

Provincia de Buenos Aires
INSTITUTO DE OBRA MEDICO ASISTENCIAL
IOMA
Resolución 450/07

La Plata, 30 de mayo de 2007.

VISTO el expediente N° 2914-1919/05 alc. 2/05, y sus agregados sin acumular N° 2914-21214/03, 2914-21235/03, 2914-21236/03, 2914-1900/05 y 2914-3012/05, iniciado por la DIRECCIÓN GENERAL DE PRESTACIONES, caratulado "REF. PROPUESTA PARA LA AGILIZACION Y SIMPLIFICACION DE LOS TRAMITES PRESTACIONALES QUE DEBEN SER RESUELTOS POR EL H.D. (DIRECCION AUD. Y FISC. MEDICO AMBULATORIA SOLICITA NORMALIZACION PRACTICAS SOLICITADAS FRECUENTEMENTE POR VIA DE EXCEPCION BAJO MODALIDAD DE REINTEGRO O AUTORIZACION)", y

CONSIDERANDO:

Que tratan las presentes actuaciones de la propuesta elaborada por la Dirección de Auditoría y Fiscalización Médico Ambulatoria, de fojas 90 a 114, tendiente a la modificación de los actuales valores de las prácticas incluidas en la Resolución N° 2285/05, como así también, de la inclusión de nuevos estudios y/o prácticas en la citada resolución, conforme resulta de los anexos 1, 2 y 3 proyectados al efecto;

Que la propuesta se funda en la necesidad de reformular los valores correspondientes a las prácticas incluidas en la resolución citada, a fin de adecuarlos a los actuales valores de mercado, como así también, de incorporar – normatizar – una serie de estudios y/o prácticas que hoy se reconocen por la vía del trámite de excepción, pero cuyo incremento torna aconsejable su inclusión en la citada resolución;

Que las prácticas que se contemplan en la norma bajo análisis, sus valores, y los que aquí se propician, son los siguientes: 1) colocación de Port a Cath, pesos quinientos (\$500) y pesos quinientos (\$500); 2) ecoendoscopia, pesos cuatrocientos (\$400) y pesos quinientos cincuenta (\$550); 3) manometría esofágica y anorectal, pesos doscientos cuarenta (\$240) y pesos trescientos (\$300); 4) PH metría (incluye sonda), pesos trescientos (\$300) y pesos cuatrocientos cincuenta (\$450); 5) test del aire espirado, pesos cien (\$100) y pesos cien (\$100); 6) prueba de la marcha de los seis minutos, pesos cincuenta (\$50) y pesos cincuenta (\$50); 7) difusión de monóxido de carbono, pesos setenta (\$70) y pesos setenta (\$70); 8) prueba del ejercicio cardiopulmonar, pesos doscientos sesenta (\$260) y pesos doscientos sesenta (\$260); 9) volúmenes pulmonares por pletismografía, pesos treinta y uno (\$31) y pesos treinta y uno (\$31); 10) resistencia y conductancia de las vías aéreas, pesos cuarenta (\$40) y pesos cuarenta (\$40); 11) resonancia magnética nuclear cardíaca, pesos seiscientos (\$600) y pesos setecientos cincuenta (\$750); 12) angiotac (incluye honorarios y gastos, contraste yodado, con o sin reconstrucción 3D), pesos cuatrocientos cincuenta (\$450) y pesos seiscientos cincuenta (\$650); 13) resonancia magnética nuclear con espectroscopia, pesos seiscientos (\$600) y pesos setecientos cincuenta (\$750);

Que las prácticas cuya incorporación se propicia, son: mamotone, video deglución, videodefecografía, histeroscopia diagnóstica, criocirugía de cuello uterino y/o vulva, rehabilitación cardiovascular, ecoendoscopia radial, polisomnografía nocturna con oximetría de pulso continua, prueba de titulación de presión positiva continua (CPAP), estudio simplificado para evaluación de apneas del sueño, módulo de polisomnografía más titulación de CPAP, y tomografía con reconstrucción 3D;

Que se han expedido a fojas 119 y 120 la Dirección General de Prestaciones y la Dirección General de Administración respectivamente, quienes comparten la modificación propiciada, estimando esta última – en base al informe de fojas 117 -,

que dicha propuesta no comportará un impacto económico financiero, al operarse una compensación en el consumo, ello por la disminución de los trámites de excepción y en la medida que se mantengan las actuales tasas de uso;

Que la Dirección de Relaciones Jurídicas no formuló observaciones de índole jurídica, por resultar ajenas a la competencia de dicha dirección todas aquellas cuestiones vinculadas a la oportunidad, mérito y/o conveniencia de los incrementos de valores e inclusiones de estudios y/o prácticas propuestas;

Que a fojas 122 y vuelta, la Dirección de Gestión Institucional considera que se han cumplido los recaudos formales que ameritan el sometimiento de estas actuaciones a tratamiento del Alto Cuerpo Colegiado de este organismo, por intermedio de la Presidencia, el que de compartir los fundamentos vertidos por las distintas áreas preopinantes, podrá disponer la modificación de la Resolución N° 2285/05, sustituyendo los actuales Anexos 1, 2 y 3 de la misma, por los proyectados a fojas 90/114 por la Dirección de Auditoría y Fiscalización Médico Ambulatoria;

Que conforme surge de fojas 123, el Honorable Directorio en su reunión de fecha 16/05/07, según consta en Acta N° 20, RESOLVIÓ modificar la Resolución N° 2285/05, sustituyendo los Anexos 1, 2 y 3 de la misma, por los proyectados a fojas 90/114 por la Dirección de Auditoría y Fiscalización Médico Ambulatoria, que como Anexos 1, 2 y 3 formarán parte del acto administrativo a dictarse;

Que la presente medida se dicta en uso de las atribuciones conferidas por el Decreto N° 7881/84, reglamentario de la Ley N° 6982, en su art. 7, inc. d) y g).

Por ello,

EL HONORABLE DIRECTORIO DEL INSTITUTO DE OBRA MEDICO ASISTENCIAL DE LA PROVINCIA DE BUENOS AIRES, RESUELVE:

ARTICULO 1°. Modificar la Resolución N° 2285/05, sustituyendo los Anexos 1, 2 y 3 de la misma, por los proyectados a fojas 90/114 por la Dirección de Auditoría y Fiscalización Médico Ambulatoria, que como Anexos 1, 2 y 3 forman parte de la presente. Ello, de conformidad con los considerandos que anteceden.

ARTICULO 2°. Registrar. Pasar a las Direcciones Generales y demás direcciones intervinientes del Instituto, para su conocimiento. Publicar. Cumplido, archivar.

Alberto Javier Mazza
Presidente I.O.M.A.

Anexo 1

Colocación de Port a Cath	\$500
Ecoendoscopia	\$550
Ecoendoscopia radial	\$1500
PH metría (incluye sonda)	\$450
Test del aire espirado	\$100
Prueba de la marcha de los 6 minutos	\$50
Difusión de monóxido de carbono	\$70
Prueba del ejercicio cardiopulmonar	\$260

Volúmenes pulmonares por pletismografía	\$31
Resistencia y conductancia de las vías aéreas	\$40
Resonancia Magnética Nuclear Cardíaca	\$750
Angiotac (incluye Honorarios y Gastos, contraste Iodado, con o sin reconstrucción 3D)	\$650
Resonancia Mag. Nuclear c/espectroscopia	\$750
Mammotone	\$700
Videodeglución	\$150
Videodefecografía	\$150
Histeroscopia diagnóstica	\$250
Criocirugía de cuello uterino y/o vulva	\$150
Rehabilitación Cardiovascular (por 3 meses)	\$154,80
TAC 3D	\$500
Polisomnografía Nocturna c/ Oximetría de Pulso continua	\$450
Prueba de titulación de presión Positiva Continua (CPAP)	\$500
Estudio Simplificado para Evaluación de Apneas del Sueño	\$400
Módulo de Polisomnografía más Titulación de CPAP	\$650

Anexo 2

COLOCACION DE PORT A CATH

El Port a cath es un dispositivo para percusión de sustancias y/o medicamentos.

La técnica consta básicamente de dos pasos

- 1) Canalización venosa y colocación de catéter.
- 2) Confección de bolsillo sub dérmico y fijación del reservorio.

Requisitos para acceder:

- Orden médica.
- Historia Clínica bien detallada, justificando la patología del paciente y realización de la práctica o del tratamiento según lo indicado.
- Para el caso de solicitud por autorización, adjuntar presupuesto indicando todo lo incluido en la práctica o tratamiento.
- Para el caso de solicitud por reintegro adjuntar Recibo o Factura B o C emitida por el profesional actuante y fotocopia del informe del tratamiento o práctica realizada.
- Fotocopia del DNI del afiliado directo y del paciente.
- Fotocopia del carnet del IOMA del afiliado directo y del paciente.
- Fotocopia del último recibo de haberes para el caso de afiliados obligatorios.
- Fotocopia del comprobante de pago de la última cuota si se trata de afiliados

voluntarios.

-Estudios previos.

-Verificación afiliatoria por parte de la Dirección Regional.

ECOENDOSCOPIA.

La ultrasonografía endoscópica (USE) es un procedimiento que combina las dos técnicas que más han contribuido al avance de la Gastroenterología, la Endoscopia y la Ecografía. Originalmente se ideó para visualizar aquellas áreas no visibles en la ecografía convencional. Es posible gracias a que el endoscopio lleva incorporado un ecógrafo en la punta de tal forma que permite la visión endoscópica normal y la visión mediante ecografía de todo el entorno. Pero debido a su eficacia, sus indicaciones se han ido ampliando, actualmente posee una serie de indicaciones diagnósticas establecidas que la hacen superior a otras técnicas de imagen.

INDICACIONES GENERALES

-Identificación y estadificación de tumores gastrointestinales, tanto en el grado de infiltración parietal (estadificación T), como en la detección de adenopatías (estadificación N).

-Estudio de compresiones extrínsecas.

-Pliegues gástricos engrosados.

MANOMETRIA ESOFAGICA Y ANORECTAL

Es una técnica que comprende la colocación de una sonda compuesta de tres a ocho catéteres de pequeño calibre reunidos, el diámetro de la sonda es de 5 cm, para permitir mediciones en varios sitios del esófago al mismo tiempo. Cada catéter se perfunde con agua de un dispositivo de percusión de baja distensibilidad. También se encuentran disponibles las sondas manométricas que contienen pequeños transductores colocados a intervalos de 3 a 5 cm, este sistema tiene una excelente fidelidad de registro y tolerancia del paciente. El estudio se lleva a cabo con el paciente en ayunas, posición supina, no se emplean sedantes porque pueden afectar la deglución e interferir en los resultados manométricos.

INDICACIONES.

-Trastornos motores del cuerpo esofágico.

-Trastornos motores del esfínter esofágico inferior.

MANOMETRIA ANAL-ANORECTAL

Es un estudio que utiliza un sistema de activación de microtransductores que determinan las presiones basal y de contracción del canal anal.

INDICACIONES.

- Incontinencia fecal: *Por enfermedades neurológicas
- *Por enfermedades del músculo esquelético.
- *Por disfunción del músculo liso.
- *Por alteraciones anatómicas.

-Megacolon

PH METRIA DE 24HS.

El monitoreo ambulatorio del ph esofágico de 24 hs, es confiable y útil para proporcionar la información clínica pertinente.

Se coloca una sonda para ph, a 5 cm por encima del esfínter esofágico inferior, el reflujo se define como una caída del ph esofágico a menos de 4.

Este procedimiento permite el monitoreo de la actividad fisiológica en las posiciones erecta y supina durante la vigilia y el sueño en ayuna y después de comer.

INDICACIONES.

- Sospecha de enfermedad por reflujo.
- Para evaluar tratamiento farmacológico prescrito para la EPRGE.
- Estudio previo a la cirugía antirreflujo.
- Dolor torácico atípico.
- Disfonía.

TEST DEL AIRE ESPIRADO.

El aparato necesario para realizar las determinaciones del Test del aire espirado con Urea marcada con el C-13, es un espectrómetro de masas preparado para la determinación de muestras gaseosas. En la atmósfera existen C-12 en una fracción predominante del 98,9%, con un pm de 44 y una pequeña cantidad de C-13 del orden del 1,1% y un pm de 45, cuya proporción aumenta en los pacientes infectados y que este aparato es capaz de cuantificar.

La interpretación del resultado del test con urea marcada con C-13, corresponde a la diferencia obtenida de la medición de la radioactividad entre la muestra postdosis y la basal, expresándose como exceso de unidades Delta-C13, de manera que el paciente es positivo cuando la diferencia es mayor del 5 por mil (0,0055 átomos de exceso), que discrimina perfectamente entre pacientes infectados y no infectados o erradicados.

INDICACIONES

- Para determinar la eficacia del tratamiento y seguimiento en la erradicación del Helicobacter Pylori.

PRUEBA DE LA MARCHA DE LOS 6 MINUTOS.

Los parámetros fisiológicos que califican la severidad de una enfermedad, en el compromiso pulmonar y cardíaco, pueden no caracterizar adecuadamente el grado de

discapacidad funcional. Una alternativa para establecer la tolerancia al ejercicio y evaluar el estado funcional del paciente para realizar las tareas de la vida diaria son las pruebas de marcha cronometradas.

Se cuantifica la distancia máxima que el paciente es capaz de recorrer en un período de tiempo, con monitoreo de la frecuencia cardíaca, saturación arterial de oxígeno y valoración subjetiva del nivel de esfuerzo percibido.

CRITERIOS DE EXCLUSION

- Saturación de oxígeno <90%
- Trastornos músculo esqueléticos.
- Trastornos psiquiátricos.
- Angina inestable.
- Hipertensión arterial inestable.
- Arritmia no controlada.

INDICACIONES.

- EPOC.
- Enfermedades intersticiales pulmonares.
- Rehabilitación cardio-pulmonar.
- Valoración pre-operatoris de resección pulmonar.
- Cirugía de reducción de volumen.
- Insuf. Cardíaca.
- Evaluación pre-transplante cardíaco y/o pulmonar.
- Titulación de oxigenoterapia.

CAPACIDAD DE DIFUSION DE MONOXIDO DE CARBONO (DLCO).

Se utiliza en el diagnóstico de una variedad de enfermedades. Valora el intercambio de gases y se usa para valorar la capacidad pulmonar para dicho intercambio, siendo útil en enfermedades respiratorias obstructivas y restrictivas.

También fibrosis pulmonar idiopática y sarcoidosis. Observa la respuesta a intervenciones médicas y/o quirúrgicas.

Es la transferencia de un gas de difusión limitada (CO) a través de la membrana alvéolo-capilar (mlCO/min).

INDICACIONES:

- Enfermedades restrictivas.
- Pérdida o reemplazo de tejido pulmonar (tumores, lesiones, reseciones).
- Edema pulmonar.
- Cirugías.
- Intervenciones médicas por enfermedades cardio-pulmonares, bullas.
- Enfermedades vasculares del pulmón (hipertensión pulmonar primaria, embolismo pulmonar).

- Neumonitis por radioterapia.
- Neumonitis por drogas (amiodarona, bleomicina).
- EPOC.
- Asma.

PRUEBA DE EJERCICIO CARDIO-PULMONAR.

Dentro de los síntomas que llevan a la consulta a los pacientes con enfermedades respiratorias, la disnea ocupa un lugar preponderante. A diferencia de otras pruebas de función pulmonar, esta permite establecer el origen y mecanismo de la misma.

Consiste en una prueba de ejercicio con medición del intercambio ventilatorio, cuya finalidad diagnóstica es determinar:

Intolerancia al ejercicio y sus mecanismos.

Medición de volúmenes ventilatorios y oxigenación (consumo).

La respuesta normal al ejercicio es muscular, metabólica, respiratoria y cardiovascular.

INDICACIONES.

- Diagnóstico diferencial de intolerancia al ejercicio.
- Estimación de volumen minuto en el ejercicio.
- Evaluación de incapacidad.
- Prescripción de rehabilitación a través del ejercicio.
- Evaluación de riesgo pre-operatorio.
- Pre-transplante cardíaco.
- Evaluación de respuesta al tratamiento.
- Detección precoz de enfermedades.
- Medicina del deporte.

CONTROLES DURANTE LA PRUEBA.

- Tensión arterial por minuto.
- Saturación de oxígeno.
- Monitoreo electrocardiológico continuo.
- Escala de Borg por minuto.
- Frecuencia respiratoria.
- Síntomas.

PRELIMINARES.

- Espirometria y máxima ventilación voluntaria.
- Monitoreo electrocardiográfico.
- Oximetría.
- Máscara bucal.
- Esfigmomanómetro.
- Bicicleta.

VOLUMENES PULMONARES POR PLETISMOGRAFIA.

También llamados volúmenes pulmonares estáticos, incluyen el volumen residual (VR) o la cantidad de aire que queda en el pulmón después de una espiración máxima, capacidad residual funcional (CRF) que es el aire que permanece en el pulmón a nivel del reposo respiratorio y capacidad pulmonar total (CPT) o la cantidad máxima de aire que puede contener el pulmón y corresponde a la suma de la capacidad vital más el volumen residual.

Existen tres métodos para medir los volúmenes pulmonares absolutos con diferencias fundamentales entre ellos. El método de dilución de gases mide el volumen de gas comunicable con las vías aéreas. El método pletismográfico, considerado el más preciso, estima el volumen de gas compresible dentro del tórax y por lo tanto la presencia de espacios aéreas mal ventilados no afectan su medición. Por último, el método radiográfico estima el volumen total de aire contenido dentro de la caja torácica, diafragma y mediastino, a partir de una radiografía simple de tórax.

Los valores comunicados por estas tres técnicas no difieren sustancialmente en sujetos normales, aunque por lo general con las técnicas de dilución se pueden observar cifras hasta 400ml inferiores a las obtenidas con el Pletismógrafo. Sin embargo estas cifras pueden variar considerablemente en patología y en especial en las enfermedades con limitación crónica al flujo aéreo, donde existen áreas que no se comunican con la vía aérea o lo hacen de forma muy parcial. En estos casos, los métodos de dilución subestiman el volumen absoluto en comparación con los otros dos métodos.

En general, el volumen residual y capacidad pulmonar total se encuentran aumentados en las enfermedades obstructivas intratorácicas con una relación VER/CPT. Superior al 30%, que es habitualmente observado en sujetos sanos. En las enfermedades restrictivas, en cambio, lo común es observar una disminución de la capacidad pulmonar total.

INDICACIONES.

- Determinar la progresión y severidad de las enfermedades respiratorias.
- Respuesta al tratamiento. La medición del volumen pulmonar puede ser particularmente útil en los pacientes asmáticos quienes, como respuesta al tratamiento, pueden presentar una gran disminución del volumen residual y capacidad residual funcional que no necesariamente se refleja en mejoría del VEF1, aunque si experimentan alivio sintomático. En oposición a ellos, otros pacientes responden con una mejoría de los flujos espiratorios sin grandes variaciones de volumen.
- Detección precoz de enfermedad bronquial.
- Medición del espacio aéreo no comunicable.
- Caracterización de diferentes enfermedades restrictivas.

RESISTENCIA DE LA VIA AEREA.

La resistencia de la vía aérea (Raw) es la dificultad que opone la vía aérea al flujo de aire, desde la atmósfera hasta el alvéolo, se mide en cm H₂O/l/s.

La medición de la resistencia de la vía aérea en un Pletismógrafo corporal fue introducida por Dubois et al en 1.956. Este equipo no solo sirve para medir la Raw sino que además permite medir el volumen de gas torácico en forma rápida y precisa. Pero es un instrumento de muy alto costo y técnicamente sofisticado, de tal manera que no está al alcance de la mayoría de nuestros hospitales.

Para medir la resistencia en el Pletismografo, que es una cabina herméticamente cerrada, el paciente debe jadear superficialmente contra una válvula solenoide que está conectada un neumotacógrafo y un transductor de presión. De esta manera se registra el flujo en la boca y los correspondientes cambios cíclicos de presión en el Pletismógrafo. Como la Raw varía con el volumen pulmonar (a menor volumen mayor resistencia de vía aerea) en una relación hiperbólica, es frecuente usar el recíproco de la Raw o conductancia (Gaw= 1 Raw) que se relaciona con el volúmen en forma lineal. Mejor aún, para que los valores sean comparables en un mismo individuo o en diferentes sujetos se usa la conductancia específica (sGaw), donde el valor de conductancia observada se relaciona con el volumen absoluto en el cual fue medido. El volumen de gas torácico, que corresponde a la capacidad residual funcional, se puede medir basándose en la ley de Boyle que establece que la presión x volumen es constante (PV=K). Los cambios de presión se miden en la boca con la vía aérea ocluida y los cambios de volumen se miden indirectamente a través de las variaciones de presión en el Pletismógrafo.

INDICACIONES.

- Diagnóstico o confirmación de enfermedad bronquial obstructiva.
- Evaluación de la respuesta a un tratamiento (ej. Broncodilatadores)
- Evaluación de la respuesta a la provocación bronquial. Frente a una terapia o provocación bronquial determinada, se acepta como respuesta significativa un cambio de 75% del valor basal de Raw.
- Localización del lugar principal de la limitación al flujo aéreo. Como la vía aérea central contribuye aproximadamente con el 80% de la resistencia de la vía aérea se ha sugerido que esta prueba es útil para localizar aquellas enfermedades que producen obstrucción de la vía aérea superior o central, que tiende a elevar más la Raw que aquellas patologías que cursan con obstrucción de la vía aérea periférica.

RESONANCIA MAGNETICA NUCLEAR CARDIACA.

Es la RMN convencional con la utilización de bobina y software especiales para dicha práctica.

INDICACIONES.

- Displasia arritmogénica del ventrículo derecho.

-Taquicardia ventricular derecha idiopática.

-Sospecha de cardiopatía congénita.

ANGIOTAC

Se utiliza la TAC helicoidal convencional y posteriormente se realiza la serie contrastada que, a diferencia de una TAC con contraste utiliza bomba inyectora con mayores volúmenes de contraste yodado hiposmolar. Se puede utilizar o no la reconstrucción 3D.

INDICACIONES.

-En el estudio de los aneurismas de aorta.

-Control posquirúrgico de endoprótesis.

RMN CON ESPECTROSCOPIA.

Es un análisis o mapa metabólico o químico de un área orgánica específica, realizado con técnicas de RMN.

Se efectúa una corrida química que provee una medición cuantitativa y una localización regional de las sustancias o metabolitos contenidos en el área examinada.

Los metabolitos actúan como marcadores endógenos que caracterizan los tejidos normales y patológicos.

El trazo se proyecta en un sistema de coordenadas y esta formado por una curva compuesta por picos cada uno de los cuales representa una sustancia o metabolito.

La imagen espectroscópica tiene una baja resolución anatómica por lo que debe ser superpuesta a imágenes anatómicas con cortes de RMN.

Hay dos técnicas: -Monovoxel: se utiliza en una zona determinada.

-Multivoxel: estudia una sección más extensa. Es más sensible que la anterior.

INDICACIONES.

-Encefalopatía hepática: se utiliza para evaluar la encefalopatía hepática subclínica en pacientes que van a ser transplantados.

-Demencia/Alzheimer.

-Encefalopatía hipóxica: en niños que se ahogan por inmersión. Indica pronóstico.

-Diagnóstico diferencial de lesiones focales tales como tumores, esclerosis múltiple.

-Detección de focos epiléptógenos.

MAMMOTONE

Debido a que el 60% y el 80% de las biopsias radioquirúrgicas (BRQ) resultan innecesarias por corresponder a lesiones benignas se ha incrementado el desarrollo de numerosas técnicas de intervencionismo guiadas por estereotaxia o ultrasonido, cuya finalidad es obtener un resultado adecuado por vía percutánea.

Las técnicas más comunes son PAAF (Punción aspiración con aguja fina), core biopsia y en la actualidad la punción biopsia al vacío por técnica de Mammutone que es el mejor sistema para el diagnóstico histológico de las lesiones mínimas (no palpables) por obtener mayor cantidad de tejido.

Se realiza con aguja gruesa de 11G.

No deja secuelas post-quirúrgicas, no necesita de la hospitalización del paciente, disminuyendo así los costos operativos respecto a la BRQ (entre un 20-30% menos) y tiene menor riesgo ya que solo utiliza anestesia local.

Este permite en algunos casos la extirpación total de la lesión pudiéndose dejar en esos casos un clip de titanio para posteriores controles.

Respecto a la core biopsia el Mammutone obtiene mayor cantidad de tejido y es de mayor sensibilidad y especificidad.

Sus indicaciones son: -Microcalcificaciones cuyas características radiológicas sean de atipia.

-Desestructuración tisular y/o asimetría de densidades.

Criterios de exclusión: -Localización muy posterior de las lesiones.

-Localización muy anterior o superficial de las lesiones.

Respecto al clip de titanio es criterio de la auditoría médica que sea solicitado por reintegro en caso de su colocación ya que no es utilizado en todo los casos.

El valor sugerido para dicha práctica es de pesos setecientos (\$700) ya que se ajusta a los valores de mercado.

VIDEODEGLUCION

Es el estudio dinámico de la deglución en todas sus fases (oral, faríngea, esofágica)

Indicaciones generales.

-Trastornos deglutorios de tipo motor, (por ej. posteriores a ACV).

-Sospecha de Fístula esofagotraqueal, etc.

-Sospecha de Divertículo de Zenker.

VIDEODEFECOGRAFIA.

Es el estudio dinámico de la motricidad recto-anal.

Indicaciones generales. (siempre procesos motores)

-Incontinencia anal.

- Constipación distal.
- Incontinencia en el Diabético.
- Prolapsos.

TEST DEL AIRE ESPIRADO.

Corresponde a un estudio de titulación del PH Gástrico.

INDICACIONES GENERALES.

- Seguimiento post-endoscopia esofagogastroduodenal
- Seguimiento post-video endoscopia alta.

HISTEROSCOPIA DIAGNOSTICA.

Corresponde a un método de diagnóstico, que consiste en la introducción de una lente a través del cuello del útero para visualizar la cavidad uterina. A la lente se le puede adaptar una cámara y esta conectarse a un monitor para que la exploración sea más sencilla e igualmente se puede adaptar un video para grabar las imágenes que se van obteniendo.

Como la cavidad uterina es un espacio virtual (está cerrado, salvo que algo lo distienda) hace falta ayudarse durante la Histeroscopia de un medio que distienda dicha cavidad. Actualmente los medios que se utilizan son de dos tipos: -Gaseosos (CO₂)

-Líquidos: suero salino.

INDICACIONES GENERALES.

- Metrorragias (paciente menopáusica o premenopáusica).
- Hallazgos Ecográficos de patología endocavitaria.
- Citología cervicovaginal y/o endometrial sugestiva de patología de Endometrio y/ o Endocervix.
- Biopsia de Endometrio patológica.
- Degeneración Molar con persistencia de niveles séricos de B-HCG elevados tras evacuación.
- Diagnosticar alteraciones morfológica Uterinas (Pólipos, Miomas, Hiperplasia).
- Estudio y control de malformaciones Uterinas (Tabiques).

CRIORUGIA DE CUELLO UTERINO y/o VULVA.

Corresponde al tratamiento quirúrgico del tejido anormal mediante el uso de instrumentos a temperaturas entre los 20° y 40° bajo cero, donde se produce una

cascada de procesos físicos, químicos e inmunológicos que lleva a la muerte celular irreversible.

INDICACIONES GENERALES.

- Tratamiento de cervicitis.
- Tratamiento de Displasia cervical severa de cuello uterino.
- Condilomas acuminados.

REHABILITACION CARDIOVASCULAR.

Es el conjunto de actividades necesarias para asegurar unas condiciones físicas y sociales óptimas que le permitan ocupar por sus medios, un lugar lo más normal como sea posible en la sociedad, o sea más años de vida y mejor vida a esos años. Cuando la discapacidad es cardíaca, a ese "conjunto de actividades" lo llamamos Rehabilitación Cardiovascular.

Es indiscutible que el beneficio más importante de la Rehabilitación Cardiovascular es la mejoría de la capacidad funcional, ya que se producen adaptaciones centrales y periféricas, entre ellas, aumento del volumen minuto y aumento de la extracción periférica de oxígeno y de su transporte. Estas adaptaciones llevan a una reducción de la frecuencia cardíaca, de la presión arterial y del consumo de oxígeno en reposo, que se manifiesta clínicamente en un aumento del umbral para síntomas como Angor, disnea y agotamiento, favoreciendo la capacidad de respuesta ante el ejercicio dado. La Rehabilitación Cardiovascular es una terapia complementaria, no farmacológica, útil, donde es importante la enfermedad actual y la futura.

LOS OBJETIVOS CENTRALES SON:

- Modificar y mejorar la calidad de vida.
- Mejorar la morbimortalidad y la sobrevida.
- Modificaciones de los factores de riesgos cardiovasc.
- Disminución del Colesterol total, LDL y Lípidos en sangre.
- Disminución de la Tensión Arterial.
- Aumento del colesterol HDL.
- Disminución del tabaquismo.
- Modificación del stress.
- Disminución de peso.
- Modificación del sedentarismo.
- Aumento de la capacidad funcional.
- Controles médicos periódicos preventivos.
- Disminución de la Hb, glicosidada y glicemia.

INDICACIONES.

-Cardiopatía Coronaria. (Isquémica de riesgo moderado/alto)

*Sintomática (por angor o disnea)

*Asintomática, pero con isquemia demostrada por estudios complementarios.

-Deterioro de la función cardíaca (fun. Cardíaca menor del 50%).
Independientemente de la causa.

-Arritmia Cardíaca compleja en reposo, ejercicio o por métodos de estudios complementarios (fibrilación auricular, aleteo, extrasistolia frecuente, bradicardia, bloqueos incompetencia ionotrópica).

-Hipertensión arterial no controlada.

-Valvulopatía moderada a severa o postoperatorio de valvulopatías.

-Diabetes (homologable a enfermedad coronaria isquémica silente.)

-Síndrome metabólico.

-Valvulopatías periféricas sintomáticas.

-Sobreviviente de paro cardíaco.

-Obesidad mórbida. Índice de masa corporal mayor de 40%.

REQUISITOS.

-Orden médica.

-Resumen de Historia Clínica.

-Estudios complementarios.

-Adjuntar a la solicitud de rehabilitación, consumo agotado del código 17-01-17 emitido por la entidad Intermedia correspondiente.

Se autorizarán de 8 a 12 sesiones mensuales de Rehabilitación cardiovascular, por períodos de 3 (tres) meses, con opción de renovación, con Historia Clínica actualizada y evolución de la patología de base.

ECOENDOSCOPIA RADIAL (INTERVENCIONISTA, DIAGNOSTICA Y TERAPEUTICA).

La Ecoendoscopia o Ultrasonografía Endoscópica es una técnica diagnóstica y terapéutica, surgida de la combinación de un mismo tubo flexible (Ecoendoscopio) de un sistema de visión endoscópica (por fibra óptica o por video) y de un transductor ecográfico situado en el extremo distal del Ecoendoscopio.

El sistema radial reproduce imágenes más fácilmente correlacionables con la anatomía y con otras técnicas de imagen (Ecografía, TC y RMN). La visión endoscópica se obtiene por fibra o por video en los modelos más recientes y abarca un campo oblicuo. La imagen que se obtiene corresponde con un plano de visión ecográfica de 360° axial al eje longitudinal del tubo de inserción.

Se trata del sistema ideal para el estudio de vísceras Huecas y de las estructuras que la circundan.

INDICACIONES.

Ecoendoscopías diagnósticas.

- Lesiones mediastínicas.
- Cancer de Páncreas y masas pancreáticas sólidas.
- Recidivas de cáncer esofágico, recto, cancer gástrico, pancreático y pulmonar.
- PAAF de lesiones submucosas (estudio de tumores y lesiones submucosas)

Ecoendoscopías terapéuticas:

- Drenaje de lesiones quísticas pancreaticas.
- Drenaje de lesiones pseudoquísticas pancreáticas
- Drenaje de abscesos pancreaticos.

Aplicaciones de tratamientos

- Infiltración del plexo celíaco.
- Inyección intratumoral de sustancias.
- Inyección de toxina botulínica en la Acalasia.
- Tratamiento de várices y hemorragias.
- Guía de dispositivos para terapias ablativos intratumorales.
- Realización de ostomias.

TOMOGRAFIA CON RECONSTRUCCION 3 D

Es la realización de una Tomografía Helicoidal convencional a la que luego se la procesa para su reconstrucción en las 3 dimensiones.

INDICACIONES.

- Lesiones Maxilofaciales.
- Malformaciones de la Calota Craneal.

Patologías traumatológicas (ad referéndum) de estudios solicitados.

1.1 **POLISOMNOGRAFIA**

La polisomnografía (PSG) es un estudio destinado a evaluar diferentes parámetros fisiológicos durante el sueño. En especial la actividad eléctrica del cerebro, la función cardiorespiratoria y la actividad de algunos grupos musculares.

El monitoreo de la función cardiorespiratoria permite detectar alteraciones de la respiración durante el sueño, tales como ronquidos, hipoapneas, apneas centrales y obstructivas y episodios de aumento de la resistencia de la vía aérea superior. La evaluación de la actividad eléctrica del tibial anterior permite detectar movimientos anormales de los miembros inferiores durante las horas de sueño.

Las condiciones clínicas más frecuentes para indicar una PSG son:

- Sospecha clínica fundada de Síndrome de Apneas e Hipoapneas Obstructivas de Sueño (SAHOS)
- Alteraciones del control de la respiración con $\text{PaCO}_2 > 45 \text{ mmHg}$ o asociadas a: hipertensión pulmonar, poliglobulia, cefaleas matutinas, disnea de esfuerzo o somnolencia diurna.
- Enfermedades respiratorias restrictivas como consecuencia de alteraciones de la caja torácica o enfermedades neuromusculares.
- EPOC asociada a hipertensión pulmonar o poliglobulia.
- Pacientes con arritmias cardíacas nocturnas o desproporcionadas respecto al ritmo basal diurno.
- Sospecha clínica fundada de movimientos anormales de las piernas durante el sueño
- Excesiva somnolencia diurna en ausencia de restricción de las horas de sueño

1.2 PRUEBA DE TITULACION CON PRESION POSITIVA CONTINUA (CPAP)

La utilización de CPAP consiste en la aplicación de una presión positiva constante en la vía aérea superior. Un aparato genera constantemente una presión positiva que, a través de una tubuladura, se transmite a una máscara habitualmente nasal y, de ahí, a la vía aérea superior provocando su estabilización y un incremento de su área.

La utilización de CPAP esta indicada en:

Pacientes con un número elevado de eventos respiratorios que padezcan:

- síntomas importantes que sean secundarios a las apneas y/o hipopneas tales como somnolencia en situación activa clínicamente valorable y limitante de las actividades, o episodios repetitivos de pausas respiratorias sofocantes; y/o
- patología cardiovascular y/o cerebrovascular relevante, o enfermedades que cursen con insuficiencia respiratoria.
- El tratamiento consistirá en medidas higiénico-dietéticas y CPAP.

Pacientes con síntomas claros e importantes secundarios a las apneas o hipopneas y/o con patología cardiovascular asociada pero con un número de eventos respiratorios durante el sueño relativamente bajo, una vez excluidas otras patologías responsables de los síntomas (hábitos de sueño inadecuados, toma de medicamentos, ingesta de alcohol, depresión, movimientos periódicos de las piernas, narcolepsia, hipersomnía diurna idiopática, etc

En este grupo podrá incluirse el síndrome de resistencia aumentada de la vía aérea superior.

Los pacientes que en una PSG documenten la presencia de Síndrome de Apneas e Hipoapneas Obstructivas durante el Sueño (SAHOS), pueden requerir un segundo estudio para determinar el nivel de presión positiva continua que se debe aplicar para controlar los eventos respiratorios anormales. Esta técnica se llama titulación con CPAP (por sus siglas en inglés)

En este estudio se miden las mismas variables que en una PSG convencional y se aplica una máscara nasal conectada a un generador de presión positiva continua, ajustando las presiones en forma progresiva hasta controlar los eventos.

1.3 PSG BASAL Y TITULACION EN UNA SOLA NOCHE

En grupos seleccionados de pacientes en los que la evidencia de apneas reiteradas en las primeras horas de una PSG permite confirmar la sospecha clínica de SAHOS, puede realizarse la prueba de titulación con CPAP en el mismo estudio. Esta modalidad se llama PSG de "noche dividida" o "split night"

1.4 POLIGRAFIA RESPIRATORIA

La poligrafía respiratoria (en el laboratorio del sueño o domiciliaria) supone una alternativa a la polisomnografía (PSG) convencional. Consiste en la monitorización y registro de todas o algunas de las variables cardiorrespiratorias de la polisomnografía convencional.

En general suelen registrarse las siguientes variables:

- 1) flujo nasobucal,
- 2) movimientos toracoabdominales
- 3) posición corporal
- 4) saturación de la oximetría
- 5) frecuencia cardíaca

A diferencia de la polisomnografía convencional, en la poligrafía no se registran las variables neurofisiológicas.

Esta técnica requiere de personal médico debidamente entrenado en la interpretación de los registros obtenidos, ya que no se conoce la estructura ni la calidad del sueño, por lo cual la interpretación de una poligrafía respiratoria siempre debe hacerse con precaución.

Los polígrafos respiratorios deben haber sido validados previamente con un polisomnógrafo convencional.

1.5 OXIMETRIA DE PULSO COMO METODO DE EVALUACION DEL SAHOS

La oximetría de pulso como único método para el diagnóstico de SAHOS no debe ser autorizada. Debe reservarse a las situaciones especiales en que se carece de acceso a la tecnología adecuada. La fiabilidad del método es operador dependiente y requiere experiencia en la lectura del patrón oximétrico.

2-Que debe presentarse en las solicitudes de estudios de polisomnografía

La orden solicitando el estudio debe decir: "Polisomnografía nocturna basal con oximetría de pulso continua". Eventualmente podrá agregarse a la solicitud "Prueba de titulación con presión positiva continua (CPAP)", si se realizó un estudio basal en el que se observó un número significativo de apneas

No son necesarios otros estudios previos, la decisión para solicitar una PSG se basa en criterios clínicos.

El paciente típico suele ser un varón, obeso, que hace años que le han dicho que "ronca y que deja de respirar durante el sueño"

Los principales síntomas son:

Referidos por el familiar

Ronquido irregular

Ahogo y pausas respiratorias durante el sueño

Movimientos corporales excesivos

Cambios de personalidad

Referidos por el paciente

Somnolencia excesiva durante el día

Cansancio

"Ahogos" nocturnos

Cefalalgia matutina

Pérdida de capacidad intelectual

Micción nocturna (> dos veces)

3-Que requisitos tienen que tener los centros que realicen estos estudios

3.1 Características de la planta física.

1. Habitación tranquila, espaciosa, oscura y con temperatura controlada.
2. Adecuadas facilidades sanitarias cerca de la habitación
3. La cama debe estar ubicada en una habitación individual. Las medidas mínimas aceptables para la cama son 0.90x1.90m
4. Habitación suficientemente espaciosa, separada de la que utilice el paciente, para el control y monitoreo de las señales registradas
5. El registro de PSG en la misma habitación o muy cercana a la habitación en la que descansa el paciente no está permitido
6. Técnico entrenado específicamente para realizar los registros y corregir la calidad de las señales que pudieran alterarse en el curso de la noche
7. El estudio del sueño debe realizarse a lo largo de toda la noche (p. ej., de 22:00 a 7:00) En adultos no son aceptables estudios diurnos o de breve duración.
8. Se considerará válido para interpretación si ha habido un mínimo de 3 horas de sueño registrado por EEG.

3.2 Equipamiento técnico básico

La polisomnografía nocturna (PSG) es la prueba más completa para el estudio de los trastornos respiratorios durante el sueño. Consiste en el registro simultáneo y continuo de las diferentes variables fisiológicas durante el sueño

Consta de los siguientes parámetros:

A- Neurofisiológicos: fundamental para estadificar el sueño.

- a) Electroencefalograma (EEG): registro de la actividad eléctrica cerebral.
 - b) Electromiograma (EMG): registro de la actividad muscular mentoniana.
 - c) Electrooculograma (EOG): registro de los movimientos oculares.
- 2 Canales de EEG (ej. C3-A2, C4-A1) con sus respectivas referencias
2 Canales de Electro Oculo Grama (EOG)
1 Canal de Electro miografía submentoniana (EMG)
2 Canales de EMG del tibial anterior

B Cardiorrespiratorios:

- a) Flujo oronasal: permite identificar la presencia de apneas e hipopneas.
 - b) Movimientos respiratorios torácicos y abdominales.
 - c) Saturación de la oxihemoglobina (SaO₂), informa del grado de oxigenación.
 - d) Micrófono para el ronquido, informa sobre la intensidad y frecuencia de ronquidos.
 - e) Electrocardiograma (ECG): ritmo cardíaco.
- 1 Sensor de oximetría de pulso (Sat O₂) con registro continuo.
 - 1 Micrófono para detectar ronquidos
 - 1 Sensor de posición corporal
 - 1 Sensor de presión/flujo nasal (los termistores como único método de medición de flujo aéreo no son aceptables)
 - 1 Sensor de esfuerzo torácico
 - 1 Sensor de esfuerzo abdominal
 - 1 Canal para registro de ECG
 - 1 Sensor de posición corporal: informa sobre la posición de sueño del sujeto.
- Monitoreo por video con posibilidad de grabación

4-Cómo acreditan los profesionales su idoneidad para que los podamos habilitar

Este es el punto más complejo, pues la medicina del sueño no es una especialidad reconocida, tanto para la habilitación de médicos como de técnicos en PSG

El requisito mínimo debe ser tener título de especialista en neurología y/o en neumonología y acreditar por lo menos 3 años de trabajo en un centro hospitalario público o privado donde funcione un laboratorio de sueño.

Podría solicitarse que el Departamentote Docencia de la institución extienda un certificado.

Quien quiera obtener la habilitación debe acreditar publicaciones en la especialidad o activa participación en las Sociedades respectivas en áreas afines a la patología del sueño

Anexo 3

REQUISITOS GENERALES APLICABLES A TODAS ESTOS ESTUDIOS Y/O PRACTICAS.

- Verificación afiliatoria contra presentación de la credencial del IOMA, y ultimo recibo de sueldo, del ultimo comprobante de cobro de haberes o del ultimo pago de la cuota de afiliación voluntaria.
- Original de la factura (B o C) y/o recibos de pago debidamente conformados, cumpliendo los requisitos exigidos por normas de facturación emanadas de la AFIP, para el caso de un tramite de reintegro o presupuesto para el caso de un tramite por autorización.
- Orden medica.
- Resumen de Historia Clínica.
- Estudios complementarios.

Asi mismo se deberá cumplimentar con cualquier otro requisito o presentación de documentación que en la Normativa especifica se establezca por parte del Honorable Directorio.