

DICTAMEN PRELIMINAR DE EVALUACIÓN DE TECNOLOGÍA SANITARIA N° 041-SDEPFYOTS-DETS-IETSI-2017
"EFICACIA Y SEGURIDAD DEL USO DE TICAGRELOR MÁS ASPIRINA EN PACIENTES CON SINDROME CORONARIO AGUDO (SCA) EN QUIENES SE PLANEA REALIZAR UNA INTERVENCIÓN CORONARIA PERCUTÁNEA"

ANEXO N° 2: Formato de Solicitud/autorización del uso de ticagrelor en casos de emergencia

FORMATO PARA SOLICITUD / AUTORIZACIÓN DEL USO DE TICAGRELOR EN CASOS DE EMERGENCIA (Condiciones de uso)			
APELLIDOS DEL PACIENTE		NOMBRES DEL PACIENTE	
N° HISTORIA CLINICA		FECHA - HORA PRESCRIPCIÓN	
CONDICIONES DE USO		CUMPLE	
		OBSERVACIONES / NO CONFORMIDADES	
Diagnóstico/condición de salud			
• Con elevación del segmento ST elevado, quienes se someterán a intervención coronaria percutánea primaria dentro de los 120 minutos desde el diagnóstico electrocardiográfico	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
• Sin elevación del segmento ST, con riesgo isquémico intermedio a muy alto por lo que se someterán a intervención coronaria percutánea	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
Grupo Etario: Adultos (≥18 años).	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	Precisar:
Con elevación del segmento ST elevado, quienes se someterán a intervención coronaria percutánea primaria:			
• Cuadro clínico compatible con SCA	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
• Alteración en el electrocardiograma			
Electrocardiograma con presencia de elevación ≥1 mm del ST en al menos dos derivaciones de extremidades adyacentes	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
Electrocardiograma con presencia de elevación ≥2 mm del ST en al menos dos derivaciones precordiales contiguas	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
Electrocardiograma con presencia de un bloqueo de rama del haz de His de inicio reciente.	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
• Contraindicaciones para recibir Ticagrelor	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
• Riesgo de sangrado activo	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
• Antecedente de hemorragia intracraneal	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
• Antecedente de insuficiencia hepática severa	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
• Tratamiento concomitante con anticoagulantes	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
• Antecedentes de cirugía cardíaca	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
• Antecedente de cirugía de revascularización quirúrgica previa	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
• Depuración de creatinina <30ml/min/1.73	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
• Administración previa de terapia trombolítica.	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
Sin elevación del segmento ST, con riesgo isquémico intermedio a muy alto por lo que se someterán a intervención coronaria percutánea:			
Riesgo isquémico intermedio			
Paciente con diabetes mellitus	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
Insuficiencia renal (TFG <60ml/min/1.73m ²)	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	Especificar:
FEV1 < 40% o insuficiencia cardíaca congestiva	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	Especificar:
Puntuación GRACE >109 a <140	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	Especificar:
Angina post infarto temprana	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	Especificar:
Riesgo isquémico alto			
Paciente con aumento o caída en la troponina cardíaca compatible con IAM.	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	Especificar:
Paciente con cambios dinámicos de las ondas ST (sintomáticos o silentes)	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	Especificar:
Paciente con cambios dinámicos de las ondas T (sintomáticos o silentes)	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	Especificar:
Paciente con puntuación GRACE >140.	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	Especificar:
Riesgo isquémico muy alto			
Paciente con inestabilidad hemodinámica o shock cardiogénico	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	Especificar:
Paciente con complicaciones mecánicas de IMA	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	Especificar:
Paciente con dolor torácico recurrente o continuo refractario a tratamiento médico	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	Especificar:
Insuficiencia cardíaca aguda	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	Especificar:
Arritmia que pone en peligro la vida o arresto cardíaco	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	Especificar:
Cambios dinámicos recurrentes de las ondas ST-T, particularmente elevación intermitente del ST.	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	Especificar:
• Contraindicaciones para recibir Ticagrelor	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	Especificar:
• Riesgo de sangrado activo	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	Especificar:
• Antecedente de hemorragia intracraneal	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	Especificar:
• Antecedente de insuficiencia hepática severa	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	Especificar:
• Edad >75 años	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	Especificar:
• Tratamiento concomitante con anticoagulantes	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	Especificar:
• Antecedente de cirugía cardíaca	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	Especificar:
• Antecedente de cirugía de revascularización quirúrgica previa	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	Especificar:
• Depuración de creatinina <30ml/min/1.73	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	Especificar:
• Riesgo alto de sangrado según escala CRUSADE	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	Especificar:
• Administración previa de terapia trombolítica.	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	Especificar:

Nombre y apellidos completos del médico

FIRMA Y SELLO



DICTAMEN PRELIMINAR DE EVALUACIÓN DE TECNOLOGÍA SANITARIA N° 041-SDEPFYOTS-DETS-IETSI-2017
"EFICACIA Y SEGURIDAD DEL USO DE TICAGRELOR MÁS ASPIRINA EN PACIENTES CON SINDROME CORONARIO AGUDO (SCA) EN QUIENES SE PLANEA REALIZAR UNA INTERVENCIÓN CORONARIA PERCUTÁNEA"



Información adicional debidamente documentada en el expediente del paciente de solicitud del medicamento		
• Electrocardiograma de 12 derivaciones basal.	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	
• Troponina basal y a las 12 horas	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	Especificar:
• Glucosa basal. Glucosa control en caso de pacientes diabéticos o hiperglicemia.	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	Especificar:
• Fecha y hora de inicio de síntomas:		
• Fecha y hora de llegada a establecimiento:		
• Fecha y hora de inicio de ICP.		
• Fecha y hora de inicio de tratamiento con ticagrelor		
Información debidamente documentada al término de la administración del tratamiento y al seguimiento		
• Eventos de reinfarto	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	Especificar número, fecha y hora:
• Eventos de ACV	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	Especificar número, fecha y hora:
• Eventos de muertes cardiovasculares	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	Especificar número, fecha y hora:
• Muertes totales, con fecha y hora:	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	Especificar número, fecha y hora:
• Eventos de sangrado, con fecha y hora:	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	Especificar número, fecha y hora:
• Otros eventos adversos: disnea, pausas ventriculares.	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	Especificar:
• Fecha y Hora de la suspensión de tratamiento:		
• Los eventos adversos fueron la causa de la suspensión del tratamiento	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	Especificar:

