Un aporte bien hecho

PROTOCOLO ARRITMIAS VENTRICULARES - PREVENCIÓN DE MUERTE SÚBITA CARDÍACA

VIGENCIA **ABRIL 2023**

Fecha: ...../..... /.....

DATOS PERSONALES

Apellido y Nombre: .....

Mail: .....Tel.:.....

DNI: ..... Edad: .....

FUNDAMENTO DIAGNÓSTICO Y TERAPÉUTICO

Fecha de diagnóstico: ...../..... /.....

Prevención Secundaria:

- ☐ Paciente reanimado de taquicardia ventricular sostenida (TVS) / fibrilación ventricular (FV) con inestabilidad hemodinámica o Paro Cardiorrespiratorio, independientemente de la etiología, pero fuera del contexto de una causa reversible.
- ☐ Enfermedad cardíaca estructural, independiente del grado de deterioro de la función sistólica ventricular izquierda (FSVI) y TVS espontánea, ya sea hemodinámicamente estable o inestable.
- ☐ Síncope de origen no determinado con TV o FV clínicamente relevante y sostenida y hemodinámicamente significativa inducida en el estudio electrofisiológico.

Prevención Primaria:

- ☐ Fracción de eyección ventricular izquierda (FEVI) = 35% debido a infarto de miocardio previo, al menos 40 días antes o miocardiopatía dilatada (MCPD) no isquémica, clase funcional New York Heart Association (NYHA) II o III, bajo tratamiento médico óptimo (debe incluir salvo contraindicaciones inhibidores de enzima convertidora de angiotensina —IECA—, betabloqueantes, antialdosterónicos).
- ☐ Disfunción ventricular Izquierda debido a IAM previo por lo menos 40 días antes, FEVI =30%, clase funcional NYHA I - Displasia del ventrículo derecho arritmogénica/cardiomiopatía, con uno o más factores de riesgo para la muerte súbita.
- ☐ Síndrome QT largo, experimentando síncope y/o TV mientras recibe betabloqueantes.
- ☐ Paciente no hospitalizado como puente a recibir un trasplante cardíaco.
- ☐ Síndrome de Brugada con síncope, TV sostenida u otros factores de riesgo asociados (muerte súbita familiar, inducción TV/FV en estudio electrofisiológico).
- ☐ TV polimórfica catecolaminérgica con síncope y/o TV sostenida documentada durante tratamiento con betabloqueantes.
- ☐ Enfermedad de Chagas
- ☐ TV sostenida y sintomática con cardiopatía congénita. - Síncope recurrente de origen desconocido con cardiopatía congénita en presencia de disfunción ventricular.
- ☐ Miocardiopatía hipertrófica definida y alguno de los siguientes antecedentes:
  - ☐ Antecedente personal de muerte súbita o taquicardia ventricular sostenida;
  - ☐ Historia de muerte súbita relacionada a la miocardiopatía hipertrófica (MCH) en al menos un familiar en primer grado;
  - ☐ Haber experimentado al menos un episodio sincopal reciente;
  - ☐ Hipertrofia masiva del ventrículo izquierdo (espesor parietal máximo igual o mayor de 30 mm);
  - ☐ Detección de taquicardia ventricular sostenida (TVNS) en el registro ambulatorio de Holter;
  - ☐ Respuesta hipotensiva o plana de la presión arterial durante el ejercicio (incremento de la presión arterial menor a 25 mm Hg).

Firma y Sello:

Un aporte bien hecho

PROTOCOLO ARRITMIAS VENTRICULARES - PREVENCIÓN DE MUERTE SÚBITA CARDÍACA

RESUMEN DE HISTORIA CLÍNICA (Detallar antecedentes, ampliar fundamentos diagnóstico y fundamento del uso de la tecnología requerida, tratamientos previos recibidos, etc)

INDICACIÓN MÉDICA (Pedido de insumos para la resolución de la patología)

INSTITUCIÓN Y FECHA POSIBLE DE PRÁCTICA

Apellido y Nombre:_____

Matrícula nacional N°:_____ Matrícula provincial: N°:_____

Mail:_____

Firma y Sello:

Un aporte bien hecho

INSTRUCTIVO ARRITMIAS VENTRICULARES- PREVENCIÓN DE MUERTE SÚBITA CARDÍACA

Estimado/a Afiliado/a: Por medio de la presente se informa su pedido médico deberá cumplir con los siguientes requisitos:

• Protocolo Aneurisma Arritmias Ventriculares - Prevención de muerte súbita cardíaca original o en copia, completo en todos los campos con detalle de Resumen de historia clínica.

• Prescripción médica original/copia. La indicación debe ser efectuada por nombre genérico, sin sugerir marca, también debe contar con datos filiatorios, diagnóstico, fecha vigente, firma y sello del médico tratante. El pedido debe gestionarse con una anticipación mínima de 10 días hábiles.

• Copia de informe de estudios avalatorios de la patología.

• En el caso particular de discapacidad, deberá adjuntar la copia del certificado correspondiente.

• Podrá realizar la presentación digital a la casilla protesis-ame@ospoce.com.ar indicando nombre completo y número de DNI, los archivos deben ser escaneados en formato PDF, de manera clara y legible, no se aceptan fotos.

• En caso de realizar la solicitud vía mail, deberá conservar los originales ya que eventualmente podrán ser requeridos por la Superintendencia de Servicios de Salud.

• La solicitud de la prótesis debe ser hecha con la suficiente antelación para permitir la entrega del material en tiempo y forma, la Obra Social no se responsabilizará por los pedidos entregados sobre la fecha de intervención.

No se recibirá ni tramitará solicitud alguna que no cumplan estrictamente con los requisitos indicados en el presente instructivo.
La recepción de la documentación no implica conformidad de lo solicitado.

CONFORMIDAD DEL PACIENTE

Nombre y Apellido o SIGLA:_____ Firma: _____

Mail de contacto: _____ Teléfonos de contacto:_____