



**República Argentina - Poder Ejecutivo Nacional**  
2019 - Año de la Exportación

**Informe**

**Número:**

**Referencia:** ANEXO IV EX-2019-57517190-APN-GGE#SSS

---

**ANEXO IV**

**FICHA DE TUTELAJE DE PACIENTES CON HIPERTENSIÓN PULMONAR**

Nombre:	Apellido:
Fecha de nac.: ___/___/_____	DNI:

**(MARCAR LA O LAS OPCIONES QUE CORRESPONDAN)**

**Diagnóstico: marque tipo de HTP**

a) HTP grupo 1

b) HTP grupo 2

c) HTP grupo 3

d) HTP grupo 4

**Fecha diagnóstico:** \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_

**Métodos Diagnósticos:****Cateterismo pulmonar derecho:** fecha del estudio: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

PSAP: \_\_\_ mmHg.

PDAP: \_\_\_ mmHg.

PMAP: \_\_\_ mmHg.

Presión capilar pulmonar: \_\_\_ mmHg.

Presión en AD: \_\_\_ mmHg.

Índice cardíaco: \_\_\_ ml/min.

Vaso-reactividad pulmonar: Positiva – Negativa - No se realizó.

**Ecocardiograma Doppler:** fecha del estudio: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

Diámetro AI: \_\_\_ mm

Diámetro AD: \_\_\_ mm

Fracción eyección VI: \_\_\_ %

TAPSE: \_\_\_ mm

PSAP estimada: \_\_\_ mmHg

**Arteriografía pulmonar:** fecha del estudio: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_**No realizó****Laboratorio:** fecha del estudio: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

Hepatograma:TGO: \_\_\_ mg/dl /TGP: \_\_\_ mg/dl

Creatinina: \_\_\_ mg/dL

NT-proBNP: \_\_\_ pg/ml

**Clase funcional de la OMS actual:**

a. I

b) II

c) III

d) IV

**Fecha inicio tratamiento específico:** \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_**Medicación específica utilizada:**

1-Bloqueante canal calcio: a) Diltiazem b) Verapamilo c) otro

Fecha de inicio: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ Fecha de suspensión: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

2-Inhibidores de la PDE-5: a) Sildenafil b) Tadalafil c) otro

Fecha de inicio: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ Fecha de suspensión: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

3- Antagonista receptor endotelina: a) Bosentan b) Ambrisentan c) Macitentan

Fecha de inicio: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ Fecha de suspensión: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

4- Prostanoides: a) Treprostinil EV    b) Treprostinil inhalado    c) Epoprostenol    d) Iloprost
Fecha de inicio: ____/____/____    Fecha de suspensión: ____/____/____
5-Agonista receptor Prostaciclina:    Selexipag
Fecha de inicio: ____/____/____    Fecha de suspensión: ____/____/____
6-Estimulador de la GCs:    Riociguat
Fecha de inicio: ____/____/____    Fecha de suspensión: ____/____/____

**Progresión de la enfermedad: NO / SI**

<p><b>En caso de respuesta SI, marcar lo que corresponda</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>a. Progresión se síntomas</li> <li>b. Caminata de 6 minutos: ____mts.</li> <li>c. Internación por insuficiencia cardíaca derecha</li> <li>d. Trasplante pulmonar</li> <li>e. Trasplante cardiopulmonar</li> <li>f. Septostomía auricular</li> <li>g. Muerte (fecha de óbito: ____/____/____)</li> </ul>
---

**Efectos adversos de medicación: NO / SI**

<p><b>En caso de respuesta SI, marcar lo que corresponda</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>a) Hepatotoxicidad</li> <li>b) Reacción alérgica</li> <li>c) Hipotensión arterial</li> <li>d) otro</li> </ul>
---

