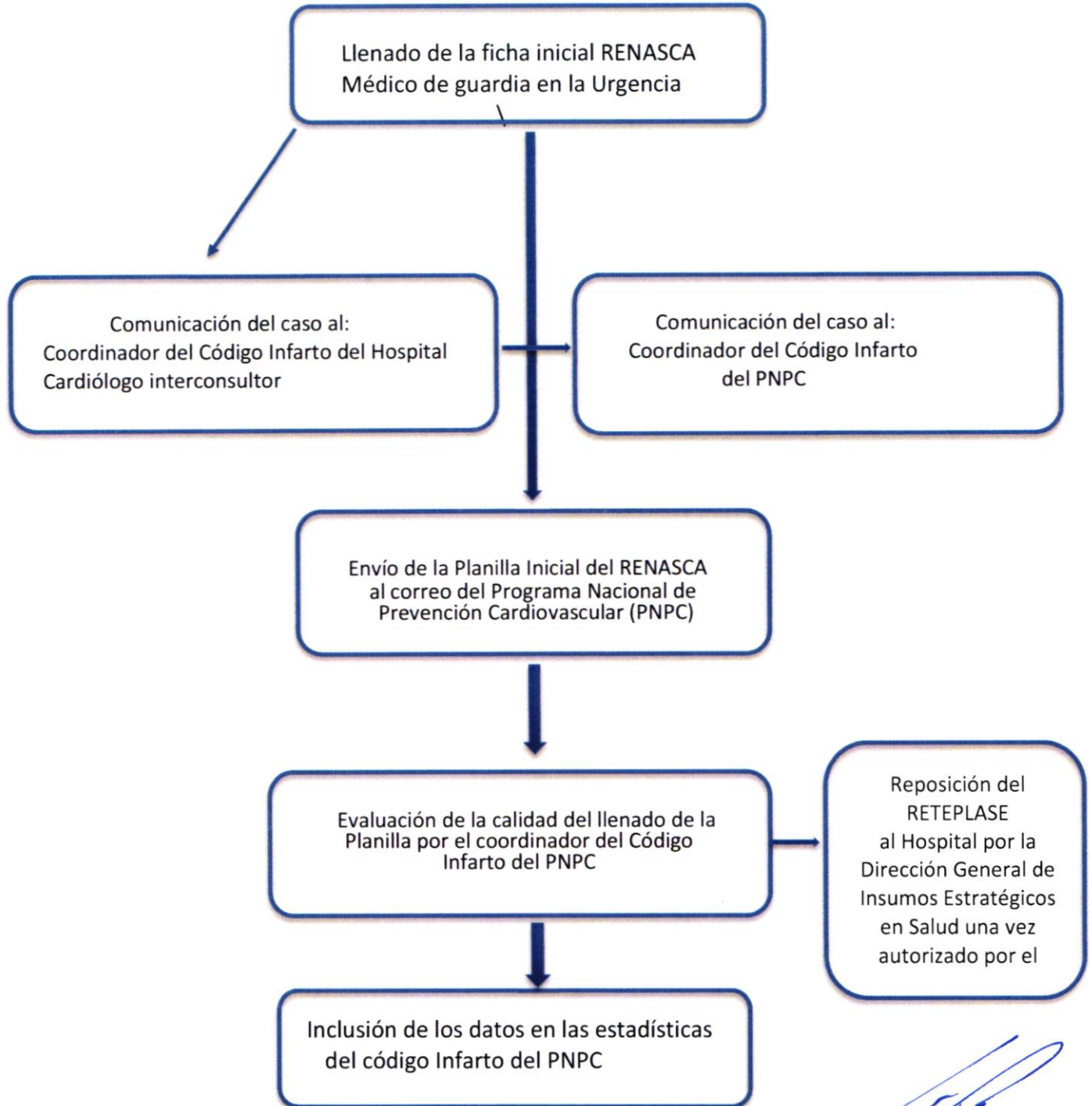
2. Nombres(s) y Apellidos(s): _____

3. N° de Registro: _____ 4. Firma, Sello:


ABOG. GUIDO R. BENZA RAGGIO
SECRETARIO GENERAL
MSPBS

FLUJOGRAMA DE MANEJO DEL INSTRUMENTO RENASCA

INGRESO DEL PACIENTE CON SCA-RENASCA INICIAL




ABOG. GUIDO R. BENZA RAGGIO
SECRETARIO GENERAL
MSPBS



MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA Y BIENESTAR SOCIAL
DIRECCIÓN GENERAL DE INFORMACIÓN ESTRATÉGICA EN SALUD - DIGIES
REGISTRO NACIONAL del SÍNDROME CORONARIO AGUDO (RENASCA)
PLANILLA INICIAL

DATOS GENERALES DEL ESTABLECIMIENTO

1. Establecimiento de Salud: _____ 2. Región Sanitaria: _____
3. Distrito: _____ 4. Fecha Ingreso: ____/____/____ 5. Hora: ____:____

I PARTE: DATOS DEL/LA PACIENTE

6. Documento de Identificación: 1. C. Identidad 2. Pasaporte N° _____ 3. No tiene 4. No se conoce
7. Apellido(s) y Nombre(s): _____ 7.1. Nombre Social: _____
8. Fecha de Nacimiento: _____ 9. Edad: _____ 10. Sexo: _____ 11. Pueblo Indígena: _____
Día _____ Mes _____ Año _____ 1. Masculino 1. No Aplica
2. Femenino 2. Aplica, especificar _____
12. Lugar de Nacimiento: 1. País _____ 2. Departamento: _____ 3. Distrito: _____
13. Estado Civil: 1. Soltero/a 2. Casado/a 3. Viudo/a 4. Unido/a 5. Separado/a 6. Divorciado/a 7. No Aplica 8. Se desconoce
14. Lugar de Residencia Habitual del/la paciente: 1. Departamento _____ 2. Distrito: _____
3. Barrio/Compañía/Asentamiento _____ 4. Área: 1. Urbana 2. Rural
5. Sector _____ 6. Manzana _____ 7. Dirección _____ 7.1 N° Casa _____
8. N° de Teléfono _____ 9. N° de Teléfono de contacto: _____
10. Residencia Ocasional _____ 11. Referencia _____
12. No se sabe

II PARTE: DATOS DE ATENCIÓN

15. Pte. Derivado de:	Marcar con X	16. Factores de riesgo Cardiovasculares	Marcar con X	17. HORA DE ECG
No		Historia familiar de IAM o ACV en familiar de 1° de menos de 55 años		
1 ^{ER} NIVEL MSPBS		HTA		
2 ^{DO} NIVEL MSPBS		TABAQUISMO		
3 ^{ER} NIVEL MSPBS		DIABETES		
IPS		HIPERLIPIDEMIA		
Sanidad Militar		OBESIDAD		
Hospital Militar		ACV PREVIO		
Policínico Policial		ENFERMEDAD VASCULAR PERIFÉRICA		
Hospital de Clínicas		SEDENTARISMO		
Centros Privados		DROGAS ILÍCITAS		
OTROS:				

18. Traslado a	Marcar con X	19. Síntoma Principal	Marcar con X	20. HORA DE INICIO DEL SÍNTOMA PRINCIPAL
NO		Dolor de pecho		
Instituto Nacional de Cardiología		Disnea		
Hospital Nacional de Itaugua		Hipotensión		
Hospital de Clínicas		Síncope		
IPS		Palpitaciones		
Centro Privado		Otros		

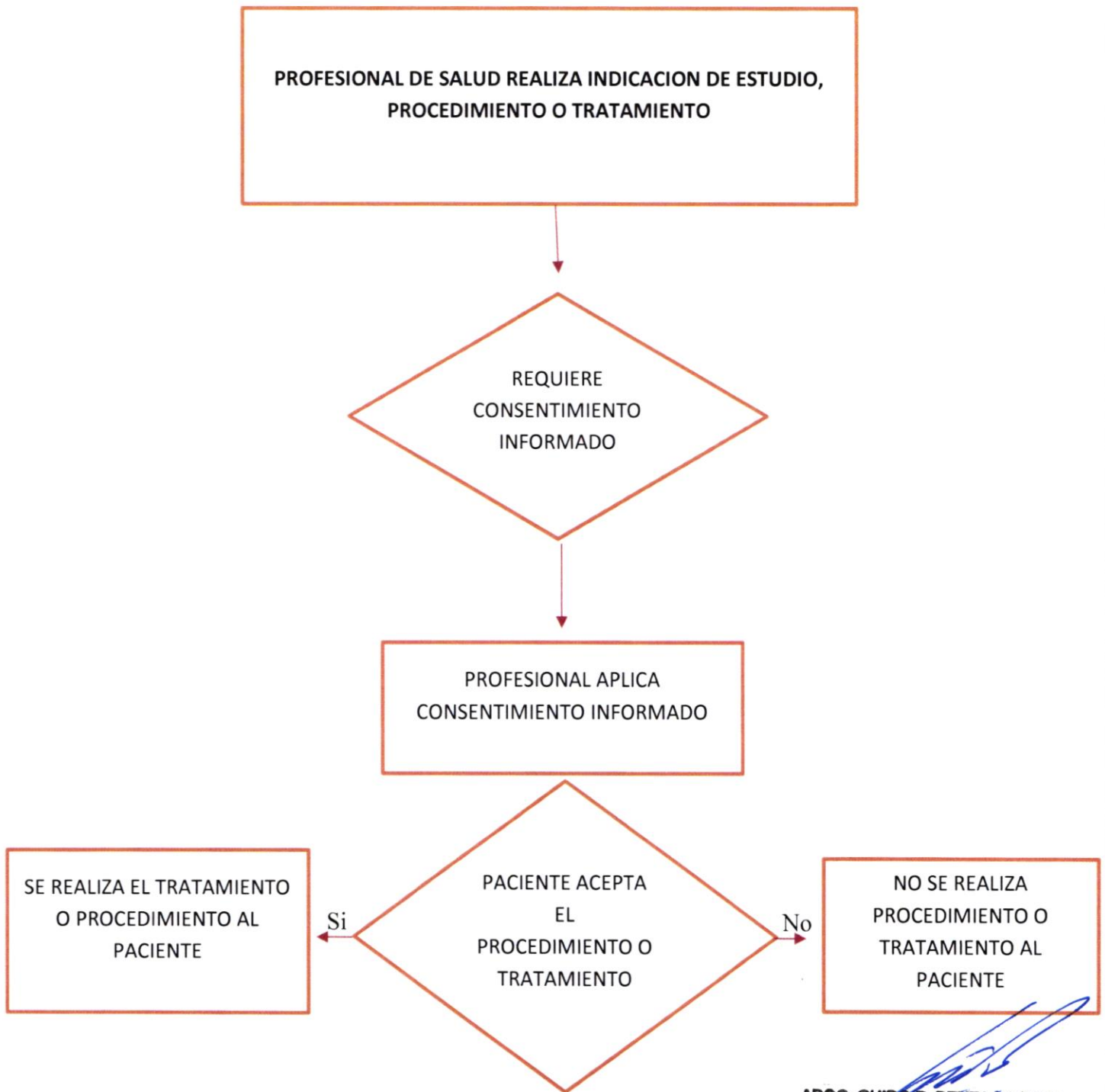
21. Primer tratamiento – Marcar con X				25. HORA DEL FIBRINO LÍTICO	
Sólo tratamiento coadyuvante <input type="checkbox"/> Aspirina 300 mg. <input type="checkbox"/> Clopidogrel 75 mg. <input type="checkbox"/> Clopidogrel 300 mg. <input type="checkbox"/> Enoxaparina 30 mg EV					
<input type="checkbox"/> Enoxaparina s/c <input type="checkbox"/> Atorvastatina 80 mg. <input type="checkbox"/> IECA <input type="checkbox"/> ARA II <input type="checkbox"/> BB					
Fibrinólisis <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> CONTRAINDICACIONES <input type="checkbox"/> FUERA DE PERIODO VENTANA <input type="checkbox"/>					
22. Criterio de reperusión	Marcar con X	23. Diagnóstico	Marcar con X	24. Complicación	Marcar con X
Si		SCAEST		Arritmia	
No		SCAEST		Insuficiencia Cardíaca	
26. Angioplastia de rescate	Marcar con X	27. Angiogramiografía	Marcar con X	28. Alta / Óbito	
Si		Si			
No		No			

III PARTE: DATOS DEL PROFESIONAL DE SALUD

29. Documento de Identificación: _____ 30. Especialidad: _____
31. Apellido(s) y Nombre(s): _____
32. Firma, Sello, N° Registro: _____

ABOG. GUIDO R. BENZA RAGGIO
SECRETARIO GENERAL
MSPBS

FLUJOGRAMA: CONSENTIMIENTO INFORMADO.



ABOG. GUIDO R. BENZA RAGGIO
SECRETARIO GENERAL
MSPBS