

# PROTOCOLO HIPERTENSIÓN ARTERIAL PULMONAR

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

1 de 2

## DATOS PERSONALES

Apellido y Nombre: .....

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

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

## FUNDAMENTO DIAGNÓSTICO

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

- Realización de cateterismo cardíaco derecho (CCD).
- Elevación de la presión media de la arteria pulmonar (PMAP)  $\geq$  25 mmHg, medida mediante CCD con el paciente en reposo.
- Presencia de una presión de enclavamiento pulmonar (Wedge) (PAWP)  $\leq$  15 mmHg
- Resistencias vasculares pulmonares (RVP)  $\geq$  3 unidades Wood (UW).
- Ausencia de otras condiciones de HTP precapilar, como la que puede darse en forma secundaria a enfermedades pulmonares.

## FUNDAMENTO TERAPEUTICO

- Grupo 1: Pacientes con Hipertensión Arterial Pulmonar con clase funcional grado II - IV de la clasificación de la Organización Mundial de la Salud (OMS).
- Grupo 4: Pacientes con Hipertensión Pulmonar Secundaria a Enfermedad Tromboembólica Crónica con
  - contraindicación debidamente justificada para la endarterectomía pulmonar
  - con hipertensión pulmonar persistente o recurrente luego de la endarterectomía pulmonar, con clase Funcional II a III de la OMS.

## TRATAMIENTOS PREVIOS RECIBIDOS

Droga	Fecha inicio	Fecha Suspensión	Motivo Discontinuación	Droga	Fecha inicio	Fecha Suspensión	Motivo Discontinuación
Bosentán				Epoprostenol			
Ambrisentán				Selexipag			
Mecitentán				Riociguat			
Iloprost				Bosentán			
Treprostinil				Otro			

## RESUMEN DE HISTORIA CLÍNICA (debe detallar antecedentes, estado actual y estatus funcional y fundamentos terapéuticos del tratamiento indicado)

- Clase funcional NYHA de inicio \_\_\_\_\_
- Clase funcional NYHA de seguimiento \_\_\_\_\_

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

Firma y Sello:

# PROTOCOLO HIPERTENSIÓN ARTERIAL PULMONAR

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

## TRATAMIENTO SOLICITADO

Droga	Dosis	Frecuencia	Fecha de inicio

Firma y Sello:

# INSTRUCTIVO HIPERTENSIÓN ARTERIAL PULMONAR

Estimado/a Afiliado/a: Por medio de la presente se informa que todo pedido de medicación deberá cumplir con los siguientes requisitos:

## INICIO

- Protocolo Hipertensión Pulmonar completo en todos los campos con detalle de Resumen de historia clínica (debe detallar antecedentes, estadificación, terapias previas, estado actual y estatus funcional).
- Prescripción médica de la medicación en 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.
- Consentimiento informado.
- Estudios complementarios para arribar al diagnóstico.
- Test de vasorreactividad si corresponde.

## PRESENTACIÓN SEMESTRAL (Enero - Julio)

- Protocolo Hipertensión Pulmonar original, completo en todos los campos con detalle de Resumen de historia clínica (debe detallar antecedentes, estadificación, terapias previas, estado actual y estatus funcional).
- Actualización de estudios.
- Consentimiento informado.

## CAMBIO DE TRATAMIENTO

- Protocolo Hipertensión Pulmonar original, completo en todos los campos con detalle de Resumen de historia clínica (debe detallar antecedentes, estadificación, terapias previas, estado actual y estatus funcional).
- Prescripción médica de la medicación en 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.
- Actualización de estudios.
- Consentimiento informado.

**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.**

Nombre y Apellido o SIGLA: \_\_\_\_\_ Firma: \_\_\_\_\_  
Mail de contacto: \_\_\_\_\_ Teléfonos de contacto: \_\_\_\_\_

# CONSENTIMIENTO INFORMADO

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

Nombre completo del paciente o Sigla

.....

Nombre del Representante Legal (menores de edad o incapaces)

.....

DNI .....

Declaro haber recibido información, por parte del médico que suscribe ut supra, de los procedimientos y/ o intervenciones médicas asistenciales que deberán de ser llevadas a cabo en el marco del tratamiento médico prescripto, el que de forma resumida consiste en:

DIAGNÓSTICO: _____ _____
TRATAMIENTO: _____ _____
MEDICACIÓN: _____ _____

Asimismo hago constar que he sido informado sobre los riesgos y efectos secundarios inherentes al tratamiento antes mencionado, y otorgo en forma libre y espontánea mi consentimiento, firmando el presente en el día ..... de ..... de ....., en la Ciudad de ....., Provincia de .....

\_\_\_\_\_  
Firma del Médico  
Responsable

\_\_\_\_\_  
Aclaración

\_\_\_\_\_  
Tipo y N° de Matrícula

\_\_\_\_\_  
Firma del Paciente o  
Representante Legal

\_\_\_\_\_  
Aclaración / Sigla

\_\_\_\_\_  
D.N.I.