



INSTRUCTIVO PARA GESTION DE PROCEDIMIENTOS Y DISPOSITIVOS ESPECIALES:

Form. A.3.3.1.

Sr./ Sra. Afiliado/a de OSPLAD:

Se informa a Ud. que, con el fin de realizar la solicitud de **VÁLVULA AÓRTICA PROTÉSICA** prescripto para **IMPLANTE PERCUTÁNEO** para el tratamiento de **ESTENOSIS AÓRTICA** deberá presentar en forma completa la documentación que se detalla a continuación, la cual será recepcionada en el Centro de Atención al Beneficiario del Consejo Local correspondiente, y remitida a la Gerencia de Prestaciones Médicas de la **Obra Social para la Actividad Docente**, para su análisis:

DOCUMENTACIÓN A PRESENTAR EN ORIGINAL:

1.-Resúmen de Historia Clínica firmada y sellada por médicos **Cirujano Vascular**. El mismo debe contener:

- Datos del Beneficiario** (Nombre, Apellido o codificación si correspondiere, número de beneficiario, número de documento, edad, sexo, nacionalidad).
- Antecedentes** personales, de la enfermedad y estado actual, y requerimiento del reemplazo valvular aórtico, firmado y sellado.
- Diagnóstico de certeza con detalle del fundamento terapéutico:** Pacientes con estenosis aórtica severa, sintomática, que no puedan someterse a un reemplazo valvular convencional, debido a un elevado riesgo quirúrgico (STS>10 % o Euroscore logístico >20%), o pacientes en los cuales el reemplazo valvular aórtico convencional se encuentre contraindicado por un equipo quirúrgico. Para ello deberán presentar las siguientes condiciones: Anillo aórtico entre 18 y 29 mm; expectativa de vida mayor a 1 año (ausencia de enfermedades terminales o severas sin posibilidad de curación); no presentar trombos en ventrículo izquierdo, endocarditis ni condiciones con alto riesgo de obstrucción del ostium coronario; no presentar válvula aórtica bicúspide; e) fracción de eyección mayor al 20%.

2.-Solicitud del Implante percutáneo de la Válvula Aórtica Protésica: donde conste el requerimiento del mismo, con los datos del beneficiario, diagnóstico, y fecha de prescripción, firmado y sellado por el Jefe del Equipo Vascular.

3.-Consentimiento Informado, firmado por médico especialista y el paciente o su representante.

DOCUMENTACIÓN A PRESENTAR EN FOTOCOPIA:

1.- Estudios complementarios realizados que avalen la indicación:

- Ecocardiograma doppler color.
- Ecocardiograma Transesofágico
- Ergometría (si corresponde).
- Estudio hemodinámico (si corresponde).
- Estudio de Perfusión Miocárdica (si corresponde).
- Estudios de laboratorio.
- Determinación del riesgo quirúrgico por STS o Euroscore Logístico.

Nota: la documentación a presentar será evaluada por la Gerencia de Prestaciones Médicas, quien podrá solicitar ampliación de documentación. Su recepción no implica la aprobación del tratamiento indicado.