



BUENOS AIRES, 11 ENE 2008

VISTO el Expediente N° 200-2007-08038-9-0000 y la Resolución N° 397/DE-05 y las Disposiciones N° 279/GPM-05 y N° 333/GPM-05 y,

CONSIDERANDO:

Que mediante la Resolución mencionada en el Visto, se autorizó a la Gerencia de Prestaciones Médicas para que proceda a normatizar los elementos y/o insumos que se requieran para cada patología médica.

Que como resultado de lo anteriormente planteado se dictaron las Disposición N° 333/GPM/05 donde se aprobaron normas para una serie de patologías.

Que por el expediente mencionado en el Visto y con motivo de persistir la necesidad en otras especialidades, se definieron normas para otras patologías.

Que hay patologías, que por su complejidad y/o recursos que deben asignarse para su tratamiento, se consideran problemas de salud pública y requieren especial atención por parte de este Instituto, ya que las mismas, en alguna de sus formas clínicas, pueden afectar severamente la calidad de vida de los pacientes.

Que la psoriasis y a la artritis reumatoidea, son ambas enfermedades crónicas, evolutivas en distintos grados de acuerdo a sus formas clínicas, de etiología desconocida y sin tratamiento curativo a la fecha.

Que las mencionadas normas, sin ser obligatorias, deben servir como guía, a los fines de enfocar correctamente el diagnóstico precoz y el tratamiento oportuno, evitando la utilización de procedimientos innecesarios, propendiendo a la correcta medicación acorde a los criterios de la Medicina Basada en la Evidencia, criterios que si bien no son absolutos, fijan pautas de excelencia en cuanto a su manejo clínico.

Por ello, y en uso de las facultades que le son conferidas por el Artículo 1° de la Resolución N° 397/DE/05,

**EL GERENTE DE PRESTACIONES MEDICAS
DISPONE:**

ARTICULO 1°.- Apruébense las Pautas Normativas para Artritis Reumatoidea y Psoriasis que como Anexo I y II respectivamente pasan a formar parte de la presente.

ARTICULO 2°.- Regístrese, comuníquese, envíese copia autenticada a Coordinación Ejecutiva, Sindicatura General, a la Gerencia de Coordinación Unidades de Gestión Local y a las Subgerencias de Programas y Prestaciones Especiales, de Medicamentos y de Prestaciones Médicas. Publíquese en el Boletín del Instituto y en la página WEB del mismo. Cumplido, archívese.

DISPOSICIÓN N° - 0080

ES COPIA FIEL DEL ORIGINAL
I.N.S.S.J.P.
GERENCIA DE PRESTACIONES MEDICAS

Dr. JAIME ANGEL de la CRO
Gerente de Prestaciones Médicas
I.N.S.S.J.P.



ANEXO I
ARTRITIS REUMATOIDEA

Introducción

La artritis reumatoidea (AR) es una enfermedad reumática crónica de etiología desconocida, caracterizada por inflamación poliarticular y simétrica de pequeñas y grandes articulaciones, con compromiso extraarticular.

Es oportuno que, en lo posible, los pacientes que la presentan, sean asistido por un médico reumatólogo, con el seguimiento del médico de cabecera.

El pronóstico depende en bastante medida de un tratamiento precoz y del rápido diagnóstico.

1. Tratamiento medicamentoso de la AR

Para la AR aún no existe tratamiento curativo. El enfoque terapéutico actual enfatiza el diagnóstico temprano, una terapéutica inicial intensiva para inducir una remisión y un tratamiento más agresivo para las formas resistentes.

1. I Antinflamatorios no esteroideos (AINEs) Los AINES tiene una clara indicación en el control de la inflamación y el dolor y son superiores a los analgésicos puros. Los que inhiben la COX 2 tienen un mejor perfil gastrointestinal pero la eficacia antiinflamatoria es comparable.

No hay evidencia que sustente el uso de paracetamol asociado a los AINEs, pero el uso clínico generalizado hace que se recomiende cuando las dosis plenas de AINEs no alcanzan para calmar el dolor.

1.2. A.- Corticoesteroides orales: En dosis bajas (5-10 mg de prednisona o equivalente) y junto con DMAR (drogas modificadoras de la AR), están particularmente indicados en los 2 primeros años de la enfermedad. El deflazacort es de nueva generación con aparente menor efecto adverso sobre el metabolismo óseo. Los corticoides son útiles para calmar la inflamación y secundariamente el dolor, retardan la progresión de erosiones radiológicas y en reemplazo de los AINEs en pacientes con riesgo vascular y renal.

1.II. B.- Corticoesteroides en pulsos: Se usan para situaciones graves como manifestaciones viscerales (serositis severa, vasculitis reumatoidea grave).

1.II.C.- Corticoesteroides intraarticulares: No hay evidencia del uso intraarticular, sin embargo la experiencia es exitosa, y la dosis administrada localmente es mucho menor y más localizada. El más efectivo por su persistencia local y menor depresión del eje hipofisario-suprarrenal es la hexacetonida de triamcinolona.

1.III.- Drogas Modificadoras de la AR (DMAR ó de Segunda Línea) Las DMAR se agregan al régimen de antiinflamatorios o corticoides que el paciente ya esté recibiendo. La mejoría clínica con estas drogas se pone en evidencia después de varias semanas de iniciado el tratamiento, la falta de mejoría luego de 4 a 6 meses, generalmente requiere un cambio de tratamiento, como modificaciones en el régimen de AINEs o corticoesteroides, aumentos en la dosis o combinación de otra DMAR, o bien al agregado de un agente biológico. El tratamiento con drogas de segunda línea debe mantenerse crónicamente, en la menor dosis posible o bien modificando la frecuencia de administración con el objeto de preservar la remisión clínica obtenida. El tratamiento a largo plazo con DMAR, reduce la progresión radiológica y consecuentemente el daño estructural de los pacientes con AR. Todo paciente con AR debe ser tratado con DMAR, con un objetivo claro: "suprimir tempranamente la inflamación".

El metotrexato (MTX) es reconocida como la DMAR de primera elección, se debe comenzar con las dosis mínimas de 7.5 a 10 mg por semana en una única toma por vía oral, pudiendo aumentarse la dosis en caso de falta de respuesta hasta 25 mg por semana. Es aconsejable que cuando las dosis sean superiores a 15 mg se utilice la vía parenteral (IM o subcutánea) para

ES COPIA FIEL DEL ORIGINAL

I.N.S.S.J.P.



mejorar la tolerabilidad gastrointestinal y la biodisponibilidad. La adición de ácido fólico 1 mg por día durante 5 días consecutivos alejados de la toma de MTX, reduce significativamente algunos de los efectos adversos.

A pesar de la evidencia sobre la eficacia de las DMAR, un bajo porcentaje de pacientes logran alcanzar la remisión clínica, y aún en aquellos que lo logran, la misma puede perderse a lo largo del tiempo, por lo que comenzaran a utilizarse con mayor frecuencia combinaciones de diferentes DMAR. La mayor parte de los estudios de tratamiento combinado de DMAR demostraron ser superiores a las drogas individuales.

1.IV.- Agentes Biológicos: Antes de indicar un tratamiento biológico es necesario brindar al paciente una detallada explicación sobre los potenciales beneficios y riesgos derivados de su empleo. Los agentes biológicos pueden ser recomendados para el tratamiento de pacientes con AR activa que no han respondido en un tiempo adecuado (3 a 6 meses) al tratamiento combinado con al menos dos DMAR y/o al metotrexato en dosis máximas, o que han presentado intolerancia a las mismas, o en aquellos pacientes que presenten contraindicación formal para las DMAR. Los agentes anti TNF y sus dosis actuales son: a) Etanercept: 25 mg por vía subcutánea dos veces por semana ó 50 mg, por misma vía y por semana; b) Infliximab: por infusión endovenosa lenta, en dosis de 5 mg/kg a 10 mg/kg/dosis, al inicio del tratamiento, luego en las semanas 2 y 6 y posteriormente cada 8 semanas y c) Adalimumab: 40 mg por vía subcutánea cada dos semanas. La combinación de alguno de estos agentes biológicos con MTX aumenta la eficacia terapéutica. Los agentes bloqueadores anti-TNF no deben ser indicados o deben ser suspendidos ante la presencia de cualquier infección severa en general y de infecciones oportunistas, también existe susceptibilidad a tuberculosis.

El Abatacept está indicado en AR activa que no han tenido una respuesta adecuada con una o más DMAR o a los antagonistas de TNF, puede utilizarse como monoterapia o concomitantemente con DMAR. No debe utilizarse con Antagonistas TNF. Se debe administrar como infusión a dosis de 10 mg/kg al inicio, a las 2 semanas y a posteriori cada 4 semanas.

1.V. Vacunación: Se recomienda el uso de vacunas antineumococcica y antigripal.

2.- Tratamiento No Medicamentoso de la AR

2.- Rehabilitación y Fisiatría: Se considera primordial la evaluación funcional, seguimiento y readaptación de las variantes terapéuticas realizadas con la participación activa tanto del medico especialista en Medicina Física y Rehabilitación como del Licenciado Técnico en Kinesiología y Terapias Físicas

2.1.A.- Objetivos de la Rehabilitacion

- Alivio del dolor.
- Reduccion de la inflamación.
- Mantenimiento o restauración de la función articular.
- Prevenición de las deformidades.
- Minimizar o reducir la discapacidad.
- Mejorar la Calidad de Vida posible.

2.1.B) Medios Terapéuticos:

- Reposo local.
- Fisioterapia:
 - Crioterapia.
 - Termoelectroterapia.
 - Laserterapia.
 - Hidroterapia.
 - Cinesiterapia.
 - Otras técnicas.

ES COPIA FIEL DEL ORIGINAL
I.N.S.S.J.P.
GERENCIA DE PRESTACIONES MEDICAS



- Técnicas Ortésicas.
- Economía y protección articular.
- Terapia Ocupacional.
- Infiltraciones.
- Educación del paciente y su entorno familiar y social.

Todos y cada uno de los Objetivos y Medios Terapéuticos mencionados se adaptarán en un real trabajo Interdisciplinario acorde a las etapas evolutivas de la enfermedad, edad del paciente y apuntando en forma preponderante a mejorar la calidad de vida, evitando así la mayor cantidad de secuelas posibles y actuando precozmente a fin de evitar cualquier grado de Discapacidad.

2.II.- Psicopatología ambulatoria: Es importante que todo paciente con AR sea evaluado por el Servicio de Salud Mental correspondiente al 1º Nivel ambulatorio para su apoyatura y seguimiento.

REQUISITOS A TENER EN CUENTA PARA LA EVALUACIÓN MÉDICO/ADMINISTRATIVA

Además de los datos filiatorios con nombre y apellido, edad, nº de beneficio, nº de teléfono, serán necesarios aportar los siguientes elementos:

1. Resumen de H.Clínica completo y legible, por médico especialista en reumatología, con datos positivos acerca de la enumeración de los criterios de clasificación (ACR), factores de riesgo, evaluación del dolor (escala VAS) e índice de actividad (DAS 28).
2. Laboratorio con hemograma, reactores de fase aguda, función hepática y renal y anticuerpos (FR).
3. Radiología de manos, pies, articulaciones comprometidas y torax.
4. Evaluación de la Respuesta al Tratamiento: En función de la Respuesta al Tratamiento los pacientes pueden clasificarse en: buenos respondedores, moderados respondedores y no respondedores usando el cambio entre el DAS 28 basal y el nivel del mismo alcanzado luego del tratamiento.

	> 1.2	≥ 1.2 y > 0.6	≤ 0.6
Baja actividad	Buena respuesta		
Moderada actividad		Moderada respuesta	
Alta actividad			Sin respuesta

5. Criterios de remisión: Existen dos criterios de remisión de AR, uno establecido por el ACR (American College of Rheumatology) y otro por el EULAR (European League Against Rheumatism) que se basa en la evaluación por DAS 28. Es importante tener en cuenta ambos, ya que el primero se basa en una evaluación global y el segundo evalúa la remisión por el DAS 28.

Criterios de remisión de la AR según ACR:

- Rigidez matinal ausente o no mayor a 15 minutos.
- Ausencia de cansancio.
- Ausencia de dolor articular en la anamnesis
- Ausencia de dolor articular a la presión.
- Ausencia de tumefacción sinovial y tenosinovial.
- Eritrosedimentación normal.

La presencia de al menos cinco de estos criterios, durante 2 meses o más son suficientes para catalogar a un paciente en remisión completa de su enfermedad.

Criterios de remisión de la AR según EULAR: DAS 28 < 2.6 se considera ingreso en remisión.

ES COPIA FIEL DEL ORIGINAL
I.N.S.S.J.P.
GERENCIA DE DIRECCIONES



ANEXO II PSORIASIS

BREVE RESEÑA DE LA ENFERMEDAD

Es una enfermedad inflamatoria que compromete la piel, las mucosas, y las articulaciones. Afecta del 2 al 3 % de la población general, pudiendo aparecer a cualquier edad, en cualquier raza y en ambos sexos por igual.

Desde el punto de vista genético, se diferencian dos tipos:

5. Psoriasis tipo I: con comienzo antes de los 40 años, incidencia de afección familiar y fuerte asociación con antígenos de histocompatibilidad.
6. Psoriasis tipo II: con comienzo posterior a los 40 años, menor prevalencia familiar, asociado a la forma artropática.

CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS:

Se caracteriza por presentar lesiones eritematoescamosas bien delimitadas y con distribución habitualmente simétrica, a veces acompañadas de prurito, dolor y en ocasiones sangrado.

Patrones clínicos de presentación:

- Psoriasis en placa
- Psoriasis en gotas
- Psoriasis invertida
- Psoriasis artropática
- Psoriasis eritrodérmica
- Psoriasis pustulosa
- Psoriasis palmoplantar
- Psoriasis de las áreas seboreicas
- Psoriasis del pañal
- Psoriasis ungueal

LOCALIZACIÓN DE LAS LESIONES

Las lesiones se localizan a nivel de codos, rodillas, cuero cabelludo, palmas, plantas, pliegues y genitales según los patrones ya mencionados, aunque a menudo son formas combinadas. A veces puede presentarse en el cuero cabelludo como primera y única presentación.

Entre el 8 y el 30% de los pacientes presentan una artropatía asociada (artropatía psoriásica), con factor reumatoide negativo. El inicio de la artropatía psoriásica puede ser previo, simultáneo o posterior a las lesiones cutáneas, no guarda relación con su intensidad y puede llevar a la incapacidad. En pacientes con infección por VIH se han descrito formas de psoriasis severa y de comienzo tardío.

DIAGNÓSTICO

El diagnóstico es fundamentalmente clínico, siendo los antecedentes personales, heredo-familiares y las manifestaciones clínicas unidas a las características y localización de las lesiones, los pilares esenciales del mismo.

En casos de difícil diagnóstico se puede recurrir a la biopsia de piel y su estudio histopatológico para confirmarlo.

El laboratorio general puede servir para descartar otras enfermedades, pero no tiene utilidad diagnóstica en la psoriasis.

Es necesario que el paciente sea asistido por un médico especialista en dermatología

ES COPIA FIEL DEL ORIGINAL

I.N.S.S.J.P.
CENTRO DE ORIENTACIONES MEDICAS



CRITERIOS DE SEVERIDAD DE LA SORIASIS

Criterio holístico* para la evaluación de la severidad de la enfermedad
(* Se considera entre otras cosas, la extensión de la psoriasis, síntomas localizados, alteración de la calidad de vida, enfermedades asociadas, respuestas terapéuticas previas, etc.)

Psoriasis leve:

- No altera la calidad de vida del paciente.
- El paciente puede minimizar el impacto de la enfermedad y no requerir tratamiento.
- Los tratamientos no representan riesgos importantes (por ejemplo: esteroides tópicos de baja potencia).
- Compromete menos del 5% de la superficie corporal.

Psoriasis moderada:

- Altera la calidad de vida del paciente.
- El paciente espera que la terapéutica mejore su calidad de vida.
- Las terapéuticas empleadas pueden ser engorrosas, caras, insumen tiempo y pueden no ser totalmente efectivas.
- Compromete del 5 hasta el 10 % de la superficie corporal.

Psoriasis severa:

- Altera la calidad de vida del paciente significativamente
 - No responde satisfactoriamente a los tratamientos que tienen riesgos mínimos.
 - Los pacientes aceptan los efectos adversos de la medicación para mejorar su enfermedad.
 - Compromete más del 10% de la superficie corporal.
- Otros factores a considerar en la evaluación de la severidad
- Actitud del paciente respecto a la enfermedad.
 - Localización de la enfermedad (cara, manos, uñas y genitales).
 - Síntomas (dolor, rigidez, sangrado, prurito intenso).

TRATAMIENTO

Aunque no existe ningún tratamiento que permita la curación de la psoriasis, se debe tener el concepto que es una enfermedad tratable y que las medidas disponibles permiten mejorar las lesiones y la calidad de vida de los pacientes.

El tratamiento se debe ajustar al grado de severidad y al patrón clínico de presentación, aunque se debe tener en cuenta que pueden combinarse en un mismo paciente distintas formas de presentación.

En la actualidad se tiende a combinar con las diferentes terapéuticas disponibles y siempre tomando en cuenta que el tratamiento debe apuntar a suprimir las manifestaciones clínicas e inducir la remisión prolongada una vez suspendida la terapéutica y sin causar toxicidad por la medicación utilizada, aunque este objetivo no siempre es alcanzable.

No se debe olvidar el tratamiento psicoterapéutico del paciente y la inserción, en las formas con artritis discapacitante, de una adecuada terapia ocupacional



TIPO	DROGA-DOSIS-FORMA DE ADMINISTRACIÓN-FRECUENCIA	REQUISITOS PARA SOLICITUD DE LA MEDICACIÓN
<p>TÓPICO/LOCAL: está indicado como terapia única en las formas leves y como complemento de otros tratamientos en casos de psoriasis más extensas y en formas moderadas o severas. Los tratamientos tópicos pueden combinarse entre sí. Es necesaria la aceptabilidad por parte del paciente para asegurarse la constancia en la aplicación de la misma.</p>		
<p>TÓPICO/LOCAL</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Corticoides: de cualquier tipo: de potencia baja – moderada o alta, según la localización de las lesiones. En forma de cremas – pomadas – lociones corporales – ungüentos o lociones capilares Frecuencia de aplicación: 2 veces/día 2- Inmunomoduladores: Tacrolimus al 0,1% - ungüento Frecuencia de aplicación: 2 v/día Pimecrolimus al 1% -crema Frecuencia de aplicación: 2 v/día • Alquitranes: coaltar –gel – champú –loción – crema –aditivos para baño Antracenos: Antralina – crema – ungüento –pasta-loción • Derivados de la vitamina D: Calcipotriol Ungüento-loción. Pueden combinarse con UVB o UVA Retinoides: Tazarotene – crema- gel • Emolientes: Vaselina –crema – ungüento • Queratolíticos: Ac. Salicílico –loción – crema-pomada – 	<p>Será suficiente con la presentación de la receta extendida por médico especialista dermatólogo</p>

ES COPIA FIEL DEL ORIGINAL
I.N.S.S.P.
GERENCIA DE PRESTACIONES MEDICAS



	<p>champú Urea: crema pomada</p> <ul style="list-style-type: none"> • Balneoterapia termalismo y helioterapia: aceites, sales, barros, avena 	
<p>1- TERAPIA SISTÉMICA/NO BIOLÓGICA: 1era elección</p>	<p>METROTEXATE: VO o IM -Dosis: 7,5 a 30 mg/semana Administrar concomitantemente ácido fólico 1 a 5 mg/día Efectos colaterales: mielosupresión – hepatotoxicidad – fibrosis pulmonar – alteraciones gastrointestinales – linfomas – infecciones</p> <p>Se puede combinar con PUVA o UVB</p>	<p>1- Datos generales: N y apellido –Nº de afiliado –edad- sexo</p> <p>2- Historia clínica completa –legible – con diagnóstico y grado de severidad de la psoriasis – localización – descripción del tto. recibido hasta la fecha (con aclaración de droga, dosis y tiempo de uso) completo.</p> <p>3- Agregar en historia clínica control de funcionalidad hepática y hemograma</p>
	<p>CICLOSPORINA. Dosis : 2,5 a 5 mg/kg/día Efectos colaterales: nefrototoxicidad irreversible – Hipertensión arterial – infecciones –linfoma – hipertrofia gingival – hipertricosis Uso intermitente 1 a 2 años No se puede combinar con fototerapia</p>	<p>A los datos generales e historia clínica general agregar: control de la función renal</p>
	<p>ACITETRIN. Dosis: comenzar con 0,3 mg/kg/día. Aumentar según respuesta Puede combinarse con UVB</p>	<p>A los datos generales e historia clínica general agregar : Control de funcionalidad hepática. Hemograma</p>
<p>2da elección</p>	<p>MICOFENOLATO MOFETIL. Dosis: 1 a 2 gr. Efectos colaterales: alteraciones gastrointestinales, mielosupresión, linfoma</p>	<p>A los datos generales e historia clínica general agregar: Control de funcionalidad hepática Hemograma</p>



	<p>ESTERES DEL ACIDO FUMÁRICO. Dosis progresiva: máximo 6 comp./día Efectos colaterales: alteración de las enzimas hepáticas –eosinofilia transitoria –linfocitopenia</p>	<p>A los datos generales e historia clínica general agregar: Control de funcionalidad hepática Hemograma</p>
	<p>HIDROXIUREA Dosis inicial: 500 mg aumentar hasta 2-grs. Puede combinarse con PUVA</p>	<p>A los datos generales e historia clínica general agregar: Control de la función renal Control de funcionalidad hepática Hemograma</p>
	<p>ANTIBIÓTICOS Dependiente del antibiótico y para psoriasis guttata</p>	<p>Confirmación de diagnóstico de psoriasis guttata</p>
<p>2 -TERAPIA SISTÉMICA BIOLÓGICA : la condición de su utilización es el fracaso o intolerancia a medicaciones sistémicas o pacientes con contraindicaciones absolutas a otras terapéuticas de psoriasis moderada a severa</p>		
	<p>ALEFACEPT 15 mg IM/sem. En ciclos intermitentes de 12 semanas y hasta 9 ciclos</p>	<p>Estas terapias sólo deben ser utilizadas para el tratamiento de psoriasis cutanea moderada a severa. Condición: falla al uso de otra terapia sistémica. En historia clínica debe constar monitoreo de CD4 y recuento total de linfocitos. Descartar infecciones activas y TBC (PPD y Rx tórax)</p>
	<p>EFALIZUMAB Dosis inicial 0,7 mg/kg SC – luego 1 mg/kg una vez por sem, Aprobado para tto continuo hasta 3 años</p>	<p>Para el tratamiento de psoriasis cutanea moderada a severa. Condición: falla al uso de otra terapia sistémica. En historia clínica debe constar Hemograma completo (recuento total de linfocitos y plaquetas) Descartar infecciones activas y TBC (PPD y Rx tórax)</p>
	<p>ETANERCEPT 50 mg 2 veces/semana durante 12 semanas y luego continuar con 50 mg 1 vez/semana hasta semana 24</p>	<p>Para el tratamiento de psoriasis cutanea y/o articular moderada a severa. Condición: falla al uso de otra terapia sistémica. En historia clínica debe constar Hemograma completo Descartar infecciones activas y TBC (PPD y Rx tórax)</p>

ES COPIA FIEL DEL ORIGINAL
INSS/S.J.P.



	ADALIMUMAB 40 mg subcutáneo bimensual	Indicado sólo para el tratamiento de la psoriasis artropática. En historia clínica debe constar Hemograma completo Descartar infecciones activas y TBC (PPD y Rx tórax)
FOTOTERAPIA Y FOTOQUIMIOTERAPIA	UVB: Semanal PUVA: Semanal PUVA BATH: Semanal	Se deberá gestionar por expediente vía de excepción donde constar los requisitos administrativos de rutina y desde el punto de vista médico: Historia clínica completa –legible– con diagnóstico y grado de severidad de la psoriasis – localización – descripción del tto recibido hasta la fecha (con aclaración de droga, dosis y tiempo de uso)

PSICOTERAPIA: la necesidad de la misma se fundamenta en que el paciente portador de psoriasis presenta problemas de índole psicoemocional debido a las dificultades que esta enfermedad suele generar en la inserción del paciente en su medio laboral, social y familiar

TERAPIA OCUPACIONAL: tanto el compromiso cutáneo como articular puede afectar la movilidad del paciente generando diferentes grados de discapacidad transitoria o permanente que hace necesario el aprendizaje de la utilización de las capacidades funcionales remanentes

REQUISITOS A TENER EN CUENTA PARA LA EVALUACIÓN MÉDICO/ADMINISTRATIVA:

Además de los datos filiatorios con:

- Nombre y apellido completo
- Edad
- N° de Beneficiario
- N° de Teléfono

Serán necesarios:

Resúmen de historia clínica completo y legible, de ser posible por médico especialista en dermatología, especificando:

- diagnóstico y grado de severidad de la psoriasis
- tratamientos recibidos (drogas, tiempos, efectos adversos, contraindicaciones)
- comorbilidades (enfermedades activas)
- criterios para evaluación de la calidad de vida

- 2- Laboratorio: hemograma completo (recuento de plaquetas, linfocitos, CD4), funcionalidad renal y hepática
- 3- Rx tórax y de articulaciones afectadas

Nota: PARA 1; 2 y 3: TENER PRESENTE EL CUADRO ADJUNTO POR ETAPA DE LA PATOLOGÍA Y/O DEL TRATAMIENTO

ES COPIA FIEL DEL ORIGINAL
I.N.S.S.J.P.
GERENCIA DE PRESTACIONES MEDICAS