



Ciudad Autónoma de Buenos Aires, 11 de junio de 2013

Circular N° 5

Programa Nacional de Control de las Hepatitis Virales

Por medio de la presente informamos a los Programas Provinciales y Jurisdiccionales del Programa de Hepatitis Virales, para que a su vez informen a todos los efectores de la correspondiente jurisdicción (hospitales y médicos prescriptores), que el Programa Nacional De Control de Hepatitis Virales de la Dirección de Sida del Ministerio de Salud de la Nación, comenzara desde el día de la fecha hasta las próximas tres semanas a recibir las solicitudes de tratamiento de triple terapia para aquellos pacientes con VHC crónica genotipo 1 mono infectados. Serán elegibles para dicho tratamiento tanto pacientes “naive” (que no han recibido de tratamiento previo), como aquellos que fracasaron en un tratamiento previo con interferón Pegilado Alfa + ribavirina, que cumplan los criterios de las recomendaciones consensuadas por el Comité General asesor de Hepatitis Virales para estos tratamientos:

- **Fibrosis hepática avanzada** (diagnóstico histológico Metavir F3 o F4)* o
- **Cirrosis hepática compensada**

*También se aceptará como equivalentes de biopsia hepática el diagnóstico por métodos no invasivos como la elastografía hepática (Fibroscan®) con resultados equivalentes a la clasificación Metavir con valores para F3 de >9.5 Kpa, para F4 de >12.5 Kpa y para cirrosis de >14.5 Kpa. Otros métodos admitidos son: la Endoscopia Digestiva Alta que demuestre la existencia de Várices esofágicas y/o gástricas y la ecografía hepática con doppler que demuestre la existencia de cirrosis hepática (hígado pequeño, irregular y esplenomegalia). Se considera como cirrosis compensada a pacientes con Score Child-Pugh ≤ 6 o Clase A, que no hayan tenido historia de descompensación previa.

La solicitudes de tratamiento serán evaluadas por sector de auditoria médica de nuestro Programa para su autorización.

Requisitos para solicitar la medicación:

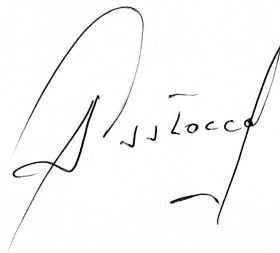
1. **Resumen de Historia Clínica** completo donde se indiquen:

- Estado clínico del paciente,
- Datos de laboratorio actualizados (última Carga Viral VHC)
- Descripción de tratamientos previos.
- Tratamiento propuesto con la justificación de la prescripción.

El resumen deberá estar firmado por el medico prescriptor y por el jefe de Servicio y/o responsable jurisdiccional y deberán constar el teléfono y el mail del médico para poder comunicarnos ante cualquier inquietud.

2. **Fotocopia de la biopsia hepática, o del Fibroscan hepático o de la Ecografía doppler hepática o de la Endoscopia Digestiva Alta que demuestre la existencia de Várices esofágicas y/o gástricas**
3. **Formulario completo de inicio de tratamiento para VHC del Programa.**
4. **Ficha de denuncia epidemiológica correspondiente.**
5. **Solicitud de autorización de realización de cargas virales VHC intratratamiento**, a realizar en el laboratorio de referencia del Programa Nacional De Control de HV correspondiente. En el caso de no derivar a los mismos se deberá enviar carta de compromiso del laboratorio que procesara las muestras y teléfono de contacto de dicho laboratorio.

Con la información de los tratamientos solicitados iniciaremos el proceso de compra de la medicación (telaprevir y/o boceprevir), que estará disponible acorde a los plazos habituales de compra del Ministerio de Salud.



Dr. Carlos Falistocco

Director Ejecutivo de Sida y ETS
Ministerio de Salud de la Nación