



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° 5



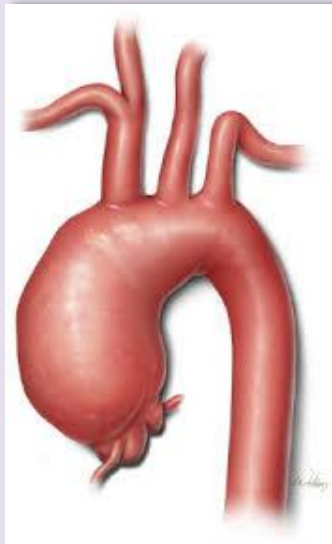
“La educación es el arma más poderosa que puedes usar para cambiar el mundo” - Nelson Mandela

Endoprótesis (AAA – AAT/ Periféricas)

Tecnología:

AAA/AAT

- Para tratamiento endovascular del aneurisma de aorta abdominal o aneurisma de aorta torácica.



PERIFERICA

- Para tratamiento endovascular periférico por procedimientos hemodinámicos, insumos (endoprótesis autoexpandibles, expandibles con balón, o cubiertos/no cubiertos) para procesos arteriales: obstructivos, estenóticos, aneurismáticos, deformativos, congénitos



Fundamento Terapéutico:

AAA/AAT

Se reconocerá el reintegro cuando se encuentre justificada la imposibilidad de realizar la cirugía a cielo abierto y cumpla con alguno de los criterios predictores de riesgo:

- Infarto de miocardio agudo o reciente con evidencia de riesgo isquémico determinado por síntomas y/o estudios no invasivos.
- Angina inestable (CF III o IV).
- Arritmias significativas: bloqueo AV de alto grado / arritmias ventriculares sintomáticas / arritmias supraventriculares con ritmo ventricular no controlado.
- Enfermedad valvular severa.
- Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica (EPOC con FEV1 < 35% del valor de referencia, PaO2 < 60 mm Hg o PaCO2 > 45 mm Hg).
- Riñón en herradura (no para AAT).
- Insuficiencia renal crónica en plan de diálisis.
- Insuficiencia hepática.
- Trasplante de órganos.
- Abdomen Hostil (pacientes con cirugías abdominales previas, eventraciones, colostomías, ileostomías, etc. y/o abdomen irradiado).
- Tórax Hostil (con cirugía previas) o irradiado.

PERIFERICA

Se reconocerá el reintegro cuando se encuentre imposibilitada la realización de cirugía a cielo abierto y cumpla con alguno de los criterios predictores de riesgo:

- Infarto de miocardio agudo o reciente con evidencia de riesgo isquémico determinado por síntomas y/o estudios no invasivos.
- Angina inestable (CF III o IV).
- Arritmias significativas: bloqueo AV de alto grado/arritmias ventriculares sintomáticas/arritmias supraventriculares con ritmo ventricular no controlado.
- Enfermedad valvular severa
- Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica (EPOC con FEV1 < 35% del valor de referencia, PaO2 < 45 mm Hg).
- Riñón en herradura.
- Insuficiencia renal crónica en plan de diálisis.
- Insuficiencia hepática.
- Trasplante de órganos.
- Abdomen Hostil (pacientes con cirugías abdominales previas, eventraciones, colostomías, ileostomías, etc. y/o abdomen irradiado).
 - Acceso Hostil (con cirugía previas) o irradiado.

Información requerida:

AAA/AAT

- 1. Fecha de Diagnóstico de la Patología
- 2. Fecha de procedimiento
- 3. Matrícula de Profesional Tratante
- 4. Resumen de Historia Clínica que justifique el uso de la tecnología
- 5. Prescripción de la endoprótesis
- 6. Comprobante de Implante
- 7. Protocolo del procedimiento



PERIFERICA

- 1. Fecha de Diagnóstico de la Patología
- 2. Fecha de procedimiento
- 3. Matrícula de Profesional Tratante
- 4. Resumen de Historia Clínica que justifique el uso de la tecnología
- 5. Prescripción del procedimiento
- 6. Comprobante de Implante
- 7. Protocolo del procedimiento



Estenosis valvular aórtica

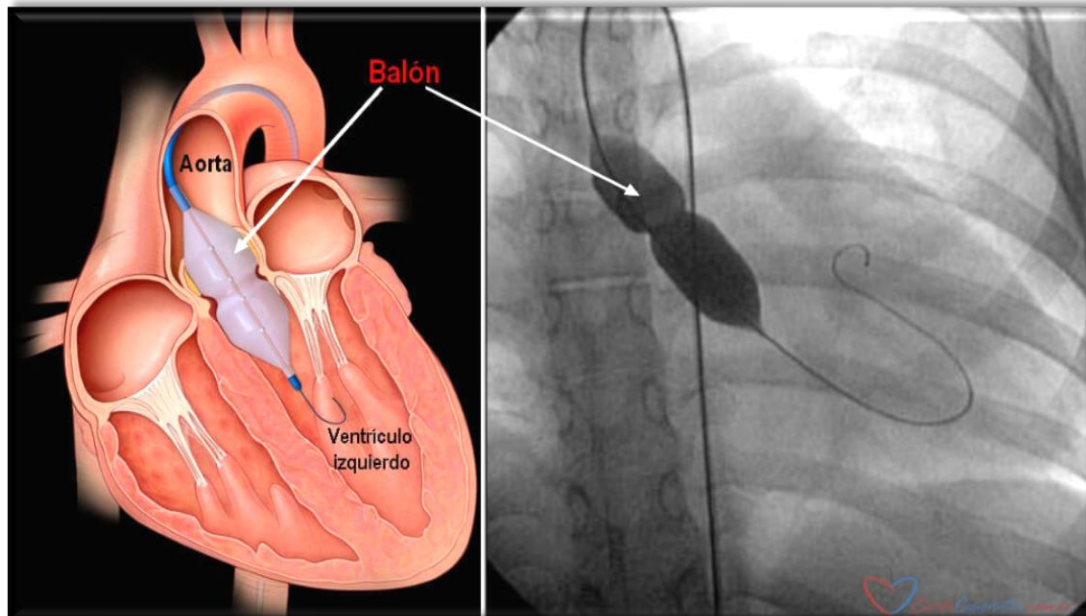
Tecnología:

Válvula aórtica protésica para implante percutáneo - TAVI

El reemplazo valvular aórtico percutáneo (RVAP) es un procedimiento que consiste en la sustitución de la válvula aórtica nativa por una prótesis acoplada o no, a un stent, que se coloca percutáneamente a través de vía transarterial o transapical.

Fundamento diagnóstico:

Ecocardiograma transesofágico, Ecodoppler color, Ergometría (si corresponde), Estudio de perfusión miocárdica (si corresponde), Estudio Hemodinámico (si corresponde). Determinación del riesgo quirúrgico por STS o Euroscore Logístico.



Fundamento terapéutico:

Pacientes con estenosis aórtica severa, sintomática, que no puedan someterse a un reemplazo valvular convencional, debido a un elevado riesgo quirúrgico (STS>10 % o Euroscore logístico >20%), o pacientes en los cuales el reemplazo valvular aórtico convencional se encuentre contraindicado por un equipo quirúrgico. Los pacientes deben tener las siguientes condiciones:

- Anillo aórtico entre 18 y 29 mm
- Expectativa de vida mayor a 1 año (ausencia de enfermedades terminales o severas sin posibilidad de curación)
- No presentar trombos en ventrículo izquierdo, endocarditis ni condiciones con alto riesgo de obstrucción del ostium coronario
- No presentar válvula aórtica bicúspide
- Fracción de eyección mayor al 20%

Información requerida:

1. Fecha de Diagnóstico de la Patología
2. Fecha de procedimiento
3. Matrícula de Profesional Tratante
4. Resumen de Historia Clínica que justifique el uso de la tecnología
5. Prescripción del implante valvular
6. Ecocardiograma previo al procedimiento
7. Comprobante de Implante
8. Protocolo del procedimiento
9. Información de resultados
 - Mortalidad dentro de los 30 días
 - Necesidad de marcapasos transitorio
 - Otras complicaciones
 - Clase funcional post-implante



Insuficiencia cardíaca aguda / Shock cardiogénico

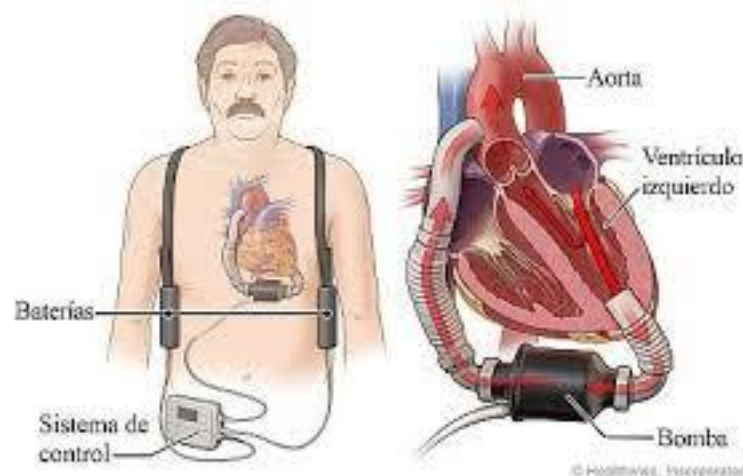
Tecnología:

Dispositivo de asistencia ventricular (DAV) o corazón artificial y módulo de seguimiento.

El Dispositivo de Asistencia Ventricular sustituye la función de bomba de uno de los ventrículos o ambos. Estos dispositivos pueden ser totalmente implantables o poseer además una unidad extracorpórea. El fundamento para la utilización del DAV debe ser circunscripto específicamente en los casos en los cuales la función ventricular deteriorada tiene probabilidad de recuperación o como puente al trasplante cardíaco. Varios estudios han demostrado que las asistencias ventriculares izquierdas se asocian a beneficios hemodinámicos, neurohormonales y electrofisiológicos lo cual avala el uso del DAV como puente a la recuperación ventricular.

Fundamento Terapéutico:

- Shock cardiogénico refractario al soporte inotrópico a dosis máximas y balón de contrapulsación (si no hay contraindicación) como puente transitorio al trasplante cardíaco.
- Insuficiencia Cardíaca Aguda secundaria a Miocarditis aguda fulminante como puente a la recuperación miocárdica.



Información requerida:

1. Fecha de Diagnóstico de la Patología
2. Fecha de procedimiento
3. Matrícula de Profesional Tratante
4. Resumen de Historia Clínica que justifique el uso de la tecnología
5. Prescripción del dispositivo de asistencia ventricular
6. Inscripción en lista de espera de trasplante de INCUCAI
7. Comprobante de colocación del dispositivo
8. Protocolo del procedimiento
9. Información de resultados
o Mortalidad dentro de los 30 días
o Otras complicaciones
10. Resumen de Historia Clínica de seguimiento evolutivo en el caso del módulo de seguimiento



Insuficiencia cardíaca / Insuficiencia Respiratoria

Tecnología:

Dispositivo de oxigenación por membrana extracorpórea (extracorporeal membrane oxygenation - ECMO).

La ECMO constituye un sistema de soporte vital, el cual puede ser utilizado en personas en estado crítico, con fallo pulmonar o cardiopulmonar reversible, que no responden a técnicas o tratamientos convencionales, lo cual puede incidir negativamente en el pronóstico del paciente. Se define específicamente soporte cardiorrespiratorio total o parcial durante un período suficiente, hasta que mejore la patología que ocasiona el cuadro. Existen dos tipos de ECMO: Veno-Venosa y Veno-Arterial.

Fundamento diagnóstico:

la valoración del equipo tratante constituye la principal fuente en la que se basan y justifican la toma de decisiones. Es importante tener en cuenta la recuperabilidad del enfermo para no realizar maniobras fútiles.

Fundamento terapéutico:

- Falla cardíaca: falla de salida de circulación extracorpórea, síndrome post-cardiotomía, falla aguda post IAM, miocarditis, cardiomiopatías descompensadas, puente a asistencia ventricular, trasplante o resucitación cardiopulmonar
- Falla respiratoria: Síndrome de distrés respiratorio del adulto, síndrome de dificultad respiratoria del recién nacido, síndrome de repercusión post trasplante pulmonar, crisis bronquial obstructiva severa intratable y disnea secundaria a trauma.

Información requerida:

1. Fecha de Diagnóstico de la Patología
2. Fecha de procedimiento
3. Matrícula de Profesional Tratante
4. Resumen de Historia Clínica que justifique el uso de la tecnología
5. Prescripción de la ECMO
6. Protocolo de ECMO
7. Inscripción en lista de espera de trasplante de INCUCAI (en caso de ser usada como puente)



Arritmias ventriculares / Prevención de muerte súbita

Tecnología:

Cardiodesfibrilador implantable uni o bicameral

El cardiodesfibrilador implantable (CDI) es un dispositivo con función de estimulación Cardíaca similar a la del marcapasos. Lleva incorporada la capacidad de detectar arritmias cardíacas que ponen en riesgo la vida (taquicardia o fibrilación ventricular) y en esas circunstancias, administrar un choque eléctrico, restaurando el ritmo normal del corazón y evitando la muerte súbita por arritmia. El CDI consta de 1 o 2 catéteres que alcanzan las cavidades derechas del corazón y una unidad funcional. Básicamente este dispositivo capta señales intracardiacas y las analiza según los parámetros programados, discriminando si se corresponden con una taquiarritmia ventricular.



Fundamento terapéutico:

Prevención Secundaria:

- Paciente reanimado de taquicardia ventricular sostenida (TVS) / fibrilación ventricular (FV) con inestabilidad hemodinámica o Paro Cardiorrespiratorio, independientemente de la etiología, pero fuera del contexto de una causa reversible.
- Enfermedad cardíaca estructural, independiente del grado de deterioro de la función sistólica ventricular izquierda (FSVI) y TVS espontánea, ya sea hemodinámicamente estable o inestable.
- Síncope de origen no determinado con TV o FV clínicamente relevante y sostenida y hemodinámicamente significativa inducida en el estudio electrofisiológico.

Prevención Primaria:

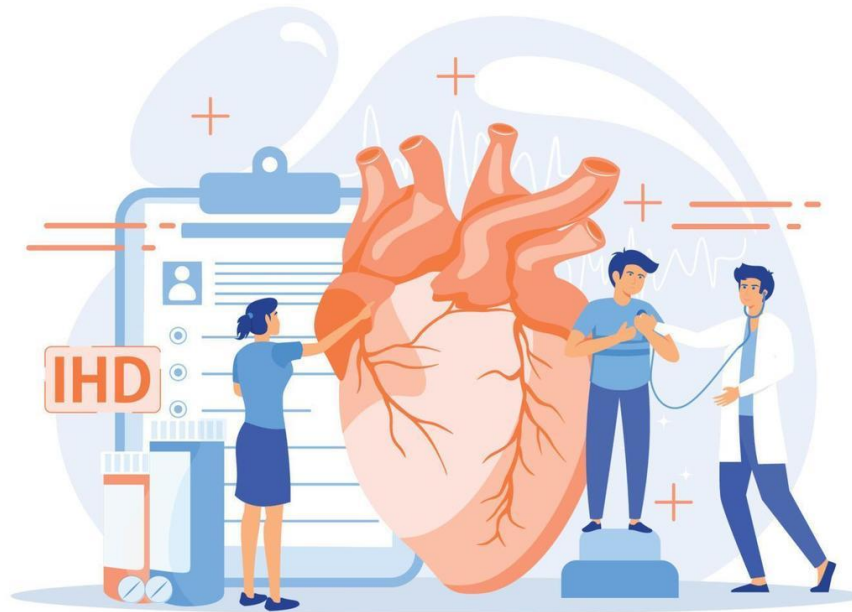
- Fracción de eyección ventricular izquierda (FEVI) = 35% debido a infarto de miocardio previo, al menos 40 días antes o miocardiopatía dilatada (MCPD) no isquémica, clase funcional New York Heart Association (NYHA) II o III, bajo tratamiento médico óptimo (debe incluir salvo contraindicaciones inhibidores de enzima convertidora de angiotensina —IECA—, betabloqueantes, antialdosterónicos).
- Disfunción ventricular Izquierda debido a IAM previo por lo menos 40 días antes, FEVI = 30%, clase funcional NYHA I - Displasia del ventrículo derecho arritmogénica/cardiomiopatía, con uno o más factores de riesgo para la muerte súbita.
- Síndrome QT largo, experimentando síncope y/o TV mientras recibe betabloqueantes.
- Pacientes no hospitalizados como puente a recibir un trasplante cardíaco.
- Síndrome de Brugada con síncope, TV sostenida u otros factores de riesgo asociados (muerte súbita familiar, inducción TV/FV en estudio electrofisiológico).
- TV polimórfica catecolaminérgica con síncope y/o TV sostenida documentada durante tratamiento con betabloqueantes.
- La enfermedad de Chagas recibirá CDI, siguiendo los mismos lineamientos de la miocardiopatía no isquémica.
- TV sostenida y sintomática en un niño o adulto con cardiopatía congénita. – Síncope recurrente de origen desconocido en un niño o adulto con cardiopatía congénita en presencia de disfunción ventricular.

• Miocardiopatía hipertrófica definida y alguno de los siguientes antecedentes:

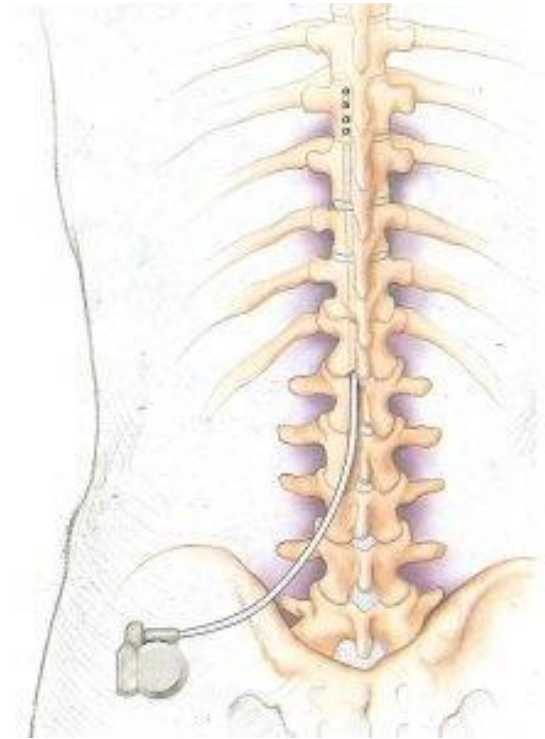
- 1) Antecedente personal de muerte súbita o taquicardia ventricular sostenida
- 2) Historia de muerte súbita relacionada a la miocardiopatía hipertrófica (MCH) en al menos un familiar en primer grado
- 3) Haber experimentado al menos un episodio sincopal reciente
- 4) Hipertrofia masiva del ventrículo izquierdo (espesor parietal máximo igual o mayor de 30 mm)
- 5) Detección de taquicardia ventricular sostenida (TVNS) en el registro ambulatorio de Holter
- 6) Respuesta hipotensiva o plana de la presión arterial durante el ejercicio (incremento de la presión arterial menor a 25 mm Hg).

Información requerida:

1. Fecha de Diagnóstico de la Patología
2. Fecha de procedimiento
3. Matrícula de Profesional Tratante
4. Resumen de Historia Clínica que justifique el uso de la tecnología
5. Prescripción del CDI
6. Comprobante de colocación del CDI
7. Protocolo del procedimiento del CDI



Enfermedades con uso De neuroestimulador implantable



A. Enfermedad de Parkinson refractaria al tratamiento

Tecnología:

Neuroestimulador para neuroestimulación cerebral profunda (ECP).

La Neuroestimulación Cerebral Profunda es un tratamiento quirúrgico en el cual se implanta un dispositivo, el neuroestimulador, que ha de transmitir señales eléctricas a las áreas del cerebro que controlan el movimiento, bloqueando las señales nerviosas anormales que generan el temblor y otros síntomas invalidantes de la Enfermedad de Parkinson. Este tipo de tratamiento sólo se utiliza en los casos en que los síntomas no puedan ser controlados con tratamiento medicamentoso adecuado y en dosis óptimas. Este tratamiento no es curativo, pero mejora el temblor, la rigidez, los movimientos lentos y las dificultades motoras especialmente la marcha.

Fundamento Terapéutico:

Pacientes con Enfermedad de Parkinson avanzada en quienes el tratamiento farmacológico a dosis óptimas resulte insuficiente para el control de las variables motoras o cuando los fenómenos de fluctuación resulten en un importante impacto en la calidad de vida. No debe existir otro diagnóstico que pueda explicar la no respuesta al tratamiento.



No se reconocerá reintegro en:

- Pacientes con severo déficit cognitivo, demencia, atrofia cerebral o depresión que sería empeorado por la ECP
- Psicosis, abuso de alcohol o abuso de drogas
- Edad mayor de 85 años
- Pacientes con Enfermedad de Parkinson Estadio V de Hoehn y Yahr que es un estadio terminal caracterizado por caquexia, invalidez, imposibilidad de pararse o caminar, que requiere constantes cuidados de enfermería
- Lesiones estructurales como ACV de los ganglios basales, tumores, o malformaciones vasculares como etiología de los trastornos del movimiento
- Cirugía previa por trastornos del movimiento en los ganglios basales afectados
- Discrasias sanguíneas
- Comorbilidades médicas, quirúrgicas, neurológicas que contraindiquen la ECP.

B. Dolor crónico intratable

Tecnología:

1) Neuroestimulador espinal

La Neuroestimulación espinal comprende la estimulación de los cordones posteriores de la médula. Consta de un generador de impulsos eléctricos que se implanta en un bolsillo del tejido celular subcutáneo de la región abdominal y, de electrodos que se disponen en el espacio epidural unidos por un cable de conexión con el generador de impulsos eléctricos.

Fundamento Terapéutico:

- Dolor Neuropático Crónico: se deberá demostrar dolor durante un tiempo establecido y el antecedente de ser refractario a por lo menos cuatro (4) fármacos indicados para el dolor neuropático, de no existir contraindicaciones, durante un tiempo no menor a tres 3 meses, no habiendo disminuido el dolor más del 30% manteniéndose con una intensidad no menor de 5 en la escala de 0 a 10 y generando una mala calidad de vida.
- Dolor Lumbar: por lo menos seis (6) meses previos de dolor. Procedimiento indicado en aquellos pacientes que han recibido varias cirugías y en especial en aracnoiditis adhesivas o en el Síndrome de la Cola de Caballo.
- Síndrome postlaminectomía.
- Síndrome de columna fallida.
- Síndrome doloroso regional complejo (SDRC) tipo I o tipo II.



C. Epilepsia refractaria al tratamiento médico

Se define como epilepsia resistente a fármacos en donde no se han controlado las crisis tras el tratamiento adecuado con dos fármacos antiepilépticos tolerados, adecuadamente elegidos y pautados (monoterapia o en combinación), entendiendo como falta de control a la aparición de crisis a lo largo de un año o que se presenten en un tiempo inferior a tres veces el intervalo que mostraba antes de iniciar el tratamiento.

Tecnología:

El Neuroestimulador vagal comprende la estimulación del nervio vago. Consta de un generador de impulsos eléctricos que se implanta en un bolsillo del tejido celular subcutáneo de la región infraclavicular y de un electrodo helicoidal bipolar que se dispone alrededor del tramo cervical del nervio vago izquierdo, y que está unido por un cable de conexión con el generador.



Fundamento terapéutico:

- Diagnóstico de epilepsia confirmado
- Edad: 12 a 65 años
- Crisis parciales o generalizadas idiopáticas o de origen estructural - Período interictal < 3 semanas - Fallo de la medicación tras 1 mes de tratamiento comprobable con una o tres drogas con niveles estables y máximos tolerados
- Cumplimiento adecuado del tratamiento farmacológico, documentando debidamente su fracaso
- Convulsiones parciales que permanecen refractarias al tratamiento óptimo con medicación antiepiléptica o tienen contraindicación o intolerancia a todo tratamiento antiepiléptico, incluyendo el tratamiento quirúrgico

No se reconocerá reintegro en:

- Vagotomía cervical previa
- Enfermedad neurológica progresiva o enfermedad sistémica
- Arritmias cardíacas
- Asma o EPOC
- Úlcera Péptica
- Diabetes insulino-dependiente
- Embarazo
- Historia de crisis no epiléptica.

Información requerida:

1. Fecha de Diagnóstico de la Patología
2. Fecha de colocación del Neuroestimulador
3. Matrícula de Profesional Tratante
4. Resumen de Historia Clínica que justifique el uso de la tecnología
5. Prescripción del Neuroestimulador
6. Comprobante de colocación del Neuroestimulador
7. Protocolo del procedimiento de colocación del Neuroestimulador

Neuroestimulador



Módulo de cirugía para la epilepsia refractaria

Tecnología:

2) Módulo de cirugía para la epilepsia refractaria.

El módulo de cirugía para la epilepsia comprende los estudios invasivos prequirúrgicos, el procedimiento quirúrgico propiamente dicho y el material quirúrgico.

Se reconocen como procedimientos para la cirugía de la epilepsia refractaria los siguientes:

Hemisferectomía, Callostomía y Lobectomía Temporal. Previo a la realización de la cirugía es necesaria la evaluación del paciente:

- anamnesis y examen físico
- detalle de las características del síndrome convulsivo y su gravedad
- circunstancias sociales
- examen neurológico
- electroencefalograma de 24 horas para registro de eventos interictales e ictales y estudios de neuroimagen (RMN), etc.



Fundamento terapéutico:

Diagnóstico definido de epilepsia y el cumplimiento de las siguientes condiciones:

- Se ha descartado otra fuente de ataques no epilépticos como los síncope y las convulsiones psicógenas.
- Se documenta el diagnóstico de epilepsia claramente definido.
- En general, son candidatos los pacientes que presenten convulsiones incapacitantes o toxicidad inaceptable por fármacos.
- La cirugía mejorará significativamente la calidad de vida.
- La frecuencia de las convulsiones interfiere la actividad diaria de la persona.
- Debe haber pasado un periodo de tiempo adecuado con un uso correcto de fármacos anticonvulsivantes en dosis adecuadas, con monitoreo de estos en sangre y con la constancia de la adherencia al tratamiento.

Información requerida:

1. Fecha de Diagnóstico de la Patología
2. Fecha de realización del procedimiento
3. Matrícula de Profesional Tratante
4. Resumen de Historia Clínica que justifique el uso de la tecnología
5. Prescripción del procedimiento
6. Protocolo quirúrgico

Prótesis para las amputaciones de los miembros

Prótesis incluida:

- Prótesis para desarticulación de cadera con unidades de cadera y de rodilla con sistemas de propulsión hidráulicos y/o neumáticos.

Fundamento terapéutico:

Pacientes hasta 60 años con amputación de miembro inferior, activos que ya hayan cumplido el tratamiento preprotésico con buenos resultados demostrables de marcha sin requerir asistencia mecánica o que hayan utilizado equipamiento previo con resultados demostrables de marcha sin requerir asistencia mecánica.



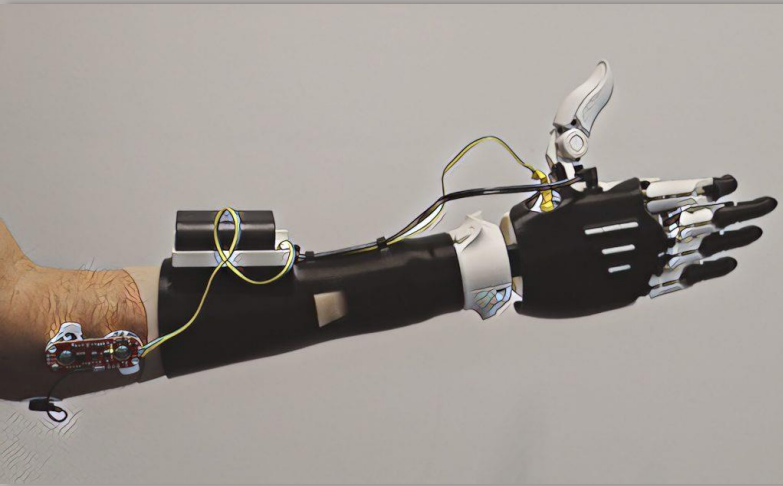
Prótesis incluidas:

- Prótesis para amputación de miembro inferior sobre rodilla con rodillas controladas por microprocesadores.
- Prótesis para amputación supracondílea de miembro inferior con unidades de rodilla con sistemas de propulsión hidráulicos y/o neumáticos.
- Prótesis para amputación bajo rodilla con módulos y pie en fibra de carbono, conos de siliconas, sistemas de vacío mediante bomba expulsora

Fundamento terapéutico:

Pacientes hasta 50 años con amputación de miembro inferior correspondiente según prótesis solicitada, activos que ya hayan cumplido el tratamiento preprotésico con buenos resultados demostrables de marcha sin requerir asistencia mecánica o que hayan utilizado equipamiento previo con resultados demostrables de marcha sin requerir asistencia mecánica.





Prótesis incluida:

- Prótesis para amputación de miembro superior **bajo codo** con mano mioeléctrica.

Fundamento terapéutico:

Amputación o pérdida del miembro a nivel de la muñeca o más arriba; imposibilidad de utilizar la prótesis estándar o insuficiencia de ésta para satisfacer las necesidades funcionales del paciente en la realización de actividades de la vida diaria; preservación, en el muñón, de un umbral de microvoltios suficiente para permitir el correcto funcionamiento de la prótesis; función neurológica, miocutánea y cognitiva suficiente para manejar el dispositivo; ausencia de comorbilidades que podrían interferir con el mantenimiento de la función de la prótesis; desempeño de actividades en un entorno que no inhiba la función de la prótesis (por ejemplo, un ambiente húmedo o descargas eléctricas puedan afectar el aparato); superación de una prueba de control para ser considerado candidato.

Fundamento terapéutico:

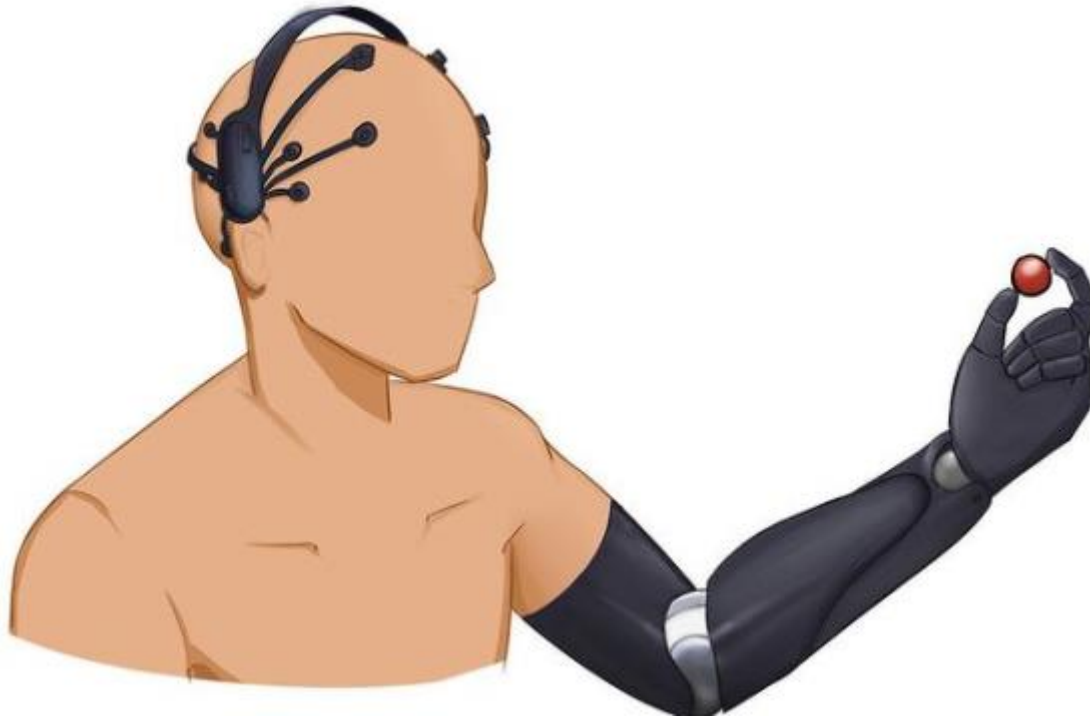
Amputación o pérdida del miembro a nivel de la muñeca o más arriba; imposibilidad de utilizar la prótesis estándar o insuficiencia de ésta para satisfacer las necesidades funcionales del paciente en la realización de actividades de la vida diaria.

Prótesis incluida:

- Prótesis para amputación de miembro superior sobre codo con codo y mano mioeléctrica.

Fundamento terapéutico:

Amputación o pérdida del miembro a nivel de la muñeca o más arriba;
imposibilidad de utilizar la prótesis estándar o insuficiencia de ésta para satisfacer las necesidades funcionales del paciente en la realización de actividades de la vida diaria.



Información requerida:

1. Fecha de Diagnóstico de la Patología
2. Fecha de provisión de la prótesis
3. Matrícula de Profesional Tratante
4. Resumen de Historia Clínica que justifique el uso de la tecnología
5. Prescripción de la Prótesis
6. Remito de provisión de la Prótesis
7. Conformidad del afiliado respecto al elemento provisto



ORIGINAL - NO REGISTRADO EN AFIP		
TusFacturas	R COD. 999	REMITO 00001-00000001
Razón Social: Cuit de prueba Domicilio: asdsadasd		Fecha de emisión: 15/02/2019 CUIT: 27174677188 Ingresos Brutos: 56 Fecha de inicio de actividades: 29/07/2018 Condición frente al IVA: Responsable Inscripto
Apellido y nombre / Razón Social: CLIENTE DE PRUEBA		
Domicilio: a BUENOS AIRES		
DNI: 9999	Condición frente al IVA: Consumidor Final	Condición de venta: Contado (vto pago: 15/02/2019)
Unidades	Bultos	Producto / Servicio
1 unidades		PROTESIS SEGUN ESPECIFICACIONES TECNICAS DETALLADAS

Prótesis de implante traumatológicas

A. Prótesis de Cadera y/o Rodilla Oncológicas o no convencionales

Fundamento terapéutico:

Patología oncológica que lleve a la necesidad de reemplazo de cadera.

(Incluye la utilización de cemento quirúrgico en cantidades y tipo que el cirujano utilice - asistencia técnica en el quirófano - Set de colocación y extracción - Set completo en préstamo, incluidas las sierras - Set de descartables: Steri-Drape, U-Drape - hemosuctores y otros).

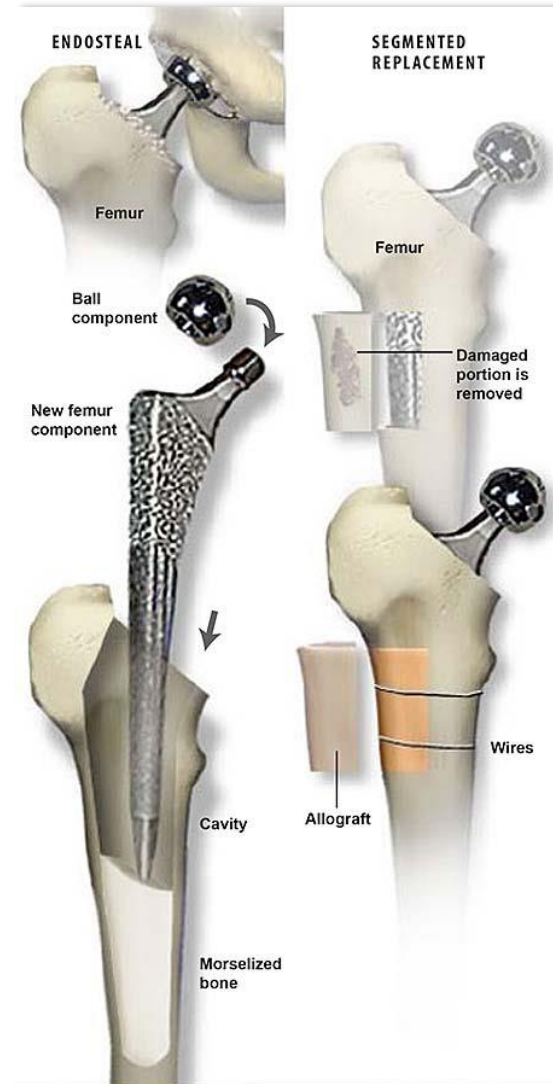


B. Prótesis Especiales de Cadera – Primaria o de Revisión

(Incluyen: Modulares - Superficies cerámica- cerámica / cerámica - polietileno o metal - metal/ de cabezas grandes 32mm / 36 mm/ 40 mm / superficie metal trabeculadas).

Fundamento terapéutico:

Requerimientos específicos que determinen la necesidad de utilizar prótesis especiales.

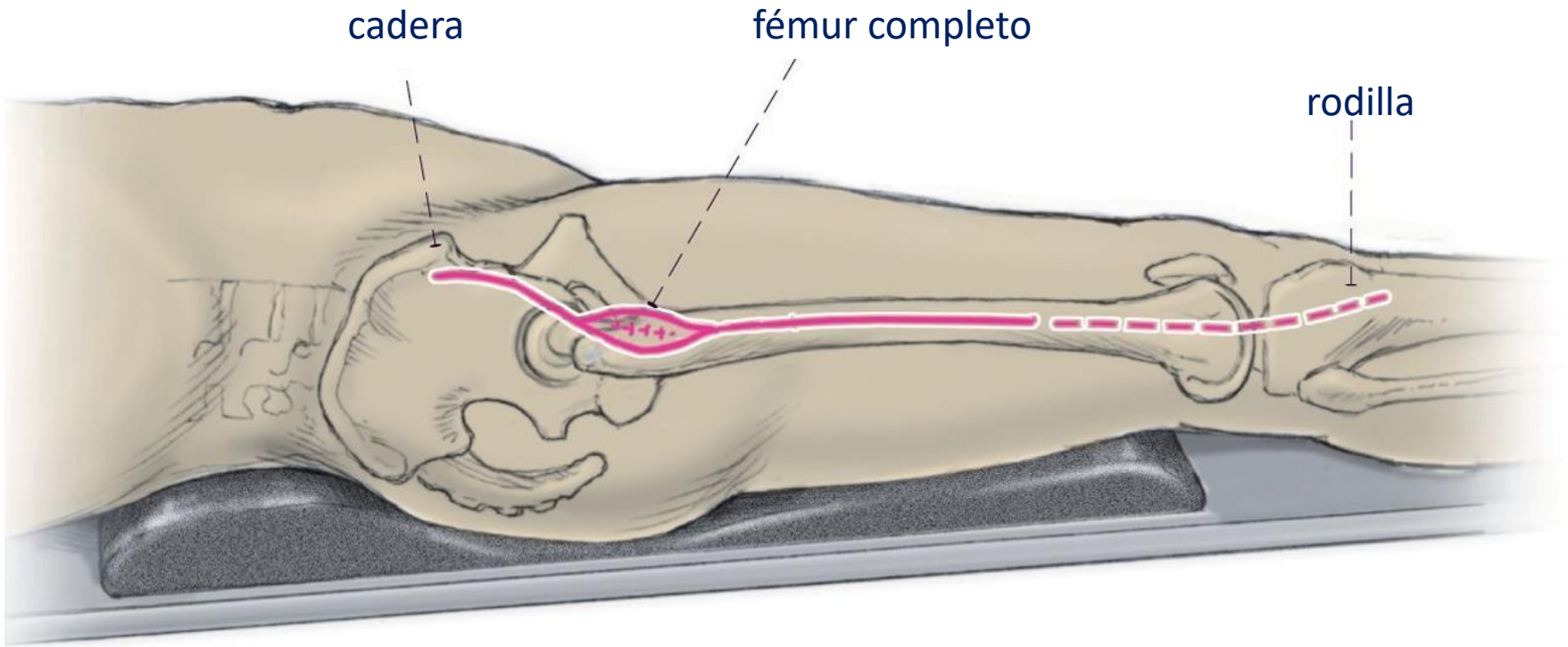


C. Prótesis Total Traumatológica Oncológica o no convencional

La prótesis incluye la articulación de la cadera, fémur completo y la articulación de la rodilla.

Fundamento terapéutico:

Patología oncológica que lleve a la necesidad de reemplazo de cadera, fémur y rodilla.



D. Instrumentación de Columna

Sistema de Instrumentación de Columna para Escoliosis: Evolutivas de más de 30° (instrumentación por vía anterior o posterior) en pacientes adultos o pediátricos.

Fundamento terapéutico:

Patología de escoliosis que requiera la tecnología específica.



Información requerida para todas las prótesis:

1. Fecha de Diagnóstico de la Patología
2. Fecha de provisión de la prótesis
3. Matrícula de Profesional Tratante
4. Resumen de Historia Clínica que justifique el uso de la tecnología
5. Prescripción de la Prótesis
6. Protocolo quirúrgico
7. Comprobante de colocación de la p



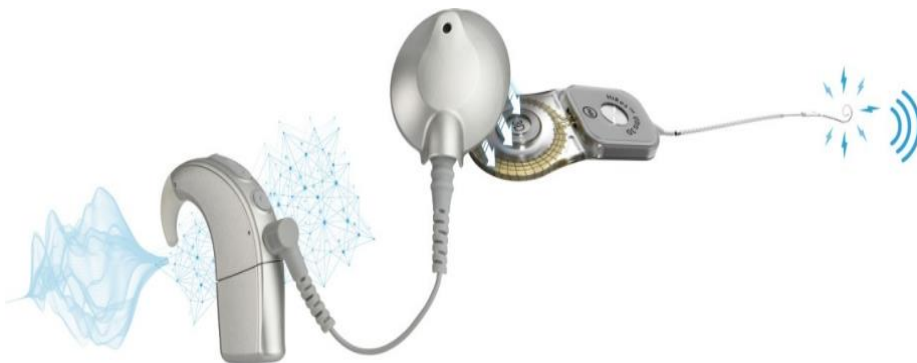
Hipoacusia de diferentes orígenes

A. Prótesis implantable coclear y módulo de procedimiento quirúrgico de implante.

Tecnología: Prótesis implantable coclear y módulo de procedimiento quirúrgico de implante.

La prótesis para implante coclear es un dispositivo de alta tecnología y precisión que está destinado a proporcionar o restablecer la audición en aquellas personas que padecen hipoacusia de diferentes etiologías. Consta de un dispositivo interno que se coloca bajo anestesia general en el hueso temporal y ejerce la función de transductor del cual emergen dos finos cables uno de masa, que queda anclado en el músculo temporal y otro que lleva electrodos que se insertan en la rampa timpánica de la cóclea.

El dispositivo externo consta de un procesador de sonidos y una bobina. El procesador capta los sonidos a través de un micrófono, los transmite a un microprocesador que ejerce la función de codificar la información sonora recibida y la transmite a la bobina. Esta última se mantiene en relación con el dispositivo interno a través de un campo magnético generado por un imán y transmite por radiofrecuencia los sonidos codificados por el microprocesador produciendo así la estimulación del nervio auditivo.



Fundamento Terapéutico:

PRELINGUALES:

- Desde los doce meses de edad con hipoacusia perceptiva (neurosensorial) profunda: pérdida de más de 90 db bilateral en las frecuencias del habla (500 a 2000 cps).
- Desde los veinticuatro meses de edad con hipoacusia perceptiva (neurosensorial) severa a profunda: pérdida de entre 60 y 90 db bilateral en las frecuencias del habla (500 a 2000 cps).
- El uso de audífonos específicos (selección de audífonos) y estimulación auditiva adecuada (respuesta a los audífonos) durante seis meses, son requisitos previos necesarios, salvo casos de urgencia como osificación coclear postmeningitis. Esta última sustituye al primer requisito.
- Prelinguales de más de seis años: los resultados dependen de las adquisiciones lingüísticas previas al implante, es decir del grado de oralización alcanzado. Evaluación según Categorías de Geers y Moog.

POSTLINGUALES:

- A cualquier edad hasta los sesenta años según condición física adecuada, sin contraindicaciones médicas ni psicológicas, con hipoacusias severas a profundas con porcentajes de discriminación de oraciones de hasta 50% con audífonos en el oído a implantar y con audición residual de hasta 60% con audífonos en el oído contralateral.
- En hipoacusias progresivas el implante se indicará cuando las evoluciones de las adquisiciones lingüísticas se vean limitadas de acuerdo con la edad y la discriminación auditiva descienda de los valores mencionados.

Las presencias de discapacidades concomitantes requieren evaluaciones particulares para el Implante Coclear, algunas como la visual y sordera puede ser prioridad uno, en otros casos con discapacidades motoras o sensoriales asociadas el implante puede también ser prioritarios. A pesar de mejorar la discapacidad global, en algunos casos el aprovechamiento del implante es reducido.

Todo niño para implantar debe tener posibilidad de rehabilitación a cargo de profesionales con capacitación adecuada, en su lugar de residencia, rehabilitación que debe estar realizando, previamente al implante, con audífonos.

Prestaciones incluidas:

a) **Módulo preimplante:** comprende al menos los siguientes estudios:

- Audiometría / • B.E.R.A / • Entrenamiento en lectura labial en los casos que la requieran
- Estimulación eléctrica del promontorio - Evaluación psicológica - Examen vestibular.
- Impedanciometría. / • Logoaudiometría. / • Otoemisiones acústicas. / • Selección de otoamplifonos.
- Timpanometría.

b) **Módulo Quirúrgico:** comprende al menos las siguientes prestaciones:

- Internación de adultos o pediátrica. - Honorarios (de todo el equipo profesional) y derechos operatorios, de anestesia, de monitoreo, de oximetría de pulso, clínicos y de monitoreo del facial.
- Medicamentos y materiales descartables y quirúrgicos.

c) **Módulo de Seguimiento:** comprende las siguientes prestaciones, durante 3 (tres) meses postquirúrgicos.

- Calibraciones (las necesarias), incluyendo evaluación audiológica, de percepción del habla y orientación familiar. Incluye supervisión del profesional rehabilitador.
- Rehabilitación y adiestramiento auditivo.
- Eventualmente evaluación psicológica y apoyo psicoterapéutico.

Información requerida

1. Fecha de Diagnóstico de la Patología
2. Fecha de provisión de la prótesis
3. Matrícula de Profesional Tratante
4. Resumen de Historia Clínica que justifique el uso de la tecnología
5. Prescripción del Implante Coclear
6. Protocolo quirúrgico
7. Comprobante de colocación del Implante Coclear
8. Registro de calibraciones

B. Recambio del procesador de la palabra

Tecnología: Recambio del procesador de la palabra

El procesador de la palabra es el componente externo necesario para el funcionamiento del Implante Coclear. Consta de: micrófono (recoge los sonidos) - microprocesador (procesa los sonidos codificándolos), bobina (recibe los sonidos codificados por el microprocesador) y cable (por el cual se conecta con la parte interna del implante) permitiendo que las señales sonoras codificadas lleguen a los electrodos implantados y así se pueda estimular el nervio auditivo.

Información requerida

1. Fecha de Diagnóstico de la Patología
2. Fecha de provisión de la prótesis
3. Matrícula de Profesional Tratante
4. Resumen de Historia Clínica que justifique el uso de la tecnología
5. Prescripción del recambio del procesador de la palabra
6. Remito de dispensa

A. Componentes externos.

1. Micrófono.
2. Antena.
3. Cable de conexión.
4. Procesador del habla.
5. Baterías.

B. Componentes internos.

1. Receptor- estimulador.



Fertilidad

Tecnología: Fecundación médicamente asistida de alta complejidad

Fundamento Terapéutico:

Persona mayor de edad.

Se encuentran incluidas en la presente Resolución las Técnicas de Reproducción Médicamente Asistida de Alta Complejidad, las cuales comprenden el proceso de Estimulación ovárica, Fecundación in vitro (FIV), Inyección Intracitoplásmica de espermatozoides (ICSI) y Transferencia de embriones.



El módulo comprende:

- Estudios de imágenes u otros estudios de diagnóstico complementarios.
- Medicamentos utilizados para la inducción y/o preparación de la gestación. Las drogas podrán incluir cualquiera de las siguientes: Estrógenos; Derivados del Pregnenolona; Gonadotropina Coriónica Humana; Hormona Foliculoestimulante (FSH); Coriogonadotropina alfa; Corifolitrópina alfa; FSH- + Hormona Luteinizante; FSH + Lupotrina Alfa; Clomifeno y los análogos de la GnRh (agonistas y antagonistas).
- Consultas profesionales de la totalidad del equipo interviniente y procedimientos efectuados. Sólo se dará curso a las solicitudes de reintegro presentadas por los Agentes del Seguro que tengan por beneficiario a la mujer receptora de los embriones, debiendo ser personas mayores de edad en los términos que determina la Ley N° 26.862.

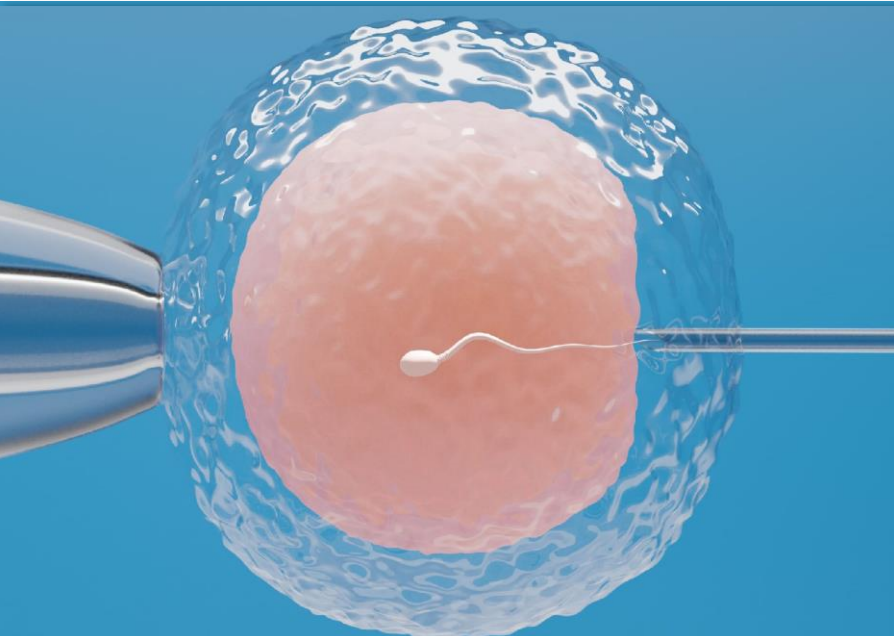
Requisitos generales para acceder al Reintegro:

Los Agentes del Seguro deberán presentar la siguiente información:

- Resumen de Historia Clínica en el cual deberá constar de corresponder antecedentes personales, firmada por médico tratante y avalada por el médico auditor con firma y sello.
- Listado completo de procedimientos, diagnósticos y terapéuticos realizados, firmada por médico tratante y avalada por el médico auditor con firma y sello.
- Constancia de administración de las drogas con detalle del esquema (dosis y número de aplicaciones) firmada por médico tratante y avalada por el médico auditor con firma y sello.
- Documentación comprobatoria de embarazo y finalización de este.
- Constancia de inscripción de los prestadores en el Registro Federal de Establecimientos de Salud
- REFES - del Ministerio de Salud de la Nación, El Registro Federal de Establecimientos de Salud

Información requerida

1. Fecha de transferencia embrionaria
2. Matrícula de Profesional Tratante
3. Prescripción del procedimiento de reproducción medicamente asistida
4. Inscripción del centro en el REFES
5. Resumen de Historia Clínica que justifique el uso de la tecnología
6. Protocolo de transferencia embrionaria
7. Documentación Respaldataoria del control de embarazo
8. Certificado de nacimiento



Drogodependencia

A. Internación Psiquiátrica para Desintoxicación

Intoxicación severa, aguda, con descompensación clínico-psiquiátrica por uso indebido de sustancias psicoactivas.

Período máximo de otorgamiento: 30 días con posibilidad de renovación por 30 días más, sujeto a la evaluación profesional.

B. Internación en Comunidad Terapéutica Residencial

En casos de intoxicación crónica, severa con falta de contención familiar y cuando no sostiene actividades laborales ni educativas.

Deberán presentar informes evolutivos mensuales por profesional tratante perteneciente al equipo profesional de la Institución prestadora y avalado por el médico auditor.

Período máximo de otorgamiento: 12 meses.



El **período máximo** que se reconocerá en concepto de reintegros para tratamiento de Drogodependencia será **de 36 meses**, sumadas todas las modalidades requeridas para un mismo paciente.

En caso de abandono de tratamiento, se podrá renovar la prestación, por el término que reste del módulo solicitado originalmente para ese paciente.

Se deberá adjuntar constancia de los días de internación cumplidos, solo considerándose el módulo válido, cuando se constate más de **15 días cumplidos por mes calendario**.

Información requerida

1. Fecha de Diagnóstico de la Patología
2. Fecha de inicio de la internación
3. Matrícula de Profesional Tratante
4. Indicación médica de la internación – Orden Judicial
5. Resumen de Historia Clínica que justifique el uso de la tecnología
6. Constancia mensual de días de internación cumplidos
7. Copia de inscripción de la Institución en la Superintendencia de Servicios de salud.

Diabetes Mellitus

Tecnología: Módulo de seguimiento de pacientes con Diabetes Mellitus

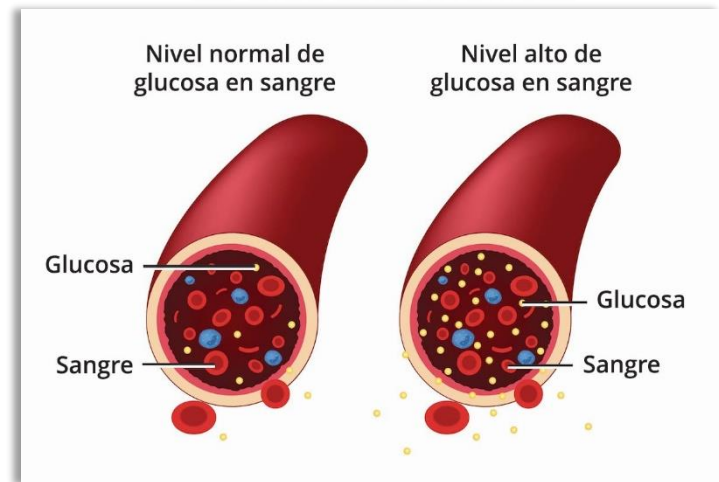
Fundamento terapéutico: Todo paciente con diagnóstico confirmado de Diabetes Mellitus en seguimiento por la Obra Social en un programa integral de atención.

Información requerida:

Empadronamiento del beneficiario:

1. Resumen de Historia Clínica
2. Fecha de Diagnóstico de la Patología
3. Tipo de Diabetes (Tipo 1 - Tipo 2 - Otros tipos)
4. Comorbilidades asociadas, (Presencia de dos o más enfermedades al mismo tiempo en una persona)
 - **Dislipemia**
 - **Obesidad**
 - **Tabaquismo**
 - **Hipertensión Arterial**

La diabetes mellitus



5. Complicaciones de la DBT (puede ser ninguna o todas)

- o Hipertrofia del Ventrículo izquierdo
- o Infarto de miocardio
- o Insuficiencia cardiaca
- o Accidente cerebrovascular
- o Retinopatía
- o Ceguera
- o Neuropatía periférica
- o Vasculopatía periférica
- o Amputación de miembros
- o Nefropatía
- o Diálisis
- o Trasplante Renal

6. Estudios complementarios

- o Glucemia
- o HbA1c
- o LDL
- o Triglicéridos
- o Microalbuminuria
- o TAS
- o TAD
- o Creatinina
- o Peso
- o Talla
- o Circunferencia abdominal
- o Fondo de ojos
- o Inspección de pies

7. Tratamiento

- o Antihipertensivos
- o Hipolipemiantes
- o Ácido Salicílico
- o Hipoglucemiantes Orales
- o Insulina

Hipoglucemiantes Orales



Insulinas Humanas y Análogas

Tipo de insulina	De acción rápida o en bolo	De acción lenta o prolongada
Humana	<ul style="list-style-type: none"> • R-Regular 	<ul style="list-style-type: none"> • Insulina NPH: Es insulina regular con Protamina, una proteína extraída del pescado que retrasa su absorción para hacerla de acción lenta
Análoga	<ul style="list-style-type: none"> • Aspart • Glulisine • Lyspro 	<ul style="list-style-type: none"> • Insulina <u>Detemir (Levemir®)</u>: Usualmente es inyectada dos veces al día. • Insulina <u>GlarginA (Lantus®)</u>: La <u>Glargina</u> es usualmente inyectada una vez al día, pero puede ser usada dos veces al día si es necesario.

Seguimiento del Beneficiario:

Actualización Anual

1. Estudios complementarios

- o Glucemia
- o HbA1c
- o LDL
- o Triglicéridos
- o Microalbuminuria
- o TAS
- o TAD
- o Creatinina
- o Peso
- o Circunferencia abdominal
- o Fondo de ojos
- o Inspección de pies

2. Tratamiento

- o Antihipertensivos

- o Hipolipemiantes

- o Ácido Salicílico

- o Hipoglucemiantes Orales

- o Insulina

Hemofilia A y Hemofilia B

A. Tratamiento a Demanda por eventos y Profilaxis Intermitente

Fundamento terapéutico:

Pacientes con diagnóstico de Hemofilia A o B moderada o severa

Esta modalidad de tratamiento está destinada a pacientes con hemofilia A, B y enfermedad de von Willebrand de cualquier gravedad que presenten sangrado de cualquier localización (articular o extraarticular), se encuentren o no bajo otra modalidad de tratamiento (profilaxis primaria, secundaria o inmunotolerancia). A tales fines se aceptará la provisión de stock para hacer frente a dicha demanda si los pacientes sufrieran eventos frecuentes o la reposición si el evento requiera tratamiento urgente, a fin de no demorar el tratamiento. La provisión de stock deberá responder al cálculo previo del requerimiento de factores en los 6 meses anteriores y corresponderá a la cantidad máxima promedio para dos meses de tratamiento, si bien podrán usarse en tiempos mayores si no hubieran sido requeridos en ese tiempo.

La profilaxis intermitente está destinada a pacientes que:

- Fueran a someterse a intervenciones quirúrgicas menores o mayores o procedimientos menores (extracciones dentarias, intervencionismo diagnóstico, etc.) con la intención de prevenir sangrados.
- Hayan padecido una hemorragia grave y se utilizara para prevenir nuevos sangrados
- Presenten hemartrosis a repetición cuando hubiera compromiso articular demostrable por métodos imagenológicos

Esta modalidad será autorizada por un plazo de hasta 2 meses, prorrogable otros dos meses contra actualización de resumen de Historia Clínica y nuevas imágenes

Drogas incluidas:

- Factor VIII recombinante o de origen plasmático
- Factor IX recombinante o de origen plasmático
- Factor VIIa
- Complejo protrombínico activado (CCPA)



Empadronamiento del beneficiario:

1. Fecha de diagnóstico de la Patología

2. Matricula del Profesional Tratante

3. Fecha de inicio de tratamiento sujeto a recupero

4. Documentación respaldatoria

o Resumen de historia clínica (Debe estar detallado el Fundamento Terapéutico y los antecedentes de medicación utilizada)

o Prescripción de unidades utilizadas en el periodo

o Detalle de episodios de sangrado o intervenciones

5. Información Adicional

o Peso

o Talla

o Valor de inhibidores

o Ha presentado sangrado en los últimos meses

- Articular (Número)

- Extraarticular (Número)

B. Profilaxis primaria o secundaria:

Fundamento Terapéutico:

Pacientes menores de 21 años en quienes se hubiera sido establecido el diagnóstico de Hemofilia A o B severa (dosaje de factor VIII o IX, respectivamente menor al 1%), que hayan tenido dos o más hemartrosis (secundaria o primaria respectivamente).

Para el caso de Hemofilia A, los pacientes que sean candidatos a esta modalidad serán incluidos en la Compra Conjunta de Factor VIII-VIII recombinante.

Drogas incluidas en el módulo

- Factor VIII recombinante o de origen plasmático
- Factor IX recombinante o de origen plasmático
- Factor VIIa*
- Complejo protrombínico activado (CCPA)*
- Emicizumab*



*Exclusivamente en pacientes con presencia de inhibidor circulante mayor a 5 UB

Empadronamiento del beneficiario:

1. Fecha de diagnóstico de la Patología
2. Matrícula del Profesional Tratante
3. Fecha de inicio de tratamiento sujeto a recupero
4. Documentación respaldatoria

o Resumen de historia clínica (Debe estar detallado el esquema de profilaxis, el Fundamento Terapéutico y los antecedentes de medicación utilizada)

o Prescripción de unidades utilizadas en el periodo

o Detalle de episodios de sangrado o intervenciones

5. Información Adicional

o Peso

o Talla

o Valor de inhibidores

o Presencia de sangrado en los últimos meses

- Articular (Número)

- Extraarticular (Número)

Seguimiento del beneficiario:

Actualización Mensual o ante presentación

1. Matricula del Profesional Tratante

2. Documentación respaldatoria

- o Resumen de historia clínica (debe comprender el esquema de profilaxis y si ha presentado nuevos episodios)
- o Prescripción de unidades utilizadas en el periodo
- o Detalle de episodios de sangrado o intervenciones

3. Información Adicional

- o Peso
- o Talla
- o Valor de inhibidores
- o Presencia de sangrado en los últimos meses
- Articular (Número)

- Extraarticular (Número)

C. Inmunotolerancia

El tratamiento de inducción a la inmunotolerancia o inducción de tolerancia inmunológica (ITI) es una modalidad de tratamiento basada en la exposición al factor de la coagulación deficitario (usualmente el VIII) de forma continua y más o menos intensiva, con el objetivo de alcanzar la desensibilización del sistema inmune y permitir la reutilización del factor deficitario como tratamiento sustitutivo.

Drogas incluidas en el módulo

- Factor VIII recombinante o de origen plasmático.
- Factor VIII con doble inactivación viral o recombinante.

Fundamento terapéutico:

pacientes con hemofilia A grave que han desarrollado un inhibidor mayor a 5 UB, demostrado en más de una ocasión, y con demostración de interferencia en el resultado de la profilaxis y el tratamiento de eventos hemorrágicos cuando son usadas dosis estándar de factor VIII.

Dado que existen predictores de mala respuesta a la ITI, **al inicio del tratamiento se deberá consignar:**

- Edad a la que se inicia el tratamiento (edad superior a 8 años, se suele asociar a mala respuesta).
- Valor más alto de inhibidor previo al tratamiento (valor mayor a 10 UB, se asocia a mala respuesta).
- Pico histórico de inhibidor (mayor de 200 UB se asocia a mala respuesta).

Los pacientes con dos factores predictores de mala respuesta podrán iniciar con protocolos de dosis altas. En el caso de pico histórico mayor de 200 UB, se aceptará protocolo de dosis altas.

El resto de los pacientes podrán iniciar con dosis bajas.

Las dosis intermedias se aceptarán en los casos de un predictor de mala respuesta o una mala respuesta a dosis bajas con demostración efectiva de frecuencia de sangrados u factores de mala respuesta intra tratamiento.

Protocolos

- Dosis baja: 50 UI/kg cada 48 horas.
- Dosis intermedias: 100 UI/kg cada 24 horas.
- Dosis altas: 200 UI/kg cada 24 horas.

Tiempo máximo de tratamiento en caso de respuesta es de 33 meses.

En paciente de mal pronóstico, se podría considerar iniciar la ITI de altas dosis con un factor VIII plasmático rico en factor von Willebrand (VW) asociado.

Evaluación a los 6 meses Todos los pacientes deberán ser reevaluados como mínimo a los 6 meses a fin de determinar factores pronósticos de mala respuesta intratratamiento. La evaluación requerirá determinar:

- Si el título continúa aumentando luego de 6 meses.
- Si el descenso del título es menor al 20%.

En ese caso se podrá pasar a protocolo de dosis intermedia si se encontraba en dosis bajas, a dosis alta si estaba en intermedia o probar cambio a factores con factor VW en caso de pacientes con dosis altas.

Se deberá evaluar la posibilidad de suspensión de la terapia en caso de valores muy altos de inhibidor (mayor a 200 UB) luego de 6 meses.

Cada 6 meses será reevaluada la respuesta.

En las evaluaciones semestrales se considerará, además:

- Farmacocinética del Factor VIII luego de su administración.
- Título de inhibidor.
- Cantidad de eventos en el período, así como su gravedad y los factores/medicamentos y dosis requeridos para tratarlos.

Empadronamiento del beneficiario:

1. Fecha de diagnóstico de la Patología
2. Matricula del Profesional Tratante
3. Fecha de inicio de tratamiento sujeto a recuperó

4. Documentación respaldatoria

- o Resumen de historia clínica (Debe estar detallado el esquema de Inmunotolerancia, el Fundamento Terapéutico y los antecedentes de medicación utilizada).
- o Prescripción de unidades utilizadas en el periodo.
- o Detalle de episodios de sangrado
- o intervenciones
- o ausencia de episodios.

5. Información Adicional

- o Peso
- o Talla
- o Valor de inhibidores
- o Presencia de sangrado en los últimos meses

- Articular (Número)
- Extraarticular (Número)

Seguimiento del beneficiario:

Actualización Mensual o ante presentación

1. Matricula del Profesional Tratante

2. Documentación respaldatoria

- o Resumen de historia clínica (debe comprender el esquema de profilaxis y si ha presentado nuevos episodios)
- o Prescripción de unidades utilizadas en el periodo
- o Detalle de episodios de sangrado o intervenciones
- o Dosaje de inhibidor

3. Información Adicional

- o Peso
- o Talla
- o Valor de inhibidores
- o Presencia de sangrado en los últimos meses

- Articular (Número)
- Extraarticular (Número)

Pacientes con internación en instituciones de rehabilitación de alta complejidad

Tecnología:

Módulo de internación en instituciones de rehabilitación de alta complejidad (Tercer Nivel)

Fundamento terapéutico:

Pacientes cuya condición clínica justifique la condición de internación en centros de rehabilitación de alta complejidad en cualquiera de sus modalidades, incluyendo las prestaciones de rehabilitación física, soporte nutricional, asistencia de enfermería continua y asistencia respiratoria en caso de ser requerido.

Los pacientes incluidos en el presente módulo no deberán poseer Certificado Único de Discapacidad (CUD).

El recupero será de carácter mensual, y solo podrán ser incluidos a recupero periodos completos del mes (30 días de prestaciones).

Se reconocerán hasta 6 meses del módulo por paciente. Módulos incluidos:

- **Módulo de paciente con requerimiento de ARM**
- **Módulo de paciente sin requerimiento de ARM**



Información requerida:

1. Indicación del requerimiento de internación en Centro de rehabilitación.
2. Resumen de Historia Clínica donde se consignen antecedentes personales del paciente, tratamientos instituidos y resultados obtenidos
3. Detalle del módulo de internación en Centro de rehabilitación, donde conste: requerimiento y modalidad de rehabilitación, esquema de seguimiento por parte de profesionales con detalle de prestaciones realizadas contextualizadas en tiempo (diario, semanal, mensual), requerimiento nutricional, medicamentos que se administran y requerimiento de asistencia respiratoria.



Módulo de profilaxis preexposición (PrEP)



Se denomina profilaxis preexposición para el VIH (PrEP, del inglés Pre Exposure Prophylaxis) al uso de medicación antirretroviral (ARV) en personas no infectadas por el virus de inmunodeficiencia humana con el objeto de reducir la posibilidad de infección. La PrEP implica el uso (en general sostenido) de ARV antes y, de acuerdo con la estrategia, después de la potencial exposición por vía sexual al virus.

PrEP es un componente de la Prevención combinada. Ésta última es una estrategia que articula diferentes componentes de la prevención (biomédico, comportamental y estructural), que se aplica en diferentes niveles: de las personas, sus grupos sociales y vínculos, y su ámbito social/territorial; con el objetivo de prevenir el contagio del HIV.

La Prevención combinada, que implica el uso de PrEP como una herramienta clave, también incluye la provisión de preservativos y geles lubricantes, testeo para VIH y otras ITS, y sus tratamientos, educación sexual integral y acceso universal al tratamiento antirretroviral en las personas que viven con HIV.

Se ha evaluado el PrEP a demanda, como una alternativa al PrEP diario, empezando con 1 comprimido 24 horas antes y 48 horas después de la situación de riesgo. Sin embargo, esta modalidad no ha sido adoptada en todo el mundo como sí lo es el PrEP diario de manera continua.

Población objetivo:

- Varones cis que tienen relaciones sexuales con otros varones cis y mujeres trans que reporten uso inconsistente de preservativo en relaciones sexuales anales (receptivas o insertivas) y/o hayan tenido diagnóstico clínico de una ITS bacteriana en los últimos 6 meses y/o hayan solicitado o recibido PrEP en más de una oportunidad.
- Parejas serodiscordantes en las que la persona HIV positiva no mantenga una carga viral indetectable en forma sostenida y que reporten uso inconsistente de preservativo en las relaciones sexuales.
- Trabajadores/as sexuales y/o personas en situación de prostitución con uso inconsistente de preservativo.
- Usuarios/as de drogas que en los últimos seis meses hayan compartido agujas u otros implementos.
- Personas que se auto perciben como de riesgo para infección por HIV.

Drogas incluidas en el módulo

- Tenofovir disoproxil fumarato/Emtricitabina
- Tenofovir Alafenamida/Emtricitabina
- Tenofovir/Lamivudina



Información requerida:

Empadronamiento del beneficiario:

1. Resumen de Historia Clínica con indicación de PrEP
2. Matricula del Profesional Tratante
3. Fecha de inicio de tratamiento sujeto a recupero

Actualización Semestral

1. Serología para HIV
2. Matrícula del Profesional Tratante
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 por favor adjuntar nuevo resumen de Historia Clínica
o RP del nuevo tratamiento