

# DECLARACIÓN DE CONFLICTOS DE INTERÉS

Declaro que en los últimos 3 años **NO he recibido** de laboratorios, industrias o instituciones con fines comerciales

**Fondos para investigación**

**Honorarios por asesorías o conferencias**

**Invitación o apoyo para asistencia a cursos o congresos**



## **PROCOLO 2018**

### **Tratamiento con inhibidor de C1 esterasa para angioedema hereditario**

Para el Otorgamiento de las Prestaciones que cuentan con el Sistema de Protección Financiera para Diagnósticos y Tratamientos de Alto Costo. Ley 20.850

Subsecretaría de Salud Pública - División de Planificación Sanitaria  
Departamento Evaluación de Tecnologías Sanitarias y Salud Basada en Evidencia

# CONTENIDO

- **GARANTÍAS**
  - PROTECCIÓN FINANCIERA
  - TRATAMIENTO
- **FLUJOGRAMA**
  - SOSPECHA INICIAL
  - SOSPECHA FUNDADA
  - CONFIRMACIÓN DIAGNÓSTICA
  - TRATAMIENTO
  - SEGUIMIENTO
- **CARNÉ**
- **CUADERNILLO**
- **VIDEO**



## GARANTÍA DE PROTECCIÓN FINANCIERA

Inhibidor de Esterasa C1

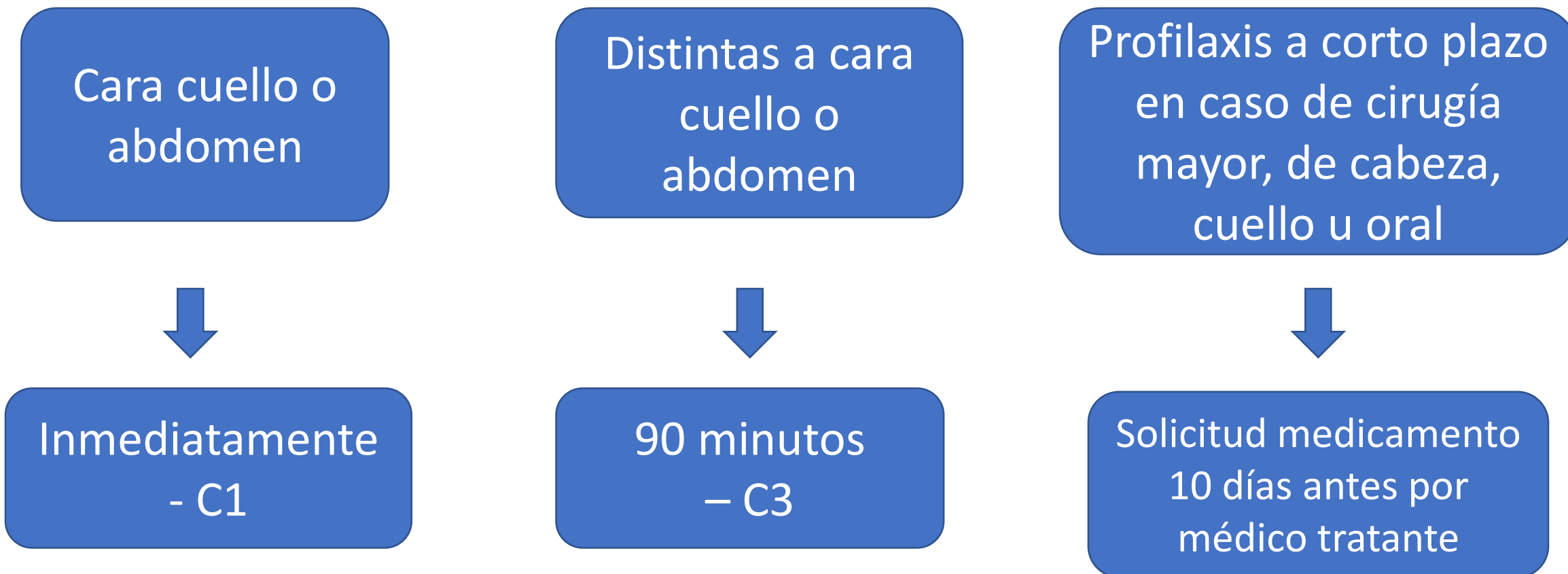
```
graph LR; A[Inhibidor de Esterasa C1] --> B[Episodio Agudo de Angioedema]; A --> C[Profilaxis a corto plazo en caso de cirugía mayor, de cabeza, cuello u oral];
```

Episodio Agudo de Angioedema

Profilaxis a corto plazo en caso de cirugía mayor, de cabeza, cuello u oral

## GARANTÍA DE OPORTUNIDAD

Pacientes con diagnóstico confirmado de Angioedema Hereditario harán uso del beneficio, ante episodio agudo Angioedema:



## TRATAMIENTO CON INHIBIDOR DE C1 ESTERASA PARA ANGIOEDEMA HEREDITARIO

Red Única Aprobada de Prestadores					
Fase de Confirmación Diagnóstica					
Etapa Clínica	Etapa de Sospecha Inicial	Etapa de Sospecha Fundada	Etapa de Confirmación	Etapa de Tratamiento	Etapa de Seguimiento
<b>Prestador</b>	Médico Especialista	Inmunólogo o Reumatólogo Infantil	Comité de Experto Clínico del Prestador Aprobado	Prestador Aprobado para Tratamiento	Inmunólogo o Reumatólogo Infantil del Prestador Aprobado para Seguimiento
<b>Acción Clínica</b>	Evaluación médica para confirmar algunos de los criterios de sospecha inicial: 1. Antecedentes Familiares 2. Edema subcutáneo o submucoso recurrente 3. Dolor abdominal recurrente inexplicable. 4. Edema oral, faríngeo o laríngeo recurrente	Evaluación médica y solicitud de exámenes: 1. Nivel cuantitativo de inhibidor C1. 2. Nivel funcional de inhibidor C1.	Validación de criterios de confirmación diagnóstica	Educación al paciente y su familia de la patología y la conservación/uso del inhibidor C1 esterasa  Dispensación de inhibidor C1 esterasa  Administración de inhibidor C1 esterasa**	Control y Seguimiento Clínico
<b>Acción Administrativa</b>	Realización y envío de antecedentes a sistema establecido por MINSAL	Ingreso de caso a la plataforma Ley Ricarte Soto con todos los antecedentes requeridos en el protocolo  <b>Post Confirmación</b>  Notificación  Primera Receta  Paso de confirmación del caso a tratamiento y seguimiento en plataforma web de FONASA*	Confirmación en Sistema y Registro de indicación terapéutica	Entrega tarjeta de identificación Ley Ricarte Soto  Registro de entrega de inhibidor C1 esterasa	Registro, Control y Seguimiento  Receta de continuidad



## SOSPECHA INICIAL



### 1) Antecedentes Familiares

- Confirmación diagnóstica de 1 familiar consanguíneo

### 2) Edema subcutáneo o submucoso recurrente:

- No pruriginoso, sin urticaria, auto-limitado, duración mayor a 12 horas.

### 3) Dolor abdominal inexplicable recurrente

- Que se resuelve espontáneamente entre 24-72 h, que requirió atención médica en servicio de urgencia

### 4) Edema oral, faríngeo o laríngeo recurrente

## SOSPECHA FUNDADA

Primer examen

Bajo Nivel  
cuantitativo  
inhibidor C1  
( $< 50\%$ )

Con antecedentes familiares



Sin antecedentes familiares



Confirmado



Requiere Segundo examen  
Con intervalo mínimo de 2  
meses



## SOSPECHA FUNDADA

### Primer Examen

Nivel cuantitativo  
inhibidor C1 entre  
valor mínimo de  
referencia normal  
y  $\geq$  al 50% del  
valor mínimo de  
referencia normal

Con o sin antecedentes familiares



Confirmación  
(6 Meses)

Requiere Segundo  
examen con intervalo  
mínimo 2 meses

HCUCH VN: 275-400 mg/dL → ej: 137,5 – 275 mg/dL

## SOSPECHA FUNDADA

Primer examen

Nivel  
funcional de  
inhibidor C1  
Anormal o  
Alterado

Con antecedentes familiares



Sin antecedentes familiares



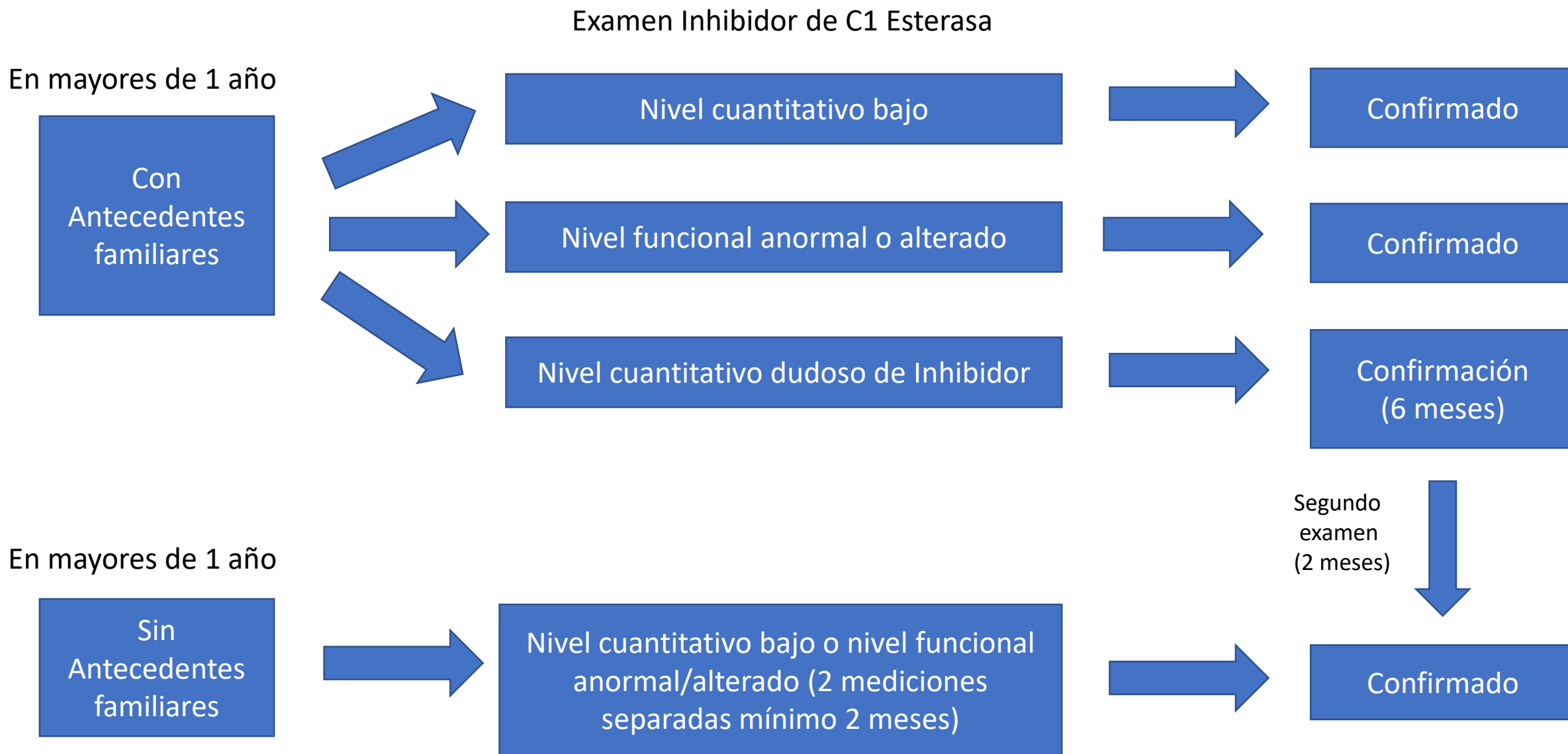
Confirmado



Requiere Segundo examen  
con intervalo mínimo de 2  
meses

# CONFIRMACIÓN DIAGNÓSTICA

## COMITÉ DE EXPERTOS



## SEGUIMIENTO

PROFESIONAL	PERIODICIDAD	
Médico Inmunólogo o Reumatólogo pediátrico	Pacientes recientemente diagnosticados (primer año) y pacientes en profilaxis con andrógenos	1 control semestral*
	Posterior al primer año con diagnóstico confirmado	1 control anual*

\* Corresponde a la frecuencia mínima, sin embargo existen casos que requerirán una mayor frecuencia, lo cual deberá ser acordado entre médico-paciente.

# CARNÉ BENEFICIARIO

 Ministerio de Salud  
Gobierno de Chile

 LEY  
**RICARTE  
SOTO**  
Ley N° 20.850

## CARNÉ BENEFICIARIO | ANGIOEDEMA HEREDITARIO

Nombre:  
Rut:  
Número de contacto:  
Médico tratante:



Dolor abdominal Intenso invalidante | Dificultad respiratoria (edema laríngeo)" | Edema cavidad oral

Si presenta estos síntomas debe acudir al Servicio de Urgencia más cercano portando su carné de identidad, de portador AEH y su medicamento.

**SIEMPRE ACUDA AL SERVICIO DE URGENCIA ACOMPAÑADO**

# CUADERNILLO DE REGISTRO



## ANGIOEDEMA HEREDITARIO CARNÉ DEL BENEFICIARIO

Nombre: \_\_\_\_\_  
Rut: \_\_\_\_\_  
Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_  
Nombre tutor: \_\_\_\_\_  
Número de contacto tutor: \_\_\_\_\_  
Médico tratante: \_\_\_\_\_  
Teléfono contacto: \_\_\_\_\_  
Establecimiento de origen: \_\_\_\_\_

### CRISIS DE ANGIOEDEMA

- Edema cavidad oral.
- Dolor abdominal intenso invalidante.
- Dificultad respiratoria (edema laríngeo).

### ¿CÓMO RECONOCER PRECOZMENTE UNA CRISIS DE GARGANTA O LARÍNGEO?

- Opresión o sensación de cuerpo extraño en la garganta o laringe.
- Hinchazón evidente de la lengua.
- Cambios en la voz, como ronquera o afonía parcial.
- Dificultad para tragar adecuadamente.
- Ruidos respiratorios extraños.

Si presenta una crisis debe acudir al servicio de urgencia más cercano portando su medicamento, carné de identidad, carné de portador de Angioedema, y este cuadernillo.

SIEMPRE ACUDA ACOMPAÑADO

### Funciones de Cuadernillo de Registro:

- Registro de Crisis
- Registro de Seguimiento para entrega de medicamento



**¡Muchas Gracias!**