



Asistencia Financiera a Agentes del Seguro de Salud

Res. 731/23

SURGE
Sistema Único de Reintegro
por Gestión de Enfermedades

Capacitación para Personal de Agentes de Seguro de Salud (Obras Sociales)

Clase N° 4



Hipertensión arterial pulmonar

La hipertensión pulmonar es un tipo de presión arterial alta que afecta las arterias de los pulmones y el lado derecho del corazón. En la hipertensión arterial pulmonar, los vasos sanguíneos de los pulmones se estrechan, bloquean o destruyen. El daño hace más lento el flujo sanguíneo a través de los pulmones. La presión en las arterias pulmonares aumenta. El corazón debe trabajar más para bombear sangre a través de los pulmones. Con el tiempo, el esfuerzo adicional hace que el músculo cardíaco se debilite y falle.

<https://www.mayoclinic.org/es/diseases-conditions/pulmonary-hypertension/symptoms-causes/syc-20350697>



Fundamento diagnóstico: Es obligatoria la realización de cateterismo cardíaco derecho (CCD). Se define como HTP a la elevación de la presión media de la arteria pulmonar (PMAP) ≥ 25 mmHg, medida mediante CCD con el paciente en reposo. Para el diagnóstico de HAP se requiere además la presencia de una presión de enclavamiento pulmonar (Wedge) (PAWP) ≤ 15 mmHg y resistencias vasculares pulmonares (RVP) ≥ 3 unidades Wood (UW) en ausencia de otras condiciones de HTP precapilar, como la que puede darse en forma secundaria a enfermedades pulmonares, HPETC.

Fundamento terapéutico:

Pacientes con Hipertensión Arterial Pulmonar (grupo 1) con clase funcional grado II - IV de la clasificación de la Organización Mundial de la Salud (OMS).

Pacientes con Hipertensión Pulmonar Secundaria a Enfermedad Tromboembólica Crónica (grupo 4), con contraindicación debidamente justificada para la endarterectomía pulmonar o con hipertensión pulmonar persistente o recurrente luego de la endarterectomía pulmonar, con clase Funcional II a III de la OMS.

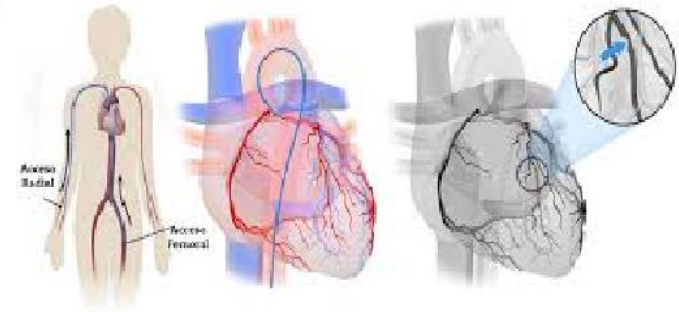
Grupos incluidos

- Grupo 1
- Grupo 4

INFORMACION REQUERIDA

A) Empadronamiento del Beneficiario

1. Fecha de Diagnóstico de la Patología
2. Tratamientos Previos
3. Matrícula del profesional Tratante
4. Fecha de Inicio de Tratamiento sujeto a recupero
5. Clase Funcional NYHA de inicio
6. Documentación Respaldataoria
 - Resumen de Hist. Clín. (deberá incluir Fundamento Terapéutico y los antecedentes de medicación utilizada)
 - Clasificación Etiológica de la HAP (Grupo 1 – Grupo 4)
 - Cateterismo de cavidades derechas
 - Estudio que demuestre Tromboembolismo Pulmonar (solo en caso de grupo 4)



B) Actualización semestral

1. Resumen de Historia Clínica de seguimiento
2. Clase Funcional NYHA de seguimiento
3. Actualización de la Información Médica
 - Cambio de tratamiento
 - Fecha de finalización de tratamiento
 - Motivo de Discontinuación
 - En caso de progresión y/o cambio de trat. adjuntar nuevo resumen de Hist. Clín. o RP del nuevo tratam.
4. Matrícula Profesional Tratante

Tratamientos Previos Hipertensión Arterial Pulmonar

Bosentán / Ambrisentán / Macitentan / Iloprost / Treprostinil / Epoprostenol / Selexipag / Riociguat / Bosentán / Otro

Esclerosis múltiple

La esclerosis múltiple (EM) es una enfermedad autoinmunitaria que afecta el cerebro y la médula espinal (SNC). Afecta con mayor frecuencia a las mujeres que a los hombres. Se diagnostica con mayor frecuencia entre los 20 y 40 años de edad, pero se puede observar a cualquier edad.

La EM es causada por el daño a la vaina de mielina. Esta vaina es la cubierta protectora que rodea las neuronas. Cuando esta cubierta de los nervios se daña, los impulsos nerviosos disminuyen o se detienen.



Fundamento diagnóstico: Se diagnostica mediante los criterios de McDonald modificados (2017):

- a. Al menos dos ataques clínicos; evidencia clínica objetiva de al menos dos lesiones o evidencia clínica de una lesión con constatación de Historia Clínica razonable de un ataque previo. No se necesitan datos adicionales para el diagnóstico.
- b. Al menos dos ataques clínicos; evidencia clínica objetiva de una lesión. Se necesita demostrar diseminación en espacio (DIS), por al menos una lesión sintomática o asintomática típica de EM en T2 como mínimo en dos áreas típicas del SNC: periventricular, yuxtacortical, médula espinal o infratentorial o esperar un ataque clínico adicional en un sitio diferente del SNC.
- c. Un ataque clínico: evidencia clínica objetiva de al menos dos lesiones. Se necesita demostrar uno de estos criterios: Diseminación en tiempo (DIT) mediante la presencia de lesiones sintomáticas o asintomáticas gadolinio (Gd) positivas y no Gd positivos simultáneas o nueva lesión en T2 ó Gd positiva en el seguimiento por RMN, en comparación con la RMN basal (independientemente del tiempo transcurrido del estudio basal), o espera de un segundo ataque clínico; o Bandas Oligoclonales en LCR (negativas en suero).
- d. Un ataque clínico: evidencia clínica objetiva de una lesión (síndrome clínico aislado). Se necesita demostrar DIT y DIS descritos anteriormente.
- e. Progresión neurológica insidiosa sugestiva de EM.
También será criterio diagnóstico, demostrar un año de progresión de la discapacidad (prospectivo o retrospectivo) y dos de estos criterios: al menos una lesión, sintomática o asintomática típica de EM en T2: periventricular, yuxtacortical, médula espinal o infratentorial o dos o más lesiones en médula espinal o bandas oligoclonales en LCR (negativas en suero).
En el año 2017 se han revisado los criterios y la presencia de un síndrome clínicamente aislado típico y una demostración clínica o de RM de diseminación en el espacio, la presencia de bandas oligoclonales específicas de LCR y negativas en el suero permite un diagnóstico de EM.

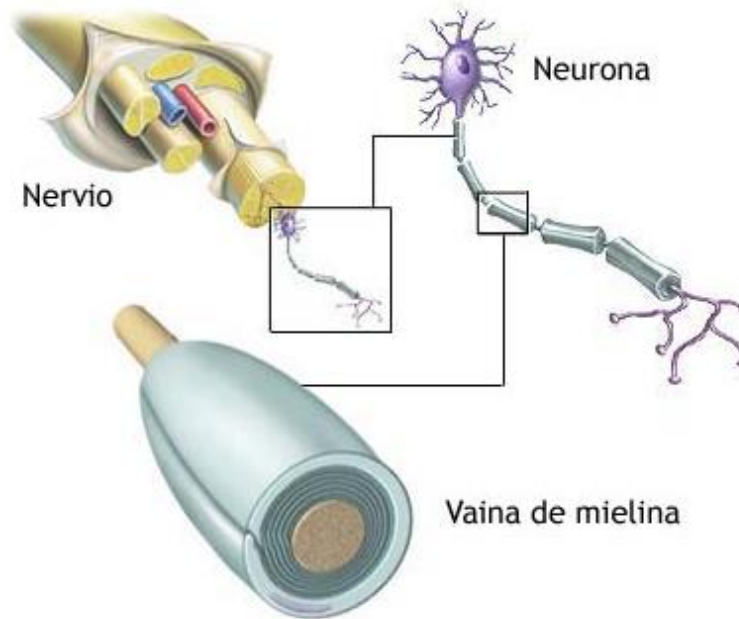
Fundamento terapéutico:

Tratamiento de pacientes adultos con esclerosis múltiple remitente-recurrente (EMRR) y esclerosis múltiple progresiva primaria (EMPP)

Las tecnologías listadas previamente pueden ser utilizadas de manera individual como tratamiento modificador de la enfermedad en pacientes con EM. La posología de estos debe ser realizada conforme lo establecido en los respectivos prospectos aprobados por la ANMAT

Tratamientos Previos Esclerosis Múltiple

Copolímero (Glatiramer Acetato) / Fingolimod / Interferón beta 1 a / Interferón beta 1 b /
Teriflunomida / Natalizumab / Dimetilfumarato / Cladribina /
Peginterferón beta 1 a / Alemtuzumab / Ocrelizumab / Otro



INFORMACION REQUERIDA

A) Empadronamiento del Beneficiario

1. Fecha de Diagnóstico de la Patología
2. Tratamientos Previos
3. Matrícula del Profesional Tratante
4. Valor de EDSS (Expanded Disability Status Scale) de inicio
5. Fecha de Inicio de Tratamiento sujeto a recupero
6. Documentación Respaldatoria
 - o Resumen de Historia Clínica (deberá incluir Fundamento Terapéutico y Diagnóstico según criterios de McDonald).
 - o Estado Evolutivo/Forma Clínica (EMPP – EMRR)
 - o Resonancia magnética Nuclear
 - o Punción Lumbar / Análisis de líquido cefalorraquídeo (si correspondiera)

B) Actualización semestral

1. Resumen de Historia Clínica de seguimiento
2. EDSS (Expanded Disability Status Scale) de seguimiento
3. Actualización de la Información Médica
 - o Cambio de tratamiento
 - o Fecha de finalización de tratamiento
 - o Motivo de Discontinuación
 - o En caso de progresión y/o cambio de tratamiento adjuntar nuevo resumen de Historia Clínica o RP del nuevo tratamiento
4. Matrícula Profesional Tratante

Déficit de hormona de crecimiento



Fundamento diagnóstico: Niveles inferiores a los normales de Hormona de Crecimiento, que ocasionen repercusión clínica, de etiología congénita o adquirida.

Fundamento terapéutico: Pacientes con talla inferior al percentil 3 ajustado a la edad y alguna de las siguientes condiciones

- Síndrome de Prader Willi
- Déficit de Hormona de Crecimiento
- Síndrome de Turner
- Insuficiencia renal Crónica en la infancia
- Retardo del Crecimiento Intrauterino

No se reconocerá la cobertura del apoyo financiero solicitado en los siguientes casos:

- Niños con baja estatura idiopática.
- Niños que están recibiendo Hormona de Crecimiento y que presenten:
 - o Edad ósea igual o mayor a 14 años en niñas y 16 años en varones.
 - o Incremento de velocidad de crecimiento menor a 2 cm. por año luego de un año de tratamiento.
 - o Cierre de los cartílagos de crecimiento.

INFORMACION REQUERIDA

A) Empadronamiento del Beneficiario

1. Fecha de Diagnóstico de la Patología
2. Patología asociada (Síndrome de Prader Willi, Déficit de Hormona de Crecimiento, Síndrome de Turner, Insuficiencia Renal crónica en la Infancia, Retardo del Crecimiento Intrauterino)
3. Matrícula del Profesional Tratante
4. Fecha de Inicio de Tratamiento sujeto a recupero
5. Documentación Respaldatoria
 - o Resumen de Historia Clínica (deberá incluir Fundamento Terapéutico y los antecedentes de medicación utilizada).
 - o Nivel sérico de Hormona de Crecimiento
 - o Estudio Genético
 - o Tabla de crecimiento pondoestatural
 - o Edad ósea
6. Información adicional
 - o Talla
 - o Peso

B) Actualización semestral

1. Resumen de Historia Clínica de seguimiento
2. Actualización de la Información Médica
 - o Cambio de tratamiento
 - o Fecha de finalización de tratamiento
 - o Motivo de Discontinuación
 - o En caso de progresión y/o cambio de tratamiento adjuntar nuevo resumen de Hist. Clín. o RP del nuevo tratam.
3. Documentación Respaldatoria: o Edad ósea / o Velocidad de crecimiento
4. Información adicional: o Talla / o Peso
5. Matrícula Profesional Tratante

Inmunosupresión post-trasplante

Fundamento terapéutico: Pacientes con trasplante de órgano sólido que requieren tratamiento con inmunosupresión

Fundamentos terapéuticos específicos

Drogas inmunodepresoras en la etapa previa, posterior o concomitante a la realización de los trasplantes, de por vida del paciente. Para cualquier órgano o tejido, y como agente único o asociado a corticoides. El uso deberá ajustarse a lo normado por la ANMAT y lo recomendado en Guías de Práctica Clínica.



INFORMACION REQUERIDA

A) Empadronamiento del Beneficiario

1. Fecha de trasplante
2. Órgano trasplantado
3. Tratamientos Previos
4. Matrícula del Profesional Tratante
5. Fecha de Inicio de Tratamiento sujeto a recupero
6. Documentación Respaldataoria
 - Resumen de Historia Clínica (deberá incluir Fundamento Terapéutico y los antecedentes de medicación utilizada).
 - Protocolo de trasplante o certificado de trasplante del INCUCAI
 - Serología para virus Epstein Barr (en caso de corresponder)

B) Actualización semestral

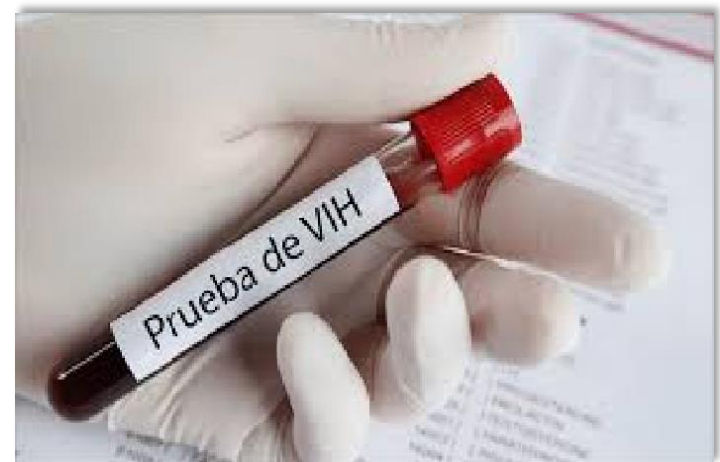
1. Resumen de Historia Clínica de seguimiento
2. Actualización de la Información Médica
 - a. Cambio de tratamiento
 - Fecha de finalización de tratamiento
 - Motivo de Discontinuación
 - En caso de progresión y/o cambio de tratamiento adjuntar nuevo resumen de Historia Clínica o RP del nuevo tratamiento
3. Matrícula del Profesional Tratante

Infección por virus de la inmunodeficiencia humana (HIV)

Fundamento diagnóstico

Paciente adulto o niño mayor a 18 meses en quien se determine al menos una prueba de tamizaje (por metodología ELISA, aglutinación de partículas o test rápido) positiva para VIH con un test confirmatorio por carga viral. En niños menores de 18 meses se considera el diagnóstico con dos pruebas de PCR positivas para VIH.

Fundamento terapéutico: Pacientes con infección por VIH, independientemente del recuento de células CD4.



Drogas incluidas

Todo esquema de tratamiento debe incluir drogas del módulo A asociadas a las del módulo B. Existe situaciones específicas donde se podrán utilizar otras combinaciones recomendadas en Guías del Ministerio de Salud o Sociedades Científicas, las cuales serán validadas por la Gerencia de Gestión Estratégica.

La Terapia Antirretroviral (TARV) a utilizar debe seguir las recomendaciones vigentes de las guías de práctica clínica y adecuarse a los fines de garantizar la adherencia.

***Sub-Módulo A**

Drogas base del esquema

- Abacavir (ABC)
- Emtricitabina (FTC)
- Lamivudina (3TC)
- Tenofovir alafenamida (TAF)
- Tenofovir fumarato (TDF)

***Sub-Módulo B.1**

Drogas base del esquema

- Atazanavir
- Lopinavir/Ritonavir
- Bictegravir
- Darunavir
- Dolutegravir
- Doravirina
- Elvitegravir
- Raltegravir
- Rilpivirina
- Cobicistat *
- Ritonavir *

*Para asociar con Inhibidores de la Proteasa

***Sub-Módulo B.2**

Drogas base del esquema

- Efavirenz
- Nevirapina

Módulo C: Multifallo

Para el caso de esquemas de multifallo, se reconocerán las siguientes drogas, que deberán reintegrarse adicionalmente a los módulos previamente descritos (A+B.1) o (A + B.2) u otros específicamente validados.

- Dolutegravir (doble dosis)
- Etravirina (ETV)
- Maraviroc (MRV)

Fallo de tratamiento:

Fallo virológico: presencia de carga viral (CV) plasmática por encima del límite de detección después de al menos 24 semanas de tratamiento. Este dato debe ser confirmado en 2 muestras consecutivas. Si la carga viral plasmática es muy elevada antes del inicio del TARV puede requerirse más de 24 semanas para lograr la no detectabilidad.

También es fallo virológico cuando la CV aumenta por encima del límite de detección luego de haber alcanzado la no detectabilidad, dato que requiere también confirmación con una segunda muestra.

Se considera fallo al valor de CV mayor a 200 copias/ml.

El esquema utilizado después del 1º fallo y subsiguientes, dependerá del test de resistencia y de la historia de drogas antirretrovirales utilizadas. Se considerará fallo virológico a la situación clínica donde la CV y la Historia Clínica lo confirmen, aun sin la disponibilidad del test de resistencia, cuando dicha situación sea justificada por causales válidas.

La condición de multifallo solo se considera a partir de un segundo fallo.

El cambio de TARV en pacientes con CV suprimida (no detectable), puede ser realizado luego de objetivar al menos 6 meses de carga viral no detectable. Puede responder a:

- Simplificación: utilización de un esquema de menos comprimidos o menor dosis
- Intolerancia o toxicidad: Se modifica la droga a la que se atribuye la intolerancia o toxicidad y se la reemplaza.
- Interacciones medicamentosas
- Embarazo

En todos estos casos, en los cuales el cambio se realiza con carga viral suprimida, no se requiere test de resistencia.

INFORMACION REQUERIDA

A) Empadronamiento del Beneficiario

1. Resumen de Historia Clínica
2. Fecha de diagnóstico
3. Tratamientos Previos
4. Matrícula del Profesional Tratante
5. Fecha de Inicio de Tratamiento sujeto a recupero
6. Constancia de denuncia al Programa de Vigilancia del Ministerio de Salud de la Nación
7. Información Adicional
 - Ultima Carga Viral
 - Ultimo valor de CD4 en valores absolutos
 - Ultimo valor de CD4 en valores porcentuales

B) Actualización **ANUAL**

1. Resumen de Historia Clínica de seguimiento
2. Matrícula del Profesional Tratante
3. Actualización de la Información Médica
 - Cambio de tratamiento
 - Fecha de finalización de tratamiento
 - Motivo de Discontinuación
 - En caso de progresión y/o cambio de tratam. adjuntar nuevo resumen de Hist. Cl. o RP del nuevo tratam.
4. Información Adicional
 - Ultima Carga Viral
 - Ultimo valor de CD4 en valores absolutos
 - Ultimo valor de CD4 en valores porcentuales

Tratamientos Previos de terapia antirretroviral

Abacavir (ABC)

Emtricitabina (FTC)

Lamivudina (3TC)

Tenofovir alafenamida (TAF)

Tenofovir fumarato (TDF)

Atazanavir

Lopinavir/Ritonavir

Bictegravir

Darunavir

Dolutegravir

Doravirina

Elvitegravir

Raltegravir

Rilpivirina

Cobicistat

Ritonavir

Nevirapina

Efavirenz

Etravirina

Maraviroc

No realizó esquemas previos al presente



A doctor in a white lab coat is using a tablet. The background features several blue and white icons: a brain, a DNA helix, a human torso, a globe, and a circular diagram with '88%' and 'ENERGY'.

OTRAS PATOLOGIAS CON TECNOLOGIAS DE USO UNICO

Trasplante de órganos y precursores hematopoyéticos

NORMAS GENERALES DE TRASPLANTE

Los prestadores, sean públicos o privados, deberán estar habilitados (tanto la Institución como el Equipo de Trasplante) por el INSTITUTO NACIONAL CENTRAL UNICO COORDINADOR DE ABLACION E IMPLANTE (INCUCAI).

El INCUCAI gestionará los reintegros ante la Gerencia de Control Prestacional a través de los mecanismos establecidos en el marco del convenio que aprueba la Resolución N° 1627/2014-S.S.SALUD.



Módulo Pre-trasplante

Comprende la realización de los estudios necesarios para decidir un trasplante:

- * exámenes complementarios racionales y necesarios,
- * interconsultas especializadas (y los estudios y/o prácticas de ellas derivadas), adecuados para una correcta evaluación de la condición de receptor.

En caso de donante vivo relacionado:

- estudios necesarios en el candidato a donar, para una correcta evaluación de su condición de donante.

En caso de donante vivo relacionado se reintegrará únicamente el valor del estudio pre-trasplante del donante que ha sido seleccionado como dador.

Deberá incluirse el informe psico-social producido por el Centro de Trasplante, a fin de evaluar el contexto socioambiental para garantizar las condiciones para una mejor evolución del trasplante.

Para poder acceder al **reintegro del Módulo Pre-trasplante** se deberá demostrar fehacientemente que **el tiempo que medie entre el diagnóstico** de insuficiencia orgánica con indicación de trasplante y **la finalización del estudio que defina la condición** de candidato o no al mismo,

no deberá superar los tres (3) meses para los trasplantes de órgano único,

salvo riñón, que será de seis (6) meses.

Para los trasplantes combinados este período será de seis (6) meses.

Para el caso específico de trasplante de riñón o reno páncreas este período se contará desde la fecha Alta en el Registro Nacional de Insuficiencia Renal Crónica Terminal del INCUCAI o bien desde el diagnóstico e indicación de trasplante para aquellos casos en los que el paciente no ingresa nunca en hemodiálisis.

En los casos en que se hubieran efectuado prácticas de pre-trasplante y se hubiese producido el fallecimiento del paciente beneficiario, se admitirá la solicitud de reintegro para la cobertura financiera de dichas prácticas, debiéndose presentar el certificado de defunción y la constancia de la realización de estas.

INFORMACION REQUERIDA

1. Fecha de Diagnóstico de la Patología
2. Fecha de la inscripción en el Módulo Pre-trasplante
3. Matrícula de Profesional Tratante
4. Resumen de Historia Clínica que justifique el Trasplante
5. Resumen de estudios realizados como Pre-tasplante



Módulo de Trasplante de órgano

Abarca todos los trasplantes de órganos listados en la presente normativa. El módulo trasplante incluye:

- Ablación del órgano: en todos los órganos salvo en riñón que la ablación la efectúa el INCUCAI. En los restantes órganos sólidos la ablación está a cargo del Equipo de trasplante.
- Internación en los diferentes sectores acorde a necesidad.
- Honorarios del equipo médico clínico, quirúrgico, de anestesia, interconsultores y técnicos intervinientes en la cirugía y durante la internación.
- Gastos quirúrgicos, derechos quirúrgicos, de anestesia.
- Estudios complementarios necesarios relacionados con el procedimiento, de cualquier nivel de complejidad, que requieran ser efectuados estando el paciente internado.
- Medicamentos y material descartable utilizados durante la cirugía y en la internación.
- Medicina transfusional.
- Estudios endoscópicos necesarios.
- Estudios hemodinámicos.
- Estudios de Anatomía Patológica (biopsias de todo tipo).
- Todas las reoperaciones por complicaciones propias de la cirugía original.

INFORMACION REQUERIDA

1. Fecha de inscripción en registro del INCUCAI
2. Fecha del procedimiento
3. Matrícula de Profesional Tratante
4. Resumen de Historia Clínica que justifique el trasplante
5. Protocolo de Trasplante o Certificado de Trasplante del INCUCAI

Módulo de Trasplante de Precursores Hematopoyéticos

Este módulo es aplicable indistintamente a las tres variedades de trasplante:

- Autólogo
- Alogénico con donante emparentado
- Alogénico con donante no emparentado.

Difieren por la fuente de obtención de las células precursoras hematopoyéticas.

Bajo este nombre se engloba al Trasplante de Precursores Hematopoyéticos (Células Madre)

La fuente de origen y extracción de las células madre puede ser la médula ósea o bien la sangre periférica. Otra fuente de células madre progenitoras utilizadas en la práctica clínica en el ámbito de los trasplantes alogénicos es la sangre del cordón umbilical que se encuentra en el cordón y la placenta después del parto.

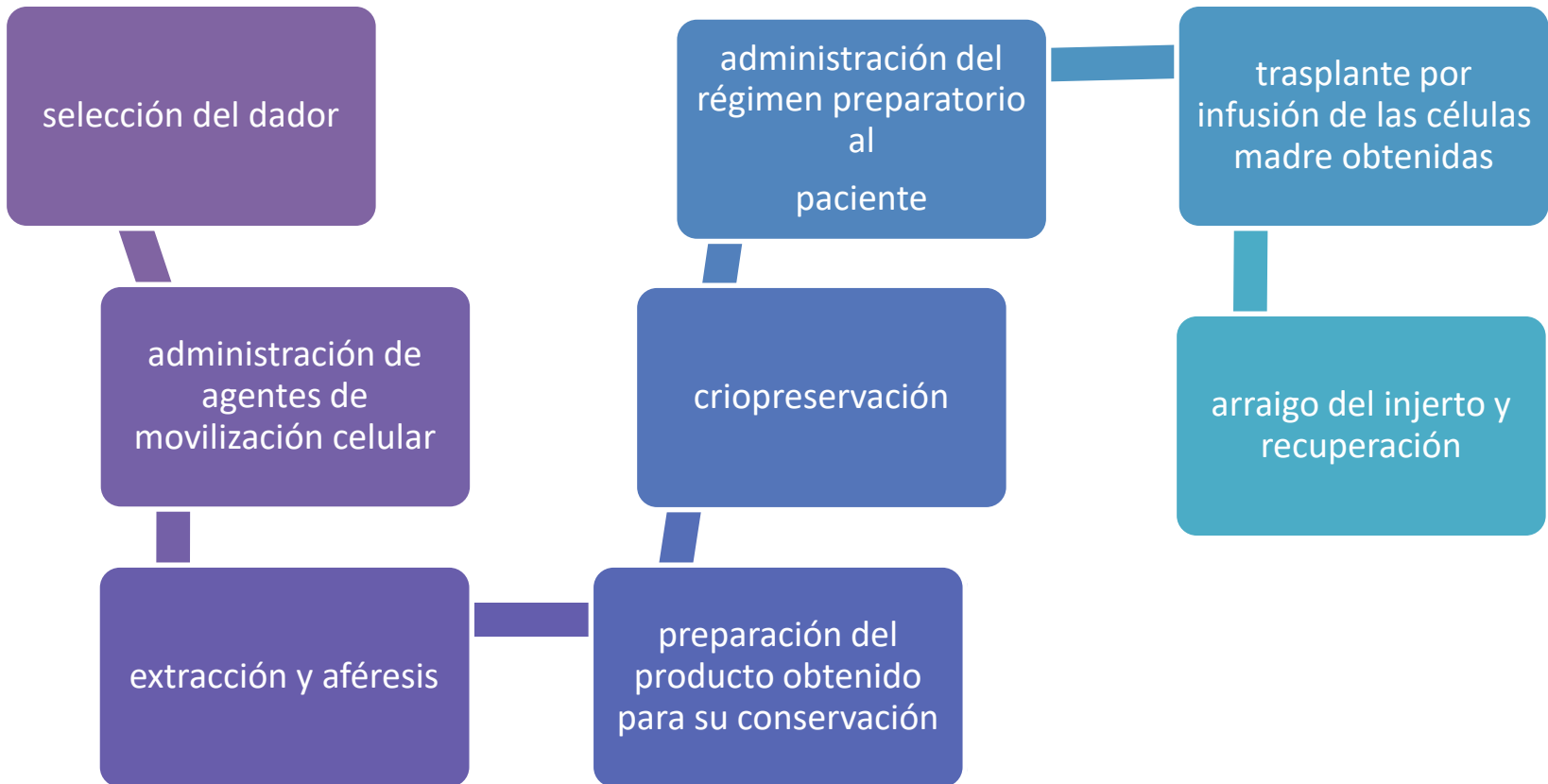
a) Si las células proceden del propio paciente, se denomina trasplante autólogo.

b) Si provienen de un donante celular distinto del paciente se denomina trasplante alogénico.

El trasplante alogénico tiene a su vez distintas variedades según el donante y la similitud del sistema de Antígenos Leucocitarios Humanos (Human Leukocyte Antigens - HLA). Si el donante es un hermano gemelo univitelino se denomina trasplante singénico. Cuando el donante es un familiar HLA idéntico (en general, un hermano), se denomina trasplante alogénico de hermano HLA idéntico. En el caso de que el donante sea un familiar que comparte un solo haplotipo del sistema HLA se denomina trasplante haploidéntico, y el donante puede ser un familiar cualquiera (padre, madre, primos) que comparte sólo la mitad de los genes implicados en el sistema HLA.

c) En el caso de un donante no emparentado se denomina trasplante alogénico con donante no emparentado y en este caso se procede a la activación de la Búsqueda Internacional y a la Procuración de un donante a través del INCUCAI.

El procedimiento del trasplante consta de diferentes etapas sucesivas a saber



Fundamento Terapéutico: Según las indicaciones validadas por el INCUCAI (Resolución 309/07 INCUCAI y su Modificatoria 414/12).

La composición del Módulo Incluye:

- Honorarios médicos de la totalidad del equipo de trasplante, incluyendo todas las especialidades médicas que se requieran durante la internación.
- Internación en habitación individual con aire filtrado y climatizada, con baño privado, en la Unidad de Trasplante de Médula Ósea. Medidas de aislamiento. Personal de enfermería especializado para el cuidado de pacientes neutropénicos y trasplantados. Alimentación balanceada y descontaminada bajo supervisión de Nutricionista. Eventual alimentación parenteral.
- Derechos asistenciales y de quirófano, colocación de catéteres, prácticas y estudios necesarios inherentes a la patología de base durante el procedimiento (análisis de laboratorio clínico, hematológicos, bacteriología y virología).
- Anatomía Patológica, Inmunología.
- Diagnósticos por Imágenes: Radiología, Ecografía, TAC y RMN.

- Hemoterapia: Procesamiento y Transfusión de Glóbulos rojos, Plaquetas y Hemoderivados, irradiación de los Hemoderivados.
- Medicamentos y material descartable: Citostáticos e Inmunosupresores, Antibióticos, Soluciones parenterales, antifúngicos y antivirales, Kits para separación celular, Set de infusión para Alimentación parenteral y enteral y todo otro material necesario para los procedimientos.
- Implementación de técnicas específicas para la recolección de células progenitoras del propio paciente (trasplante autólogo) o de dador relacionado (trasplante alogénico con donante relacionado)
- Aféresis celular.
- Recuentos celulares del producto obtenido por citometría de flujo para determinar el número de células progenitoras (CD34) Procesamiento de las células previo a la preservación. Criopreservación y conservación de Nitrógeno líquido.
- Drogas y factores estimulantes que se requieran para el procedimiento de movilización de células progenitoras de sangre periférica.

INFORMACION REQUERIDA

1. Fecha de Diagnóstico de la Patología
2. Fecha de realización del trasplante
3. Matrícula de Profesional Tratante
4. Resumen de Historia Clínica que justifique el uso de la tecnología
5. Protocolo de la infusión celular
6. Constancia del Registro de Trasplantes de Precusores Hematopoyéticos del INCUCAI
7. Comprobante de colocación del CDH
8. Protocolo del procedimiento del CDH

Hepatitis crónica por virus C

Fundamento terapéutico: Todos los pacientes con diagnóstico de infección por virus de Hepatitis C, independientemente de la gravedad de la afección.

Todas las personas portadoras de VHC confirmado por ARN serán candidatas a tratamiento antiviral con nuevos antivirales de acción directa, independientemente de la gravedad de la fibrosis hepática.

Solo se podrán presentar ante SURGE los esquemas finalizados, en los cuales se haya podido comprobar la respuesta viral obtenida.

INFORMACION REQUERIDA

1. Fecha de Diagnóstico de la Patología
2. Tratamientos Previos
3. Fecha de inicio de terapia antiviral con esquema libre de interferón
4. Matrícula de Profesional Tratante
5. Resumen de Historia Clínica que justifique el uso de la tecnología
6. Información clínica para aportar
 - o Genotipo viral
 - o Estadio de fibrosis
 - o Confección con VIH
 - o Antecedentes de trasplante de hígado
 - o Carga viral inicial
 - o Cantidad de semanas de tratamiento
 - o Respuesta viral obtenida