

FORMULARIO DE REALIZACIÓN DE IMPLANTE DE VÁLVULA AÓRTICA TRANSCATETER (TAVI)

Nombre del paciente _____ C.I. _____

Edad: _____ años. Sexo: Femenino Masculino IMAE _____

Fecha de realización: ___/___/___

Médico: N° de caja profesional _____ Dr. _____

Ayudante: N° de caja profesional _____ Dr. _____

ESTADO AL ALTA:

VIVO Fecha de alta del IMAE: ___/___/___ Pasa a: Sanatorio Domicilio

FALLECIDO Fecha de fallecimiento: ___/___/___

Causa: CV Sangrado Neurológica Sepsis

Otra causa. Especificar: _____

Lugar: Sala de hemodinamia CTI/UCI Sala

DATOS DEL PACIENTE

Peso _____, _____ kg Altura _____ cm

Condición clínica: Hemodinamia estable Hemodinamia inestable con requerimiento de vasopresores

PROCEDIMIENTO REALIZADO

Vía de abordaje: Femoral Trans aórtica Trans apical Otra

Anestesia general: No Si

Cierre de acceso vascular percutáneo (proglide): No Si

Duración (min): _____

ECOGARDIOGRAMA POST TAVI

Gradiente pico post TAVI (mmhg): _____ Gradiente medio post TAVI (mmhg): _____

¿Insuficiencia valvular Aortica post implante? No Si

Grado: Leve Moderada Severa

Volumen regurgitante (ml/latido): < 30 30-59 >= 60

Fracción regurgitante (%): < 30 30-49 >=50

Orificio regurgitante efectivo (cm²): 0-0,10 0.10-0.29 >= 0.3

COMPLICACIONES: No Si

Cardiovasculares: No Si

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Marcapaso definitivo | <input type="checkbox"/> Fibrilación auricular nueva |
| <input type="checkbox"/> IAM | <input type="checkbox"/> Taponamiento cardíaco |
| <input type="checkbox"/> Derrame pericárdico | <input type="checkbox"/> Perforación cardíaca |
| <input type="checkbox"/> Rotura de anillo | <input type="checkbox"/> Pseudoaneurisma |
| <input type="checkbox"/> Obstrucción ostium coronarios | <input type="checkbox"/> Endocarditis |
| <input type="checkbox"/> PCR | <input type="checkbox"/> Otra. Especifique: _____ |

Vinculadas con el dispositivo: No Si

- Desplazamiento del dispositivo en el anillo valvular
 Embolización del dispositivo hacia la Aorta
 Otra. Especifique: _____

Nefrológicas: No Si

- Insuficiencia renal aguda.
 Enfermedad renal crónica agudizada.
 Otra. Especifique: _____

Valor creatinina post TAVI (mg/dl): _____ Requirió diálisis: No Si

Neurológicas: No Si

- ACV
 AIT
 Otra. Especifique: _____

Sangrados: No Si

- Riesgo vital inmediato
 Mayor (requiere transfusión de hemoderivados)
 Menor

Vasculares: No Si

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Hematoma | <input type="checkbox"/> Disección de aorta |
| <input type="checkbox"/> Pseudoaneurisma | <input type="checkbox"/> Ruptura aórtica |
| <input type="checkbox"/> Isquemia de MMII | <input type="checkbox"/> Isquemia con daño de órgano |
| <input type="checkbox"/> Otra. Especifique _____ | |

Otras complicaciones: No Si

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Shock hipovolémico | <input type="checkbox"/> Sepsis |
| <input type="checkbox"/> Neumonía | <input type="checkbox"/> Infección de piel y partes blandas |
| <input type="checkbox"/> Otra/s. Especifique _____ | |

Procedimiento de urgencia por complicación/es? No Si

- Cirugía cardíaca
 Cirugía vascular
 Nuevo implante valvular transcatóter (valve in valve)
 Otro procedimiento. Especifique _____

DISPOSITIVOS UTILIZADOS:

NO

SI

Dispositivo	Sticker del Dispositivo
	Sticker

ACCESORIOS UTILIZADOS:

NO

SI

Accesorio	Sticker del accesorio	Cantidad
	Sticker	

CONSIDERACIONES: