

O

Onco-Immunotherapy

**GUIA DE ORIENTACION
A PACIENTE ONCOLOGICO**

ONCOVIX LLC USA

PROGRAMA ONCOVIX INMUNOTERAPIA PERSONALIZADA EXCLUSIVA DE ONCOVIX

Bienvenido al Programa de Onco-Biotecnología y a la presentación de la Inmunoterapia adoptiva de 3ra generación NEXT-GEN PERSONALIZADA, desarrollada UNICAMENTE en Latinoamérica por ONCOVIX LLC . **No se confunda con los más de 42 tipos de inmunoterapias básicas o de menor efectividad.**

CONTENIDO**I) GUIA ORIENTACION A PACIENTE: INMUNOTERAPIA PROGRAMA ONCOVIX**

1. Pág. 3 ¿Qué impacto ha conseguido la inmunoterapia personalizada en el tratamiento del cáncer?
2. Pág. 3 Para qué tipo de cáncer o pacientes está indicada?
3. Pág. 3 Como es el proceso de aplicación al paciente?
4. Pág. 3 Por qué no está más difundida? ¿Por qué no me habló de este tratamiento mi oncólogo?
5. Pág. 5 Que desafíos enfrenta cada paciente para el mejor pronóstico de su cáncer?
6. Pág. 5 Que ventajas tiene ONCOVIX frente a otros CENTROS o PROGRAMAS
7. Pág. 7 ¿Qué garantías me dan al tomar este tratamiento?
8. Pág. 8 ¿Por qué mi médico no me recomendó/habló de este tratamiento?
9. Pág. 8 ¿Mi oncólogo dice que para mi caso no sirve la Inmunoterapia?
10. Pág. 9 ¿Esto está en estudio? ¿Es experimental?
11. Pág. 9 ¿Me voy a curar, en mi caso avanzado?
12. Pág. 9 ¿Qué resultados puedo esperar?
13. Pág. 9 ¿Qué pasa si aparentemente no funciona?
14. Pág. 9 ¿Cómo se miden los resultados cuando termine el tratamiento?
15. Pág. 10 ¿Tienen autorización de Servicio de Salud o la Autoridad Sanitaria?
16. Pág. 10 ¿Cómo tomaran la muestra de mi sangre y/o biopsia? como se hace en cada país?
17. Pág. 10 ¿Dónde están sus oficinas en mi país?
18. Pág. 11 ¿Cuáles son los médicos en mi país y su certificación?
19. Pág. 11 Es un tratamiento caro o de alto costo?, ¿Cuál es el valor del Programa ONCOVIX?
20. Pág. 11 ¿Cómo desarrollan mi tratamiento?
21. Pág. 12 ¿Cuál es el proceso de admisión para el Programa Oncovix?
22. Pág. 12 ¿Desea saber experiencia de otros pacientes?
23. Pág. 12 ¿Cómo obtienen muestras para mi tratamiento?
24. Pág. 13 ¿Qué apoyo familiar necesito para el programa?
25. Pág. 13 ONCOVIX ¿es el único centro o red que desarrolla este tratamiento?
26. Pág. 14 **II) GUIA A: Claves para aprobar ADMISION a ONCOVIX**
27. Pág. 14 Programa internacional ONCOVIX de inmunoterapia avanzada personalizada en cáncer:
28. Pág. 15 Usted POSTULA al PROGRAMA ONCOVIX porque (situaciones):
29. Pág. 15 Usted NO debe POSTULAR al PROGRAMA ONCOVIX porque (situaciones):
30. Pág. 15 Consultores ONCOVIX
31. Pág. 16 **III) GUIA B: Tengo CANCER; ¿cómo me ayuda la INMUNOTERAPIA avanzada?**
32. Pág. 16 Tengo CANCER; ¿cómo me ayuda la INMUNOTERAPIA avanzada?
33. Pág. 16 La INMUNOTERAPIA incluye:
34. Pág. 17 RESUMEN del PROGRAMA DE ORIENTACION
35. Pág. 18 **IV) GUIA C: ACTA DE VALIDACION Y RESPALDO**
36. Pág. 18 **V) GUIA D: Tengo CANCER; ¿QUE SIGNIFICA?**
37. Pág. 19 El cáncer se produce por ...
38. Pág. 19 El diagnóstico de cáncer ...
39. Pág. 19 **VI) GUIA E: Tengo CANCER; ¿Qué opciones hay?:** Todo paciente posee opción
40. Pág. 19 Mecanismos de tratamiento
41. Pág. 21 TERAPIA COMBINADA, sin pérdida de tiempo:
42. Pág. 21 Profesionales vinculados
43. Pág. 22 Ventajas de la Inmunoterapia NEXT GENERATION del Programa ONCOVIX
44. Pág. 23 **VII) Oncovix: completo equipo especialistas oncológicos acreditados**
45. Pág. 24 **VIII) Acreditación o certificación referida a programa Oncovix**
46. Pág. 25 **IX) Presentación y/o publicación de programa Oncovix – Inmunoterapia CANCER**
47. Pág. 28 **X) Graficas de aplicaciones, propósitos y resultados – inmunoterapia cáncer**

I) GUIA DE ORIENTACION A PACIENTE : INMUNOTERAPIA PROGRAMA ONCOVIX

1. ¿Qué impacto ha conseguido la inmunoterapia personalizada en el tratamiento moderno del paciente con cáncer?

- a) Aportar lo que los tratamientos convencionales no realizan. Corregir la regulación a la baja de la inmunidad o inmunodepresión que instala cada cáncer para facilitar su extensión. Esta inmunoterapia, estimula el sistema de presentación antigénica o SPA (que también usan las vacunas) y así los linfocitos logran detectar y destruir células del cáncer.
- b) Generar una valiosa calidad de vida, reducción y eliminación tumoral en pacientes que la reciben sola o junto a terapias convencionales, conocido como Terapia combinada.
- c) Su avanzada biotecnología, logra recomponer o potenciar el SPA o sistema de presentación antigénica de nuestra inmunidad, que permite a nuestros linfocitos o células de defensa, identificar y destruir células cancerígenas,
- d) Actúa de forma más precisa, con menos reacciones adversas y por más tiempo que la quimioterapia, por meses y hasta año, gracias a la exclusiva memoria inmunológica activada
- e) Actúa con mayor alcance y más segura que la radioterapia
- f) Actúa sobre implantes microscópicos que la cirugía no logra extirpar y que la imagenología solo detecta cuando ya el tumor alcanza mayor tamaño y en varios órganos usualmente.
- g) Literalmente, todo paciente con cáncer se beneficia notablemente de recibir inmunoterapia personalizada, que resulta para todo tipo de cáncer sin criterio de exclusión

2. ¿Para qué tipo de cáncer o pacientes está indicada?

- a) Cáncer es un conjunto de cientos (+ de 200) tipos de tumores o enfermedades por la que algunas células del cuerpo se multiplican sin control y se diseminan a otras partes del cuerpo. ONCOVIX no es un SOLO tratamiento, es una estructura adaptativa, que permite ser personalizada y enfrentar cada tipo de cáncer mediante cambios moleculares en la programación de laboratorio
- b) Está indicada para pacientes;
 - i. En cualquier etapa de cáncer, con propósitos específicos para queda etapa.
 - ii. En cualquier edad
 - iii. El 50% de pacientes aprox. que NO estaban respondiendo a terapias convencionales.
 - iv. NO había iniciado terapia convencional (quimo, radioterapia, cirugía)
 - v. NO les queda más propuesta de tratamiento
 - vi. Fueron operados de su cáncer.
 - vii. Tienen recaída, luego de haberse considerado de alta
 - viii. Están de alta y desean evitar entrar en el 30-50% que recae, aun cuando haya recibido cirugía, quimio o radioterapia, pues todo puede fallar y por ello nuestro consorcio atiende en su mayoría pacientes con fracasos de esas terapias
 - ix. con tratamientos paliativos, antes o después de cirugía; antes durante o después de quimio y radioterapia, son ejemplos de pacientes que han recibido de forma segura el programa ONCOVIX.

3. ¿Como es el proceso de aplicación al paciente?

- a) Para el paciente es de los programas terapéuticos más empático y humano.
- b) Cumple con no someter a demora al paciente; es de urgencia. no existe el esperaré, a domicilio modelo exclusivo que brinda protección y calidad.
- c) Al ser aplicación superficial por profesional clínico, es muy segura, de nivel domiciliario, en entorno de contención familiar que usualmente beneficia al paciente, y así se recomienda
- d) Ello es posible debido a cadena de laboratorios de alta complejidad, que han ido resolviendo por semanas, todos los desafíos moleculares que el paciente no ve, en su simple aplicación
- e) <https://guiaoncogenica.com/modelo-de-atencion/>

4. ¿Porque no está más difundida? ¿Porque puede que no le hablen de esto a un paciente, su oncólogo de hospital o clínica?

- a) La respuesta simple; cualquier profesional propones opciones sobre la base de su institución y/o experiencia. Eso incluye médicos, contadores, transportistas, etc.

- b) Hablamos de una biotecnología que recibió aprobación FDA el 2010, Premio Nobel el 2011, es considerada hoy 1 de los 3 tratamientos moleculares más avanzados en cáncer, junto a los inhibidores de checkpoints y tratamiento T-CAR
- c) A nivel continental, hemos podido atender también a médicos, profesionales de la salud, autoridades sanitarias, y siempre la conclusión es lo lamentable que resulta que estas opciones terapéuticas, por carga académica u otros factores, no estén incluidas en la formación de nuevos profesionales. Pero no es solo eso, también se requiere toda una infraestructura donde desarrollar esta ciencia, y muy posiblemente pasaran décadas antes que se cuente con los profesionales, laboratorios, presupuestos de insumos, que permitan aumentar el acceso a estos avances, tal como ocurre con radioterapia de protones, prestaciones de cirugía fetal, fertilidad y más de mil prestaciones, terapias y exámenes que aún quedan sin codificación y por tanto fuera de la cobertura del estado en cada país.
- d) No es LA inmunoterapia, son más de 42 tipos de inmunoterapia, algunos muy básicos e inespecíficos.
- e) Su médico no tiene porqué recomendársela, pues no está implementada ni va a ser financiado por la seguridad de salud estatal o aseguradoras en cada país, en la cual se desempeña.
- f) Un oncólogo, a todo evento, es un profesional y ser humano, que busca brindar el mejor servicio, según recursos profesionales e institucionales de que dispone.
- g) Con la mayor simpleza, transparencia y realismo, es necesario reconocer que las propuestas que cualquier profesional usualmente propone a nivel internacional (en cualquier profesión), están condicionadas por:
 - i. Los contenidos académicos que ha logrado estudiar y aprobar, sujetos a su vez al presupuesto y tiempo que ha destinado a ello.
 - ii. Los recursos u opciones que tiene disponible el lugar donde trabaja y en el cual le va a atender, sujetos a su vez a la vigencia de profesional de apoyo calificado, disponibilidad fluida de insumos, adecuada mantención de equipos y finalmente, la existencia de agenda disponible.
 - iii. Eventuales limitaciones para proponer situaciones que obliguen a que el consultante cambie de centro o profesional.
 - iv. Eventuales limitaciones para proponer situaciones que obliguen a que, de ahí en adelante, todos los solicitantes comiencen a exigir propuestas de solución AVANZADA, que no están disponibles en cantidad o calidad, por falta de capacitación, personal, infraestructura, equipos, insumos, presupuesto, etc.
 - v. Eventuales limitaciones para proponer situaciones que obliguen a ocupar presupuesto que exceda lo disponible o el pago preautorizado por una instancia aseguradora.
 - vi. Eventuales limitaciones para que el consultante cambie de centro o profesional, y termine en la competencia, lo cual incluso pudiese implicar que el consultante suspenda o desista de opciones que el profesional le proponía.
 - vii. Eventuales denuncias por conflictos de intereses, prácticas de colusión o anti libre competencia, así como uso de insumos de menor calidad, u otras, que pudiesen surgir por parte de instancias fiscalizadoras, máximas autoridades políticas (ministros, comisiones senatoriales) o usuarios mismos.
 - viii. Eventuales limitaciones para usar solo propuestas que estén visadas por organismos colegiados o supervisores, a veces de carácter gremial o socio-político no vinculante, que resuelven en función de la realidad país, y sujetos a una baja capacidad de procesar la abundante información y publicaciones que hoy emergen en muchas áreas, razón por la cual hoy las instancias “validadoras” , solo están “validadas” en la medida que dan a conocer sus algoritmos y recursos de inteligencia artificial para respaldar su eventual capacidad de “validación”.
- h) RECUERDE:
 - i. NO EXISTE el tipo de oncólogo que trate todos los tipos de cáncer y/o que conozca u ocupe todos los tratamientos posibles.
 - ii. Usualmente se indica la opción disponible o bajo cobertura.

- iii. El tratamiento moderno del cáncer requiere distintos profesionales según el tipo y avance del cáncer, así como las necesidades e interés del paciente. Incluye oncólogos clínicos, radio-oncólogos, oncólogos moleculares, hemato-oncólogos, oncopatólogos, inmuno-oncólogos, cirujano-oncólogos, etc.

5. ¿Qué desafíos enfrenta cada paciente para el mejor pronóstico de su cáncer?

- a) Falta de Información: La valiosa 2ª opinión
 - i. Hay más tratamientos que los que a usted pueden haberle informado: Posiblemente, el programa de atención de su cáncer en la seguridad social de un país, puede ser el más accesible o de bajo costo, pero ello no significa que sea, necesariamente, el más preciso, rápido, oportuno, efectivo, específico, preciso, seguro, avanzado o con menos reacciones adversas. **INFORMESE, su pronóstico también depende de usted.**
 - ii. El cáncer, al no haber garantía de resultados, exige terapia combinada:
 - Puede quedar cáncer después de la cirugía
 - No todos los pacientes toleran ni responden favorablemente a la quimioterapia
 - La radioterapia está limitada a cierta dosis y es de acción más bien local
 - A mayor masa tumoral o etapa de avance, mayor % de recaída
 - iii. Lectura de publicaciones y centros validados, no quedarse con comentarios u opiniones sin respaldo escrito.
 - iv. Los costos de terapia avanzada personalizada, son similares a las terapias convencionales, solo que estas llevan más de 100 años y ya tienen subsidio
 - v. No hay tiempo que perder; algunos meses de espera pueden incluso poner al paciente sin opción de tratamiento. Aumenta el riesgo de muerte en alrededor de un 10% por cada mes sin tratamiento
 - vi. Los pacientes con cáncer que reciben tratamiento de inmunoterapia next-gen viven una realidad diferente y favorable, ya sea sola o combinada con terapias convencionales
- b) DESINFORMACION: Comentarios del tipo:
 - i. No existe, no está probada, es experimental o usted no califica. ERROR: Esta validada, se ajusta a cada tipo de cáncer, pero no hay laboratorios ni profesionales para ello.
 - ii. Es carísima: ERROR, el programa ONCOVIX tiene mismo rango de costo que un programa convencional de quimio o radioterapia, solo que estos, después de más de 100 años de aplicación, han logrado obtener subsidio por parte de las políticas de gobierno.
- c) DEMORA PERJUDICIAL:
 - i. Cada mes de retraso en el tratamiento del cáncer puede aumentar el riesgo de muerte en alrededor de un 10%.; <https://www.bmj.com/company/newsroom/every-month-delayed-in-cancer-treatment-can-raise-risk-of-death-by-around-10/>
 - ii. Los pacientes con cáncer que reciben tratamiento de inmunoterapia next-gen viven una realidad diferente y favorable, ya sea sola o combinada con terapias convencionales.
 - iii. Su puede aplicar inmunoterapia desde el momento del diagnóstico inmediato sin importar si le van a operar o el esquema convencional que vaya a recibir.
 - iv. La evolución de un paciente que ya no califica para cirugía, con cáncer no extraído, dificulta notablemente la opción de curación y obliga aún más a sumar programas avanzados como inmunoterapia.

6. ¿Qué ventajas tiene ONCOVI frente a otros CENTROS o PROGRAMAS? a)

Respaldo y validado por: Molecular & Precision Oncology International Society (MPOIS mpois.com www.mpois.com)



- b) Destacado en "3rd webinar on Clinical & Medical Scienc", para la exposición de "Role of personalized immunotherapy with dendritic cell exosomes, in COMBINED THERAPY for Cancer: ONCOVIX Program" (28 de septiembre 2021, Londres).

- c) Destacado en 2nd International conference on Immunity and Immunochemistry, para : Translational route and clinical experience in adoptive immunotherapy by Oncovix (ONCOVIX Program); 3rd generation of dendritic cell vaccine (August 09, 2021, Barcelona, España)
- d) En 2018: El Subcomité de Financiamiento Temprano de Emprendimiento, del Comité de Emprendimiento de la Corporación de Fomento de la Producción – CORFO, aprobó la ejecución del Proyecto denominado “Kit molecular para inmunoterapia”, código 17CS-86xxx. Luego, mediante Resolución Electrónica, CORFO aprueba el subsidio celebrado el 13 de marzo de 2018 con UNIVERSIDAD DE CONCEPCION para la ejecución del proyecto.



- e) Diciembre de 2017, el COMITÉ DE DESARROLLO PRODUCTIVO REGIONAL DE LA REGION DEL BIOBIO, celebró convenio para ejecución de proyecto denominado “KIT teranóstico ready-to-use para desarrollo estandarizado de inmunoterapia antitumoral de precisión, CODIGO 17IEMBB-83xxx”, en el marco la “Línea de cofinanciamiento para proyectos de innovación empresarial de Línea 1. Innovación en productos y procesos (PROTOTIPO)”



- f) Publicado en el International Journal of Biomedical Data Mining Open Access ISSN: 2090-4924, con mas de 100 “CITATIONS” por año, sobrepasando las 300 citaciones en sus primeros 2 años. NOTA:
 - i. El que un trabajo científico sea CITADO, significa que, **constituye un aporte científico** sobre la base de su **originalidad** y **calidad del trabajo** y obtenemos una medida de evidente influencia para el investigador, en tanto que el contenido ha sido CITADO, es decir, leído e influenciado en el pensamiento y la investigación de terceros. Ello adquiere más relevancia cuando resulta selección de una revista indexada en bases de datos de alto impacto.
 - ii. El impacto del propio artículo dentro de la revista es prioritario y fundamental para el reconocimiento del propio investigador en materia laboral, promocional, financiera e intelectual.
 - iii. Más ventajas puede usted consultar en: https://guiaoncogenica.com/wp-content/uploads/2022/12/A_comparacion_calidad_comp.pdf



International Journal of Biomedical Data Mining

ISSN: 2090-4924

ISSN: 2090-4924

Open Access

Journal Home
Editorial Panel ▾
Instructions for Authors ▾
Submit Manuscript
Articles in process
Archive
Special Issues ▾
Contact

25+ Million Readerbase

Google Scholar citation report

Citations : 310

International Journal of Biomedical Data Mining received 310 citations as per Google Scholar report



Translational route and clinical experience in adoptive immunotherapy by Oncocit; 3rd generation of dendritic cell vaccine

2nd International conference on Immunity and Immunochemistry

August 09, 2021 | WEBINAR

Ramon Ernesto Gutierrez Sandoval

Oncocit, USA

Keynote: [Int J Biomed Data Min](#)

Translational route and clinical experience in adoptive immunotherapy by Oncocit; 3rd generation of dendritic cell vaccine

Introduction: Immunotherapy its positioned as the new "fifth essence" of cancer treatment providing new therapeutic responses not seen so far. There are different protocols and mechanisms of action, highlighting the 2018 Nobel Prize for checkpoint inhibitors, T-car therapy for hematological malignancies and the dendritic cell vaccine for solid tumor whose biotechnology has the nobel of 2011 and FDA approval since 2010.

Conclusion: Dendritic cell immunotherapy is developed essentially from a sample of the patient's blood and a sample of his cancer biopsy to be treated. It is a treatment feasible, validable, perfectible, safe application and reasonable effectiveness. The 3rd generation vaccine is 15 to 20 times more effective than the 1st generation, because includes molecular signals 1, 2 and 3 which ensures a type 1 immune polarization of CD4 + T cells and efficient cytotoxic responses of cytotoxic CD8 + T cells (CTL), that ensures anti-tumor programming and prevents immune weakening or immunosuppression.

This protocol requires molecular profiles of cytokines, that we have as "ready-to-use" packaging (terkit, bitex) thus facilitating the implementation in a greater number of laboratories, with lower final cost of treatment and greater coverage to patients.

The greater complementary effectiveness of dendritic cell immunotherapy includes its use close to cancer diagnosis, previous or simultaneous tumor mass reduction with conventional therapies (surgery, chemo and radiotherapy) programming with optimal stimulation signals, enriched pulsation, use of exosomes and "supernatant", intensive protocol options, reinforcements cell validation, controls supported by flow cytometry and specialized logistics.

Keywords: dendritic cell, vaccine, cancer, immunotherapy, third, generation, terkit, bitex, oncocit, recell



Ramon Ernesto Gutierrez Sandoval

Oncocit, USA

Biography

Ramón Gutierrez is MD by U. de Concepción and pathologist from University of Chile. In USA he holds an MSL[®] Medical Science Liaison degree from UC Berkeley. In Spain he obtained a Master's Degree in Clinical Oncology from the University of the Basque Country and a Master's Degree in Molecular Oncology from the Center for Biosanitary Studies (CEB) and Rey Juan Carlos University program.

He is founder of Laboratorio Bioclas (bioclas.cl) and RECELL Cancer Center in Chile (recell.cl). Biogenica Consortium in Panama (biogénica.org) and Oncocit LLC in USA (oncocit.com) and he is based in medical city of Lake Nona, in Orlando, FL. He has obtained competitive funds from the Chilean government for his cancer research and has specialized in clinical treatment of adoptive immunotherapy for cancer through 3rd generation dendritic cell vaccines, with more than 1500 annual applications for patients in 24 countries of Latin America.

ceo@oncocit.com

7. ¿Qué garantías me dan al tomar este tratamiento?

- La garantía de idoneidad: mecanismo de activación inmunológica esencial para el éxito contra el cáncer, y que ningún otro tratamiento convencional realiza.
- Garantía de absoluto cumplimiento en fechas y horarios, salvo imponderables externos.
- Garantía de respaldo biotecnológico, según proyectos de validación CORFO y U. de Concepción
- Garantía de respuesta escrita trazable, según estipulaciones de Bases y Propuesta de Programa.

- e) No existe tratamiento médico oncológico ni biológico, que pueda ser garantizado. Por esa razón:
 - i. muchos pacientes sufren recaída de cáncer a pesar de una cirugía, quimio o radioterapia.
 - ii. muchos pacientes reciben quimio o radioterapia, pero no responden.
 - iii. muchos pacientes fallecen a pesar de cirugía, quimio o radioterapia.
 - iv. Muchos pacientes logran entender que deben sumar tratamientos de calidad, lo antes posible, para su cáncer, pues mejora su pronóstico, pero aun así no es posible garantizar un resultado.
- f) Cuando se explica la efectividad de cualquier tratamiento oncológico, se refiere a la información estadística en los pacientes ya tratados. Para saber qué resultado tendrá cada tratamiento en el próximo paciente, es necesario aplicarlo y luego evaluar.

8. ¿Por qué mi médico no me recomendó/habló de este tratamiento?

- a) Un oncólogo, a todo evento, es un profesional y ser humano, al igual que un abogado, contador u otro profesional, que busca brindar el mejor servicio, según recursos profesionales e institucionales de que dispone.
- b) Radioterapia de protones, inmunoterapia next-gen, T-car y otros tratamientos avanzados no encuentran financiamiento en muchos países, y muchos médicos reconocen que jamás estudiaron ello. Incluso, no todo oncólogo está especializado en radioterapia, ni cirugía, inmunoterapia, etc.
- c) Con la mayor simpleza, transparencia y realismo, es necesario reconocer que las propuestas que cualquier profesional usualmente propone a nivel internacional (en cualquier profesión), están condicionadas por:
 - i. Los contenidos académicos que ha logrado estudiar y aprobar, sujetos a su vez al presupuesto y tiempo que ha destinado a ello.
 - ii. Los recursos u opciones que tiene disponible el lugar donde trabaja y en el cual le va a atender, sujetos a su vez a la vigencia de profesional de apoyo calificado, disponibilidad fluida de insumos, adecuada mantención de equipos y finalmente, la existencia de agenda disponible.
 - iii. Eventuales limitaciones para proponer situaciones que obliguen a que el consultante cambie de centro o profesional.
 - iv. Eventuales limitaciones para proponer situaciones que obliguen a que, de ahí en adelante, todos los solicitantes comiencen a exigir propuestas de solución AVANZADA, que no están disponibles en cantidad o calidad, por falta de capacitación, personal, infraestructura, equipos, insumos, presupuesto, etc.
 - v. Eventuales limitaciones para proponer situaciones que obliguen a ocupar presupuesto que exceda lo disponible o el pago preautorizado por una instancia aseguradora.
 - vi. Eventuales limitaciones que permitan a que el consultante cambie de centro o profesional, y termine en la competencia, lo cual incluso pudiese implicar que el consultante suspenda o desista de opciones que el profesional le proponía.
 - vii. Eventuales denuncias por conflictos de intereses, prácticas de colusión o anti libre competencia, así como uso de insumos de menor calidad, u otras, que pudiesen surgir por parte de instancias fiscalizadoras, máximas autoridades políticas (ministros, comisiones senatoriales) o usuarios mismos.
 - viii. Eventuales limitaciones para usar solo propuestas que estén visadas por organismos colegiados o supervisores, a veces de carácter gremial o socio-político no vinculante, que resuelven en función de la realidad país, y sujetos a una baja capacidad de procesar la abundante información y publicaciones que hoy emergen en muchas áreas, razón por la cual hoy las instancias “validadoras”, solo están “validadas” en la medida que dan a conocer sus algoritmos y recursos de inteligencia artificial para respaldar su eventual capacidad de “validación”.

9. ¿Mi oncólogo dice que para mi caso no sirve la Inmunoterapia?

- a) No es LA inmunoterapia, son más de 42 tipos de inmunoterapia, algunos muy básicos e inespecíficos.

- b) Quizás ese profesional, emita su opinión sin incluirla en su FICHA CLINICA Y desconozca los beneficios de la Inmunoterapia NEXT GEN personalizable especialmente indicada para pacientes donde otras inmunoterapia y tratamientos de oncología convencional fallan.

10. ¿Esto está en estudio? ¿Es experimental?

- a) NO. Esta biotecnología fue aprobada por FDA en 2010, premio Nobel en 2011. La investigación la demostró su seguridad y eficiencia (fase 1 y 2) y hoy en día solo se evalúa cual es la mejor combinación para uno u otro cáncer, junto a QT, RT, etc.
- b) <https://clinicaltrials.gov/> muestra 1,235 estudios internacionales de respaldo a 2023, que avalan su seguridad y eficiencia.
- c) En los últimos 45 años existen:
 - i. 29763 publicaciones sobre “Immunotherapy Trials”,
 - ii. 16139 publicaciones sobre “Dendritic cell immunotherapy”
 - iii. 92820 publicaciones sobre “Cáncer Immunotherapy”.
 - iv. Fuente: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed>
- d) En caso de aceptar ensayos o estudios clínicos, muchos de ellos sin costo, recuerde que pueden incluir UN GRUPO de pacientes que SI reciben tratamiento y otro grupo control que NO recibe tratamiento (recibe PLACEBO sin efecto, pero cree que es tratamiento). En esos casos, el paciente no sabe en qué grupo está.

11. ¿Me voy a curar en mi caso avanzado?

- a) Aquí es donde más se nota la falta de información de un paciente.
- b) El propósito de cualquier tratamiento oncológico no es solo la curación o remisión total, también existe la remisión parcial, fase de no progresión o enfermedad controlada, mejor calidad de vida, por sobre paliativos básicos, etc.
- c) Ejemplo: terapias oncológicas convencionales pueden no resultar hasta en 50% de pacientes aproximadamente

12. ¿Qué resultados puedo esperar?:

- a) El tipo de resultados y velocidad de aparición son variables entre distintos pacientes
- b) Se ha conseguido resultados favorables en hasta 70% de nuestros pacientes, en términos de mejor calidad de vida, mayor sobrevida general, reducción de actividad metabólica celular, aumentando o permitiendo casos de remisión parcial, fase de no progresión, enfermedad controlada (que permite acceso a otros tratamientos para los cuales en algún momento no calificaba el paciente), e incluso total en algunos casos.

13. ¿Qué pasa si pareciera que no funciona?

- a) Ausencia de reacciones adversas relevantes permite continuar a un programa de prosecución que aumenta notablemente las posibilidades de mayores y mejores resultados.
- b) En nuestros pacientes, el 70% aprox., refleja distintos grados de beneficios que incluyen reducción o estabilización tumoral, mejor calidad de vida y reingreso a terapia convencional
- c) El tratamiento con mayor efectividad para algún tipo de cáncer, es el T-CAR, y logra resultados favorables en un 70% de los pacientes aproximadamente.

14. ¿Cómo se miden los resultados cuando termine el tratamiento?

- a) De distintas formas, según factibilidad: Incluyen examen PET-CT bajo criterios imRECIST (Criterios de evaluación de la respuesta inmuno-modificada en tumores sólidos).
- b) Puede resultar de utilidad criterios RECIST (Criterios de evaluación de la respuesta en tumores sólidos) y SCORE INTEGRADO de respuesta clínica a terapia oncológica.
- c) Existe un ACTA de MONITOREO de terapia que incluye opciones de:
 - i. Criterios imRECIST
 - ii. PET-CT (con determinación de SUV): examen de medicina nuclear. (al menos dos: uno al 1er mes y un segundo al 3-5 mes post ultima aplicación)
 - iii. Tabla integrada de Scores de evolución clínica.
 - iv. U otras, vinculadas a recomendaciones oncológicas RECIST según posibilidad de cobertura o factibilidad, según caso y país.

15. ¿Tienen autorización de Servicio de Salud o la Autoridad Sanitaria?

- a) Somos contactados, porque este programa de 3ª generación NO está en su país, y ningún país certifica algo que NO tiene.
- b) Autorización sanitaria, corresponde a tramitación obligatoria en países de Sudamérica, para todo producto cosmético, farmacéutico, dispositivo médico, desinfectante, plaguicida, sanitizante o elemento de protección personal que se importe o se manufacture localmente.
- c) Internacionalmente los protocolos biológicos (injerto de piel, órganos para trasplante, exosomas, sangre, plasma rico en plaquetas) no están incluidos en la exigencia para registro.

16. ¿Cómo tomaran la muestra de mi sangre y/o biopsia? como se hace para Chile y el extranjero

- a) La personalización del programa no depende de usar sangre o biopsia del paciente, depende de dirigirse específicamente contra el tipo de cáncer diagnosticado al paciente y no otro. Hay un protocolo de versión básica antigua y una versión avanzada de alta gama.
- b) La muestra de sangre se vio que presentaba deficiencias para un excelente protocolo debido al entorno molecular paraneoplásico, y se optimizó con línea celular purificada. Algo similar ocurre con el tejido biopsia, dañado por químicos tóxicos como xilol, formol y alcohol; al final, lo más importante es el reporte de DIAGNOSTICO de cáncer con el tejido biopsia.
- c) En los inicios y cuando resultaba factible por razones de costo y tiempo, los protocolos comunes están diseñados para iniciar con muestra de sangre del paciente y su biopsia. Sin embargo, el propio ambiente tumoral usualmente obliga a potenciar la celularidad del paciente y a complementar o reforzar el material de biopsia del paciente. Muchas veces, el material de biopsia que recibimos es residual y luego de su uso, no queda material disponible
- d) En protocolos internacionales, los últimos avances en biotecnología de inmuno-oncología, permiten proceder con mayor rapidez y precisión incluso que cuando se usa muestras biológicas (PBO o Protocolos de biotecnología optimizada). El PBO tiene un costo de 3500 USD adicional y para pacientes internacionales, puede postularse a cobertura mediante bonificación vía Fundación externa, sin fines de lucro.
- e) Se adjunta videos de explicación:
 - i. Entrevista: min 5:35 _ <https://www.youtube.com/watch?v=bss7yUgaDxk>
 - ii. Testimonios Internacionales:
 - <https://recell.cl/testimonio-inmunoterapia-contra-el-cancer-carcinoma-mamario-izquierdo-espana/>
 - <https://recell.cl/testimonio-paciente-argentina-cancer-de-mama-con-metastasis/>
 - <https://recell.cl/testimonio-paciente-costa-rica-cancer-parafaringeo-union-boca-esofago-sarcoma-2/>

17. ¿Dónde están sus oficinas en mi país?

- a) El consorcio ONCOVIX está compuesto por 7 empresas en 4 países, y posee cobertura domiciliaria en más de 200 ciudades en 26 países.
- b) La cobertura telemática y de outsourcing de profesionales clínicos locales acreditados en cada país, nos permite el 100% de cumplimiento por años en miles de pacientes, sin encarecer innecesariamente el programa ONCOVIX.
- c) No hay centros de aplicación o atención de pacientes, pues 1 centro por país no permite amplia cobertura en ciudades de 26 países, y 1 centro por ciudad elevaría de forma inaccesible los costos, obligando a número mínimo de pacientes. Ocupamos el modelo que nos permite mayor alcance geográfico, con menor impacto el costo del programa para el paciente
- d) El modelo UNICO de atención internacional disponible es domiciliario
- e) Ese modelo domiciliario se consolidó con la pandemia, y se mantendrá aún sin pandemia. Es un modelo muy favorablemente evaluado por cientos de pacientes, que ya no necesitaron traslados, acompañantes, días de permiso, riesgos (de contagio, accidentes, complicaciones), y que evitan sobre exponerse a la tensión afectiva y emocional de permanecer largas horas en unidades oncológicas de hospitales o clínicas, etc.
- f) RECUERDE:
 - i. No todas las terapias oncológicas son de aplicación intrahospitalaria. Las que requieren ello, es para monitorear de forma adecuada el número e intensidad de sus reacciones adversas

- ii. Cada día., más terapias oncológicas son de aplicación domiciliaria
- g) Cualquier centro de la red ONCOVIX es solo para propósitos de procesos de laboratorio de biotecnología o coordinación logística. Cada uno de esos centros actúa con vínculo de proveedor hacia ONCOVIX y no posee relación alguna con algún paciente específico.
- h) Si usted necesita otro modelo de atención, posee autonomía para su búsqueda, con algún otro prestador.
- i) **UBICACIÓN DEL CONSORCIO:**
 - i. ONCOVIX: Lake Nona, Orlando, Florida, USA (postal center).
 - ii. BIOGENICA: Procesos de Admisión. Panamá.
 - iii. EXOLIFE: CLINICA Presencial: Barcelona, España.
 - iv. Latam RECELL: desde Chile. Logística de profesionales para países de Latinoamérica.

18. ¿Cuáles son los médicos en mi país y su certificación?

- a) En cada país de cobertura, existen profesionales clínicos certificados según regulación de cada país, y capacitados en la aplicación de ONCOVIX con su respectivo reporte.
- b) Es procedimiento de baja complejidad de aplicación, más superficial que vacuna tradicional.

19. ¿Es un tratamiento caro o de alto costo?; ¿Cuál es el valor del Programa Oncovix?

- a) Valores a continuación, solo en carácter referencial general, sujetos a confirmación de leves ajustes caso a caso según evaluación por comité, logística y de factibilidad, de cada país.
- b) Valores se actualizan según condiciones país, sin requerir aviso previo.
 - i. www.guiaoncogenica.com ; pestaña VALORES
 - ii. www.oncovix.com ; pestaña VALORES
- c) RECUERDE:
 - i. Para un paciente con cáncer a tratarse con tratamientos convencionales (NO ONCOVIX), el gasto promedio en EEUU por paciente es de 180 mil dólares
 - ii. El valor de un tratamiento FARMACOLOGICO de inmunoterapia (NO ONCOVIX) va desde 96 mil (FDA 2010) a 500 mil dólares (T-CAR) y este último está descrito como exitoso en el 70% de los pacientes, es decir, un 30% de pacientes podría adquirir un tratamiento y no tener resultados esperados.
 - iii. Centros de EUROPA con tratamiento no idéntico (NO ONCOVIX), desde 80 mil euros promedio.
- d) El precio del Programa ONCOVIX es muy similar a un tratamiento de oncología convencional, solo que estos, después de más de 100 años de uso, ya cuentan con subsidios de la seguridad social en cada país, lo cual no se extiende a tratamientos de oncología avanzada (T-CAR, Inmunoterapia next-gen, radioterapia de protones).
- e) Recuerde que algunas versiones farmacológicas y hasta menos avanzadas de inmunoterapia adoptiva, alcanzan valores de hasta 200 mil dólares por programa. SIN DUDA, programa ONCOVIX aparece como su mejor opción, 20 veces más económica que otras opciones disponibles.

20. ¿Cómo se desarrolla mi tratamiento?

- a) Secuenciación para moléculas en laboratorio internacional
- b) Ensamblaje en salas blancas en cada continente
- c) Recepción logística en cada país
- d) Aplicación en su domicilio
- e) Vía controles certificados de:
 - i. Recuento celular,
 - ii. Viabilidad celular
 - iii. Diferenciación a subpoblaciones linfocitarias
 - iv. Niveles de interleukinas
 - v. Perfil exosómico.

21. **¿Cuál es el proceso de admisión para el Programa Oncovix?:** Ocupa 1-2 días usualmente.

- a) Consulte vía WhatsApp con Centro de Admisión BIOGENICA: Recibirá links e información inicial relevante, y confirme el carácter de urgencia de su solicitud.
- b) Vía WhatsApp: agende sin costo, su llamada telefónica con un CONSULTOR especializado.
- a) Solicite y agende su Video Consulta con profesional clínico del Comité Oncológico
- b) Reciba mail con PROPUESTA y BASES NORMATIVAS: Dicha documentación es parte del alto estándar actualmente disponible en Oncología Molecular, que incluyen BASES, ACTAS, GUIAS con abundante detalle escrito, trazable, capaz de prever cualquier posible situación que se presente en el desarrollo del programa.
- c) Confirme su aceptación de mail y resuelva cobertura de programa
- d) Se agenda lugar y hora de 1ª visita vía centro Aplicador local
- e) Apertura de grupo WhatsApp exclusivo para su agenda
- f) Soporte continuo vía contraloria@oncovix.com

22. **¿Desea saber experiencia de otros pacientes?**

- a) Programa ONCOVIX y colaboración internacional de RECELL (Latam RECELL) para seguimiento y recopilación de la experiencia de nuestros pacientes, ha sido destacado por cobertura por prensa de televisión y medios digitales por años, incluyendo reportajes de **investigación periodística con entrevista a pacientes reales validados**
 - i. <https://oncovix.com/cobertura-prensa-y-tv/>
 - ii. CNN: <https://www.youtube.com/watch?v=S6vYUONxehA&t=2s>
- b) Cientos de testimonios, de distintos países, por años, disponibles en: www.oncovix.com



23. **¿Cómo obtienen muestras para mi tratamiento?**

- a) En los inicios y cuando resultaba factible por razones de costo y tiempo, los protocolos comunes están diseñados para iniciar con muestra de sangre del paciente y su biopsia. Sin embargo, el propio ambiente tumoral usualmente obliga a potenciar la celularidad del paciente y a complementar o reforzar el material de biopsia del paciente. Muchas veces, el material de biopsia que recibimos es residual y luego de su uso, no queda material disponible
- b) En protocolos internacionales, los últimos avances en biotecnología de inmuno-oncología, permiten proceder con mayor rapidez y precisión incluso que cuando se usa muestras biológicas (PBO o Protocolos de biotecnología optimizada). El PBO tiene un costo de 3500 USD adicional y para pacientes internacionales, puede postularse a cobertura mediante bonificación vía Fundación externa, sin fines de lucro.

c) Se adjunta videos de explicación:

- i. Entrevista: min 5:35 _ <https://www.youtube.com/watch?v=bss7yUgaDxk>
- ii. Testimonios Internacionales:
 - <https://recell.cl/testimonio-inmunoterapia-contr-el-cancer-carcinoma-mamario-izquierdo-espana/>
 - <https://recell.cl/testimonio-paciente-argentina-cancer-de-mama-con-metastasis/>
 - <https://recell.cl/testimonio-paciente-costa-rica-cancer-parafaringeo-union-boca-esofago-sarcoma-2/>

24. ¿Por qué mi oncólogo no me informó de esto?

- a) Un oncólogo, a todo evento, es un profesional y ser humano, que busca brindar el mejor servicio, según recursos profesionales e institucionales de que dispone.
- b) Con la mayor simpleza, transparencia y realismo, es necesario reconocer que las propuestas que cualquier profesional usualmente propone a nivel internacional (en cualquier profesión), están condicionadas por:
 - i. Los contenidos académicos que ha logrado estudiar y aprobar, sujetos a su vez al presupuesto y tiempo que ha destinado a ello.
 - ii. Los recursos u opciones que tiene disponible el lugar donde trabaja y en el cual le va a atender, sujetos a su vez a la vigencia de profesional de apoyo calificado, disponibilidad fluida de insumos, adecuada mantención de equipos y finalmente, la existencia de agenda disponible.
 - iii. Eventuales limitaciones para proponer situaciones que obliguen a que el consultante cambie de centro o profesional.
 - iv. Eventuales limitaciones para proponer situaciones que obliguen a que, de ahí en adelante, todos los solicitantes comiencen a exigir propuestas de solución AVANZADA, que no están disponibles en cantidad o calidad, por falta de capacitación, personal, infraestructura, equipos, insumos, presupuesto, etc.
 - v. Eventuales limitaciones para proponer situaciones que obliguen a ocupar presupuesto que exceda lo disponible o el pago preautorizado por una instancia aseguradora.
 - vi. Eventuales limitaciones para proponer situaciones que obliguen a que el consultante cambie de centro o profesional, y termine en la competencia, lo cual incluso pudiese implicar que el consultante suspenda o desista de opciones que el profesional le proponía.
 - vii. Eventuales denuncias por conflictos de intereses, prácticas de colusión o anti libre competencia, así como uso de insumos de menor calidad, u otras, que pudiesen surgir por parte de instancias fiscalizadoras, máximas autoridades políticas (ministros, comisiones senatoriales) o usuarios mismos.
 - viii. Eventuales limitaciones para usar solo propuestas que estén visadas por organismos colegiados o supervisores, a veces de carácter gremial o socio-político no vinculante, que resuelven en función de la realidad país, y sujetos a una baja capacidad de procesar la abundante información y publicaciones que hoy emergen en muchas áreas, razón por la cual hoy las instancias “validadoras”, solo están “validadas” en la medida que dan a conocer sus algoritmos y recursos de inteligencia artificial para respaldar su eventual capacidad de “validación”.

25. ¿Qué apoyo familiar necesito para el programa?

- a) El programa ONCOVIX posee un diseño inclusivo autovalente, para que puedan acceder pacientes solos o con mínimo apoyo de entorno familiar, lo cual lo hace compatible con requerimientos clínicos de confidencialidad, en carácter bipartito excluyente.
- b) Solo se recomienda un coordinador, para efectos de coordinar agenda
- c) No se requiere apoyo para transporte, profesionales de monitoreo, ni otros ámbitos. Cualquier relación que se origine respecto del programa, es solo entre el solicitante y a la persona de apoyo o de su entorno, y no involucra a ONCOVIX, quien respetuosamente procede y se mantiene al margen, sin forzar dinámicas colectivas, grupales o similares.

26. ONCOVIX ¿es el único centro o red que desarrolla este tratamiento?

- a) No. ONCOVIX solo es el consorcio más conocido, difundido, recomendado, con mayor prestigio, experiencia y cobertura.
- b) Sin embargo, existen alrededor de 100 centros en más de 30 países, incluidos los países OCDE, que declaran efectuar este tipo de programas, aunque no es posible conocer en detalle sus protocolos.
- c) De hecho, ONCOVIX es el UNICO en confirmar que desarrolla su programa:
 - i. Con concepto NEXT GEN de 3ª generación
 - ii. Con exosomas liposomados con o sin liofilización
 - iii. Modulo activador de TLRs
 - iv. Módulo de compilado de pulsación para activación bajo circuito redundante
 - v. Módulo de perfil Target Therapy para bloqueo molecular específico

II) GUIA A: Claves para aprobar ADMISION a ONCOVIX

Esta GUIA, aclara las principales dudas en caso que usted desee adicionar INMUNOTERAPIA PERSONALIZADA al tratamiento de su Cáncer y cumpla una **ADMISION EXITOSA**

27. El programa internacional ONCOVIX de inmunoterapia avanzada personalizada en cáncer:

- a) Es un ejemplo de los tratamientos avanzados en oncología, en los últimos 25 años, que son buscados por inquietud propia de cada paciente, y cada vez más, logran sorprendentes resultados, en pacientes incluso desahuciados, y que usted ve en los medios de comunicación y redes sociales, en personalidades reconocidas que ya han recibido este tipo de avances.
- b) Existe debido a que la oncología CONVENCIONAL (cirugía, quimioterapia y radioterapia) no es la única vía de tratamiento del cáncer. Se conoce al menos 2 pilares más (**Inmunoterapia y Terapia dirigida**), ordenados en más de 25 opciones para la mayoría tipos de cáncer. Estas opciones son conocidas, validadas y con alto respaldo científico, pero no están difundidas, porque muchos profesionales de oncología trabajan en centros con presupuesto muy limitado, coordinados con sistemas de seguro en salud (públicos o privados), también de presupuesto limitado y, por tanto, no es posible incorporar cada nuevo avance a los tratamientos de todos los pacientes que lo necesitan, ya que no existe cobertura. En algunos casos, incluso ese presupuesto limitado, dificulta el estudio y capacitación de alto costo, en oncología avanzada, no estudiada en los programas convencionales de formación de algunos profesionales de oncología.
- c) Existe debido a que la oncología CONVENCIONAL (cirugía, quimioterapia y radioterapia):
 - i. Su resultado es variable y no garantizado. Puede incluir curación o simple propósito paliativo.
 - ii. No es factible o tolerada en todo paciente, y luego son derivados solo a cuidados paliativos.
 - iii. No consigue efectividad esperada en todos los pacientes.
 - iv. No ofrece opción de tratamiento a muchos pacientes (pacientes desahuciados).
 - v. No evita recaída o reaparición del cáncer.
 - vi. No esta descrita para pacientes en cualquier etapa de cáncer.
 - vii. No impide aparición de células resistentes, que causan la EMR o enfermedad mínima residual, responsable de la reaparición del cáncer, y donde baja la efectividad de su aplicación.
 - viii. En algunos países, la tasa de mortalidad es del 50% de pacientes diagnosticados con cáncer.
 - ix. Se beneficia de Inmunoterapia Avanzada Personalizada para elevar nivel de efectividad y tolerancia en los pacientes.
 - x. Forma parte de políticas públicas y/o privadas de atención que no incluye tratamiento avanzado y/o personalizado, por lo cual posee opciones limitadas de tratamiento.
 - xi. Incluye tratamientos que se originaron del siglo pasado (1890 radioterapia, 1940 quimioterapia) y no tienen o están perdiendo su elegibilidad en algunos tipos de

cáncer (caso de quimioterapia en vejiga, riñón, mama, etc.).

- xii. No consigue los sorprendentes resultados que ya ha conseguido la Inmunoterapia Avanzada Personalizada en términos de mejor calidad de vida, mayor supervivencia general, reducción de actividad metabólica celular, aumentando o permitiendo casos de remisión parcial e incluso total en algunos casos.

28. Usted POSTULA al PROGRAMA ONCOVIX porque está en alguno de las siguientes situaciones:

- a) YA FUE TRATADO con Terapia CONVENCIONAL (cirugía, quimioterapia y radioterapia) y USTED ya sabe que, con esos tratamientos, existe posibilidad de RECAIDA, y desea reducir ese riesgo.
- b) RECIBIRA Terapia CONVENCIONAL (cirugía, quimioterapia y radioterapia) y desea aumentar su efectividad y tolerancia a ese tratamiento y no se lo cancelen (reducir reacciones adversas).
- c) RECIBIO Terapia CONVENCIONAL pero SU cáncer no fue eliminado.
- d) FUE DESCARTADO para Terapia CONVENCIONAL (cirugía, quimioterapia y radioterapia), y solo le han indicado Tratamiento Paliativo, buscando esta opción como nuevo mecanismo de tratamiento.
- e) QUIERE AGOTAR esfuerzos para no formar parte del hasta 50% de pacientes tratados por TERAPIA CONVENCIONAL que fallecen por su diagnóstico de CANCER.
- f) Conoce los beneficios de TERAPIA COMBINADA en CANCER y sabe que la TERAPIA CONVENCIONAL puede ser en algunos casos un 15% de todas las opciones de tratamiento en CANCER.
- g) Programa ONCOVIX respeta toda indicación de Terapia Convencional, que su oncólogo le prescriba.

29. Usted NO DEBE POSTULAR a este PROGRAMA, si está en alguna de las siguientes situaciones:

- a) No comprende la información contenida en las GUIAS que le se serán proporcionadas.
- b) Desea solo consultar para más adelante. Atendemos solo Programas de URGENCIA (inicio inmediato)
- c) Necesita que un oncólogo general o convencional de su ciudad “lo apoye, domine o le apruebe” este programa. Los estudios, afirman que la oncología molecular y terapias avanzadas, son dominadas por muy pocos oncólogos generales o clínicos y existen más de 14 tipos de profesionales médicos y cirujanos dedicados al tratamiento de cáncer, especialmente en oncología molecular, oncología de precisión y oncología personalizada, que si le pueden orientar y apoyar en sus necesidades.
- d) Necesita garantía de curación (ningún tratamiento médico y menos oncológico, puede asegurar ello).
- e) El arancel del programa queda fuera de su rango de cobertura.
- f) Necesita que lo convenzan y le aclaren cualquier comentario (incluso anónimo o informal) que usted haya recibido de este programa o consorcio.
- g) Usted cree en otra información de INMUNOTERAPIA, que no es avanzada, tipo ONCOP
- h) Usted necesita aprobación de otra persona, que no ha leído estas GUIAS ni nos ha contactado.
- i) Usted considerará para su decisión, la opinión de alguien que usted no se ha asegurado que posee estudios o experiencia en Inmunoterapia Avanzada Personalizada, aun cuando puede ser muy reconocido en otras áreas. **Es el ERROR MAS FRECUENTE.**
- j) Usted no posee disponibilidad para guiarse por protocolo de estándar americano (respaldo escrito)

30. Los CONSULTORES DE ORIENTACION, MEDICOS Y CLINICOS, de Oncovix LLC y su programa ONCOVIX, están para facilitar su postulación y aclarar sus dudas de admisión. Si usted tiene opiniones contrarias a este tratamiento, o dudas sin base, puede NO CONTACTARNOS.

USTED SI PUEDE CONTACTARNOS para informarse de avances concretos y disponibles, con un programa consolidado y exclusivo, que su oncólogo general quizás no conoce en detalle, y que no está disponible para todo paciente (y probablemente eso no cambie, en los próximos 40 años) en Latinoamérica.

III) GUIA B: Tengo CANCER; ¿cómo me ayuda la INMUNOTERAPIA avanzada?

31. Usted ya leyó la GUIA A (Claves de ONCOVIX). Actualmente, es posible comprender que:

- a. Tratamientos convencionales de cáncer (cirugía, quimioterapia y radioterapia) no son la única ni última opción para pacientes con cáncer. Representa el 15-20% de las opciones de tratamiento para el cáncer. No siempre un paciente recibe un tratamiento convencional en forma oportuna, no siempre la tolera o evoluciona favorablemente, por lo cual, en algunos países, un 50% de los pacientes fallece por su diagnóstico de cáncer.
- b. Hay distintos tipos de especialistas para tratar cáncer y distintos tratamientos (convencionales y avanzados)
- c. Los mejores resultados publicados son con TERAPIA COMBINADA = convencional + AVANZADA
- d. En cada país, usualmente, el acceso del paciente a una TERAPIA AVANZADA, se debe a su interés propio, al consultar con centros o especialistas, fuera de la RED pública o privada de TERAPIA CONVENCIONALES.
- e. La INMUNOTERAPIA incluye nuevos y efectivos mecanismos de actividad antitumoral, no usados por terapias convencionales; con nuevas expectativas de resultado, superando en algunos casos a la terapia convencional.
- f. Ningún tratamiento, convencional ni avanzado, garantiza la curación de un cáncer, y por ello, es necesario aumentar las posibilidades de éxito con TERAPIA COMBINADA
- g. Si hubo éxito en el tratamiento convencional de un cáncer, se recomienda agregar una TERAPIA AVANZADA que ataque la RECAIDA y la ENFERMEDAD MINIMA RESIDUAL responsable de metástasis.

32. La INMUNOTERAPIA incluye:

- a) Versión Farmacológica:
 - i. Acceso masivo, producción industrial. Mismo principio activo para distintos tipos de cáncer
 - ii. La más destacada es el mecanismo de inhibidores de checkpoints (vía PD-1/PD-L1; CTLA4).
 - iii. Efectividad limitada a solo ciertos tipos de tumores. (estudio previo de receptores en tejido tumoral)
 - iv. Desarrolla reacciones adversas potencialmente severas que obligan a suspender la terapia
- b) Versión Adoptiva - Biológica Personalizada: Personalizada, según cada diagnóstico de cáncer. Incluye:
 - i. Génica: de linfocitos T-CAR, muy alto costo (500,000 USD aprox, que no es nuestro caso)
 - ii. **Sistema de presentación antigénica: vía células dendríticas. Costo accesible (hasta 20 veces menor).** Con adecuado equilibrio costo/beneficio y de seguridad/efectividad. **El programa ONCOVIX corresponde a este modelo**, con miles de pacientes tratados en más de 26 países.
- c) NOTA 1: Las principales inmunoterapias, son: APC de Células Dendríticas (Adoptiva - Biológica Personalizada, premio Nobel 2011), Inhibidores de checkpoints (farmacológica, premio Nobel 2018), y T-CAR.
- d) NOTA 2: No confundir con terapias de menor respaldo o pseudoterapias (que incluyen vitaminas, venenos de insectos, raíces de plantas, suplementos, etc.)

33. PROGRAMA ONCOVIX: Programa de Inmunoterapia Adoptiva ONCOVIX

- a) Mecanismo: Inmunoterapia de exosomas de células dendríticas pulsadas. Programa de 8 sesiones semanales. Permite activar el sistema de presentación antigénica con propósito antitumoral citotóxico
- b) Aplicación domiciliaria, sin traslados ni costosa hospitalización. Permite inicio en 10 días hábiles aprox.
- c) Extenso respaldo: biotecnología con premio Nobel 2011, FDA 2010, y más de 16 mil artículos en PUBMED.NCBI.: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/>

34. RESUMEN del PROGRAMA DE ORIENTACION:

- a) Lea las GUIAS de este PROGRAMA
- b) Active atención en su sistema público o privado para recibir terapias convencionales por oncólogo clínico.
- c) **Consulte por Programa Oncovix de ONCOVIX para Inmunoterapia Personalizada, monitoreado en Latinoamérica por Centro Recell, en caso de:**
 - i. Recibió tratamiento con terapia convencional y desea MEMORIA INMUNOLOGICA (mecanismo continúa actuando por meses y años después de última aplicación) para reducir posibilidades de recaída por TUMOR RECURRENTE local o ENFERMEDAD MINIMA RESIDUAL, células cancerosas resistentes al tratamiento convencional, no detectables por TAC o resonancia magnética, y que llevan a CANCER METASTASICO, “terminal o avanzado”, cuando se disemina a otros tejidos.
 - ii. Desea Terapia COMBINADA= Convencional + TERAPIA AVANZADA (ONCOVIX) y disminuir 50% reacciones adversas en terapia convencional (quimio/radioterapia) y aumentar un 40% su efectividad.
 - iii. Cuando ha sido desahuciado por terapias convencionales o no es posible que le atiendan pronto.
 - iv. Aplica para todo tipo de cáncer, mediante ajustes biotecnológicos según diagnóstico histopatológico.
 - v. Aplica en cualquier etapa de cáncer, con propósito diferenciado, desde remisión, reducción de masa tumoral, reducción de complicaciones, hasta mayor sobrevida general y/o mejor calidad de vida.
 - vi. Aplica en **etapa 4 con metástasis, o desahuciados por terapias convencionales**, pues es un mecanismo distinto de tratamiento.
- d) **Lamentablemente, muchos pacientes son desinformados cuando desean averiguar de Inmunoterapia DC 3ª generación.**
 - i. **Reciben frases como: no funciona, falta evidencia, no está validada, no es para su cáncer u otras absolutamente incorrectas. NO permita que lo CONFUNDAN.**
 - ii. Años de evidencia, amplia prensa, miles de publicaciones (más de 53 mil artículos PUBMED), biotecnología APC aprobada por FDA en 2010, y premio Nobel (2011), libros, pólizas de seguro internacionales, centros en el mundo, costos comparados, opciones a su cáncer, resultados, más de 100 centros en más de 30 países, etc. No nos confundan con otros tipos de INMUNOTERAPIA. No se limite a conocimiento inicial o desactualizado en su país.

TESTIMONIOS

Ud. debe revisar los testimonios de nuestros pacientes en:

- canal de YouTube <https://www.youtube.com/@inmunoterapia.cancer>
- <https://latamrecell.com/testimonios/>

Algunos links directos a testimonios de pacientes con diferentes tipos de cáncer tratados son:

- <https://www.youtube.com/watch?v=YAjsEckcDgU> → Mieloma Múltiple
- <https://www.youtube.com/watch?v=aTUglB6WdDQ> → Carcinomatosis peritoneal
- https://www.youtube.com/watch?v=el6K7R_8n2Y → Cáncer Colorrectal
- <https://www.youtube.com/watch?v=Ppo5Agrlauo> → Cáncer de próstata
- <https://www.youtube.com/watch?v=RUBiu2F5njs> → Cáncer de Pulmón
- Etc.

¿Por qué dejar una decisión tan importante en manos de una sola persona, o muchas personas, pero solo con la misma formación?. Para muchas cosas en la vida, pedimos rápido una segunda opinión, y el pronóstico de nuestra vida, sin duda está por sobre ello.

IV) GUIA C: ACTA DE VALIDACION Y RESPALDO

35. Acaso escuchó: ¿no funciona?, ¿falta evidencia?, ¿no está validada? u otras frases: NO permita que lo CONFUNDAN:

- a) Busque especialista con formación para su tratamiento AVANZADO, no para tratamiento CONVENCIONAL.
- b) Esta ACTA refiere a INMUNOTERAPIA variante DC 3ª generación intradérmica. NO otra inmunoterapia.
- c) Años de evidencia, amplia prensa de televisión y medios digitales por años, incluyendo reportajes de investigación periodística con entrevista a pacientes reales validados, miles de publicaciones (más de 53 mil artículos PUBMED), biotecnología APC aprobada por FDA en 2010, y premio Nobel (2011), libros, pólizas de seguro internacionales, centros en el mundo, costos comparados, opciones a su cáncer, resultados, más de 100 centros en más de 30 países, etc. No nos confunda con otros tipos de INMUNOTERAPIA. No se limite a conocimiento básico, insuficiente o desactualizado en su país. Juzgue USTED, para su tranquilidad:
- d) Prensa Oncovix: <https://oncovix.com/mauris-ac-sapien-nec-sapien-auctor-vestibulum/>
- e) IMPORTANCIA DE ONCOLOGIA MOLECULAR: <https://www.oncovix.com/wp-content/uploads/2022/04/elsevier.pdf>
- f) Artículos médicos referenciales: <https://oncovix.com/journal-articles/>
- g) 500 artículos Médicos: <https://oncovix.com/wp-content/uploads/2021/08/biblio.pdf>
- h) PUBMED (más de 53 mil): <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/?term=dendritic%20vaccine%20cancer>
- i) Libros médicos: <https://oncovix.com/books/>
- j) Opciones: <https://oncovix.com/event/>
- k) Estudio y comparación de aranceles: <https://oncovix.com/comparacion-costo-con-otras-inmunoterapias-y-terapias-de-precision/>
- l) Pólizas de seguros: <https://oncovix.com/centros-en-red-2/>
- m) Sociedades Científicas de respaldo:
 - i. GUIA SOCHOM • Sociedad Chilena de Oncología Molecular: https://sochom.cl/wp-content/uploads/2019/07/5.0_instructivo-global-sochom-1.0.pdf
 - ii. Artículos SOCHIDEX • Sociedad Chilena de Inmunoterapia y Exosomas: <https://www.sochidex.cl/articulos/>

V) GUIA D: Tengo CANCER; ¿QUE SIGNIFICA?

36. “Tengo CANCER”, significa que:

- a) El cáncer es un conjunto de enfermedades, que se presenta a cualquier edad, en cualquier tejido y por distintas causas. Sus principales tipos son: carcinoma, sarcoma, melanoma, linfoma, carcinoide, mieloma, leucemia, glioma, y otros.
- b) El paciente tiene una alteración celular (mutación) que hace que una célula crezca y se multiplique sin control, formando una masa (tumor) que destruye tejidos, produciendo complicaciones locales (hemorragia, inflamación, perforación, otras) o a distancia (metástasis). El cáncer debe diferenciarse de un TUMOR BENIGNO, en que no existe posibilidad de metástasis.
- c) El pronóstico del cáncer, sin tratamiento, suele ser incompatible con la vida.
- d) La Terapia CONVENCIONAL (cirugía, quimio y radioterapia) es la usual 1ª línea de tratamiento, con cobertura en la mayoría de los países, por planes de cobertura públicos o privados.
- e) Las Terapias Avanzadas, son la última línea de tratamiento, según se explica en la GUIA A de este programa. Usualmente por su mayor costo y acceso exclusivo, no son informadas al

paciente en sus centros de cobertura básica y deben ser contactados por la propia iniciativa del paciente o algún familiar. En el programa ONCOVIX el paciente no necesita ser derivado por otro médico.

- f) El avance del cáncer se clasifica en etapas, de 1 a 4, según el tamaño del tumor, extensión a ganglios linfáticos, o extensión a otros órganos (las denominadas metástasis).
- g) El cáncer avanza día a día, por lo que el TIEMPO es un factor vital en su mejor remisión (control), pronóstico y sobrevida, por lo cual es necesario evitar cualquier tipo de retraso en el tratamiento
- h) El cáncer avanza día a día, por lo que el TIEMPO es un factor vital en su mejor remisión (control), pronóstico y sobrevida, por lo cual es necesario evitar cualquier tipo de retraso en el tratamiento. Evite aumentar el riesgo de muerte en alrededor de un 10% por cada mes sin tratamiento: <https://www.bmj.com/company/newsroom/every-month-delayed-in-cancer-treatment-can-raise-risk-of-death-by-around-10/>
- i) El pronóstico del cáncer MEJORA cuando:
 - i. El paciente recibe **lo antes posible**, tratamiento para su cáncer
 - ii. El paciente recibe 1 o más tratamientos para su cáncer (**TERAPIA COMBINADA**)

37. **El cáncer se produce por** daño en el material genético de la célula heredado o por carcinógenos (productores de cáncer) incluyendo factores como: secuencias genéticas heredadas (oncogenes, oncopromotores), virus que producen o aumentan riesgo de cáncer (HPV, Epstein-Barr, VHB, VHC, HHV-8, HTLV-1, MCV, otros), radiaciones ionizantes (luz UV, otras), exposición laboral a tóxicos, obesidad, tabaco, otras.

38. **El diagnóstico de cáncer**, según las distintas ubicaciones, incluye algunos de las siguientes instancias:

- a) Historia clínica de síntomas y signos del paciente (cuadro clínico)
- b) Endoscopias (digestiva, colonoscopia, cistoscopia, broncoscopia, etc.), para visualizar y ubicar el tumor
- c) Imagenología: Radiografía, TAC, Resonancia: para ubicar el tumor y relación con otros tejidos.
- d) PET (Tomografía por emisión de positrones) para conocer la actividad metabólica tumoral.
- e) Examen de ANATOMIA PATOLOGICA: citología y/o BIOPSIA: una muestra del tumor se estudia al microscopio por un patólogo. Es el examen inequívoco de confirmación y tipificación del cáncer, necesario para seleccionar el mejor tratamiento y puede complementarse con estudios oncogénicos.

VI) GUIA D: Tengo CANCER; ¿Qué opciones de TRATAMIENTO hay?

39. **Todo paciente posee opción de tratamiento** con Terapias CONVENCIONALES (cirugía, quimio y radioterapia principalmente) usualmente cubiertas por el ESTADO o seguros de salud y, opción con Terapias AVANZADAS (personalizadas, que incluyen Medicina de Precisión y Terapias Dirigidas) encontradas y cubiertas por el paciente.

40. **Mecanismos de tratamiento** (Ver IMAGEN con opciones de tratamiento):

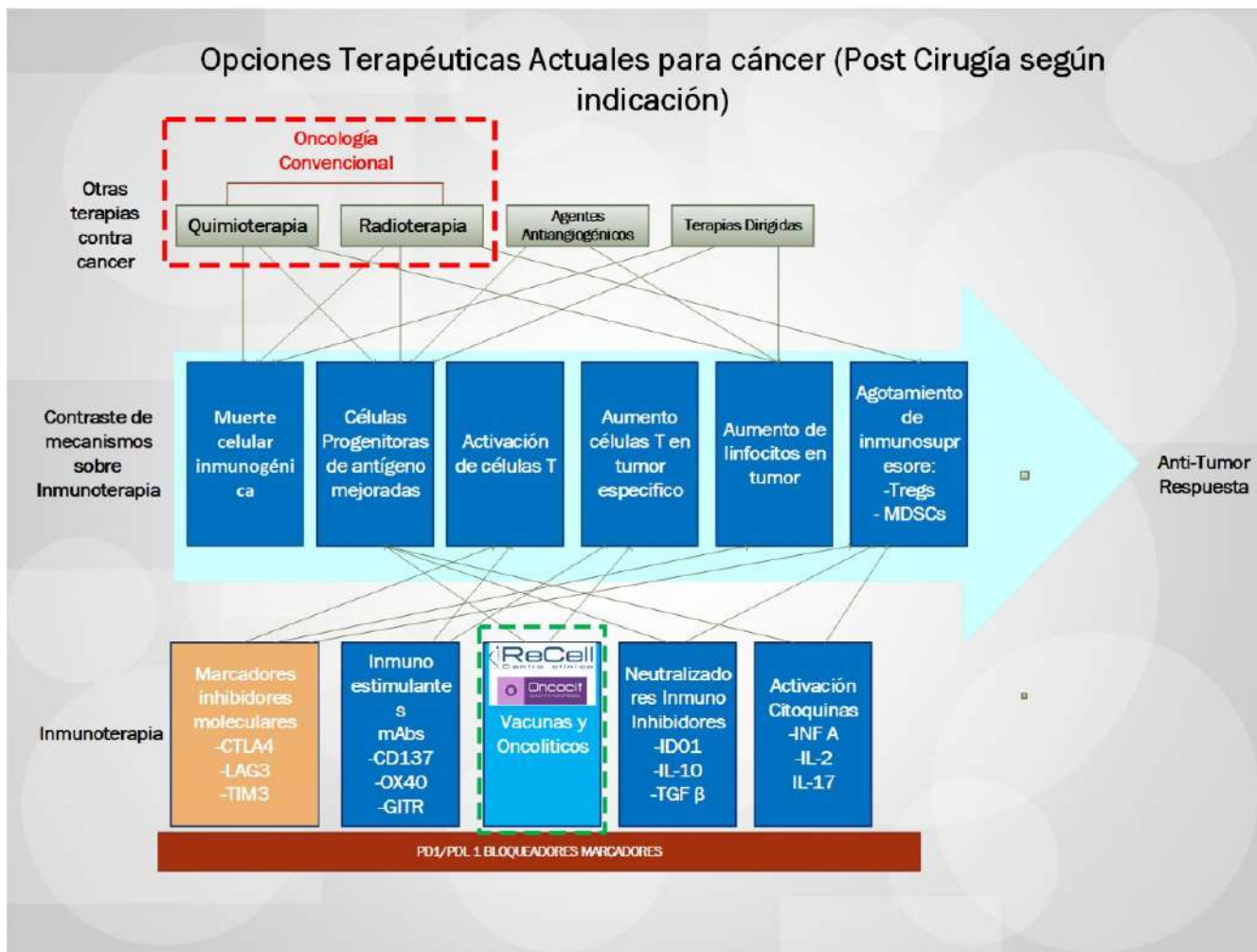
a. Terapias Convencionales, según literatura médica publicada:

- i. Su objetivo es destruir el tumor, impidiendo el crecimiento y/o multiplicación celular. Pueden afectar células sanas, de allí el origen de sus reacciones adversas y contraindicaciones.
- ii. Incluyen cirugía (resección del cáncer); quimioterapia (desde década de 1940) y Radioterapia (desde década de 1890), principalmente.
- iii. Es el enfoque mayormente disponible y cubierto (pagado) por la Salud Pública de cada país o Seguro de salud privado del paciente, bajo nombres de sanitarias, mutuaría, Fonasa, ISAPRES, Ges, seguridad social, etc. El objetivo es llevar un tratamiento a la mayor población posible.
- iv. Un tratamiento proporcionado por una red pública o privada, puede ser el más

- disponible, pero no necesariamente forma parte del protocolo más efectivo, personalizado y avanzado para cada cáncer
- v. No todo paciente tolera o responde favorablemente a terapias convencionales, en cuyo caso pueden quedar sin tratamiento o solo paliativo. Un 50% de pacientes fallecen por su cáncer en algunos países.
 - vi. No todos los pacientes cumplen con requisitos clínicos, pronósticos y de edad para poder recibir estos tratamientos, en cuyo caso pueden quedar sin tratamiento o solo paliativo. Un paciente en etapa IV metastásica o por sobre cierta edad, puede no calificar para cirugía. Un tumor mayor de cierto tamaño, puede no calificar para radioterapia.
 - vii. En EEUU el costo promedio de un tratamiento de cáncer, es de 180,000 USD aproximadamente.
 - viii. No existe curación garantizada con cirugía, quimioterapia o radioterapia. Todo tratamiento es una nueva y valiosa opción, y en conjunto se potencian y alcanzan mayor resultado.
 - ix. Un cáncer tratado exitosamente con terapias convencionales, puede, luego de algunos años, reaparecer (recidiva o recaída del cáncer). Es decir, aparecen nuevos tumores cancerígenos. Esto se puede deber al TUMOR RECURRENTE local, en el tejido donde se ubicaba el Tumor Primario; o puede deberse a la ENFERMEDAD MINIMA RESIDUAL, que es un número muy pequeño de células cancerosas, que permanecen en el cuerpo durante o después del tratamiento convencional, y que no son los detectables por exámenes como TAC o resonancia magnética. Finalmente, está el CANCER METASTASICO o etapa IV, conocido como “terminal o avanzado”, que se ha diseminado a otros órganos o partes del cuerpo, y está compuesto por células usualmente resistentes a quimio y radioterapia que ya recibió el paciente, por lo cual disminuyen notablemente las posibilidades de controlarlo con las mismas terapias convencionales que ya fracasaron.

b. Terapias Avanzadas: que incluye principalmente:

- i. REVISE la siguiente imagen, que identifica terapias convencionales en el **RECUADRO ROJO**, y terapias avanzadas como el Programa Oncovix en **RECUADRO VERDE**.



- ii. Terapia dirigida: Fármacos que actúan sobre genes y proteínas específicos que intervienen en el crecimiento y la supervivencia de las células del cáncer. Pueden indicarse mientras muestren beneficio o hasta que se observen reacciones adversas.
- iii. **Inmunoterapia: Su mecanismo es recuperar la actividad antitumoral de nuestro sistema inmune, que se ha perdido con la edad, infecciones y otras causas, para instalar, corregir o potenciar su actividad citotóxica (destructora de células) contra células del cáncer.**
 - 1. La inmunoterapia es fundamental para lograr TERAPIA COMBINADA y ha permitido lograr resultados nunca antes observados con terapias convencionales.
 - 2. La inmunoterapia supera a la quimioterapia, en algunos tipos de cáncer (pulmón y otros). Algunos tipos de cáncer, próximamente no incluirían quimioterapia: https://sevilla.abc.es/sevilla/sevi-adios-quimioterapia-roza-dedos-canceres-mama-y-vejiga-202202041123_noticia.html

41. TERAPIA COMBINADA, sin pérdida de tiempo:

- a) Los principales y más efectivos resultados contra cáncer se han visto en protocolos de TERAPIA COMBINADA, es decir TERAPIA CONVENCIONAL + TERAPIA AVANZADA.
- b) Usualmente, la postergación o “planificación para semanas” de un tratamiento oncológico, obedece a razones logísticas (cupos, disponibilidad, etc.), **pues siempre lo óptimo e ideal, es iniciar lo ANTES POSIBLE.** La biotecnología de Inmunoterapia Adoptiva (IA), le permite razonable seguridad y efectividad para ser incluida en su tratamiento de cáncer, lo más pronto luego del diagnóstico.
- c) Inmunoterapia Adoptiva (IA) ayuda al mayor % de efectividad de esos tratamientos y menores reacciones adversas. Ver pág. 5370 del siguiente artículo referencial: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6225919/pdf/cmar-10-5363.pdf>.

Study	Combined therapy	Chemotherapy only
Gao et al ⁸	Fever (33%) Anorexia (53.73%) Leukopenia (43.28%)	Unknown Anorexia (96.69%) Leukopenia (80.17%)
Lin et al ¹⁷	Thrombocytopenia (43.28%) Nausea, vomiting (58.21%) Abnormal liver function (41.04%) Fever (38.57%) Insomnia (47.14%)	Thrombocytopenia (84.47%) Nausea, vomiting (58.21%) Abnormal liver function (70.25%)
Niu et al ²⁵	Anorexia (38.57%) Joint soreness (4.29%) Skin rash (11.43%) Fever (29.5%) Insomnia (19.2%)	Unknown
Zhu et al ⁴⁴	Anorexia (9.1%) Joint soreness (5.4%) Skin rash (1%)	Unknown

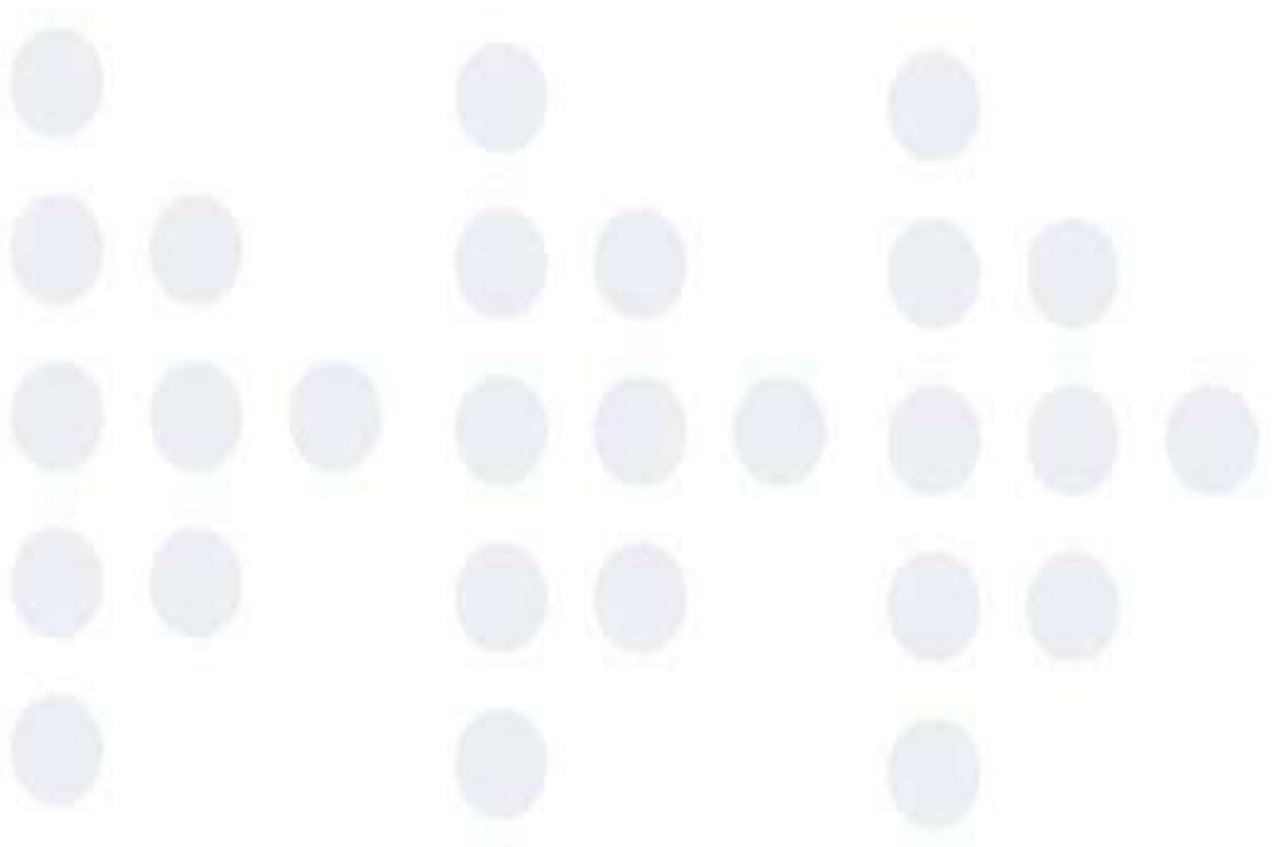
42. Profesionales vinculados al tratamiento de cáncer:

- a) El tratamiento moderno del cáncer requiere distintos profesionales según tipo y avance del cáncer, así como necesidades e interés del paciente. Incluye oncólogos clínicos, radio-oncólogos, oncólogos moleculares, hemato-oncólogos, oncopatólogos, inmuno-oncólogos, cirujano-oncólogos, etc.
- b) Un centro o profesional de oncología, usualmente propone al paciente terapias que ha estudiado o aplica en su práctica, según disponibilidad en su ciudad o país y de acuerdo a las normas que explican la cobertura por los sistemas de salud pública o privada. Usualmente, ningún especialista usa cada día, todos los tratamientos, contra todo tipo de cáncer.
- c) **RECOMENDACIÓN:** El paciente debe procurar consultar especialistas en distintas terapias. Para terapias avanzadas es preciso consultar centros con especialistas en oncología molecular.

43. Ventajas de la Inmunoterapia NEXT GENERATION, respecto de versiones básicas de vacunas de células dendríticas:

La vacuna de 3ra generación (next generation) es de 15 a 20 veces más efectiva que la 1ra generación, porque incluye señales moleculares 1, 2 y 3 que aseguran una inmunopolarización tipo 1 de las células T CD4 + y respuestas citotóxicas eficientes de las células T CD8 + citotóxicas (CTL), que asegura obtener una real programación antitumoral y no quedarse en una programación parcial, que podría incluso debilitar el sistema inmunológico (inmunosupresión). Con el programa ONCOVIX hemos podido incluso alcanzar la respuesta de remisión completa en algunos pacientes, mientras que en otros se alcanza remisión parcial que permite reevaluar tratamientos convencionales previamente descartados (debido a la mejoría del estado clínico del paciente), también se ha alcanzado fase de enfermedad controlada o no progresión tumoral, extensión de pronóstico de supervivencia general y mejoría en la calidad de vida diaria.

- a) Mailliard RB, Wankowicz-Kalinska A, Cai Q, *et al.* α -type-1 polarized dendritic cells: a novel immunization tool with optimized CTL-inducing activity. *Cancer Res* 2004; 64:5934– 5937.
- b) Langenkamp A, Messi M, Lanzavecchia A, Sallusto F. Kinetics of dendritic cell activation: impact on priming of TH1, TH2 and nonpolarized T cells. *Nat Immunol* 2000; 1:311–
- c) DE LEON, Joel y PAREJA, Arturo. Inmunología del cáncer I: bases moleculares y celulares de la respuesta inmune antitumoral. *Horiz. Med.* [online]. 2018, vol.18, n.3 [citado 2023-05-11], pp.80-89.

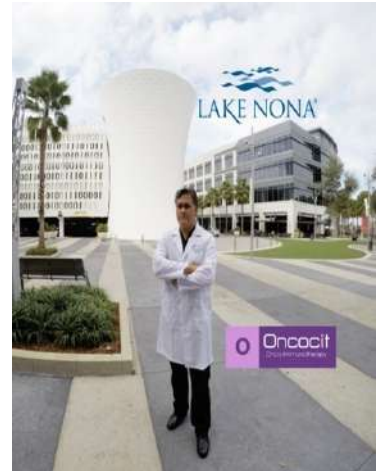


VII) COMPLETO EQUIPO ESPECIALISTAS ONCOLOGICOS ACREDITADOS

ONCOVIX posee un completo equipo de profesionales, fundado por su CSO Dr. Ramón Gutiérrez, MD:

1. Dr. Ramón Gutiérrez, Onco-Patólogo CSO (Chief scientific officer) ONCOVIX:

- a. Médico Cirujano con principales (6) máster y/o postgrados internacionales en Onco-patología, Oncología Molecular y de Precisión:
 - a. MSL by UC Berkeley USA,
 - b. Especialidad Médica Formal en Anatomía Patológica, U de Chile, responsable de informe de miles de biopsias y citologías cada año.
 - c. Máster en Patología Oncológica para Patólogos, Tech, España.
 - d. Máster Oncología clínica U. País Vasco, España
 - e. Máster Oncología de precisión: Genómica y Big Data, Tech, España.
 - f. Máster en Oncología Molecular CEB España impartido por Centro de Estudios Biosanitarios (CEB) y Universidad Rey Juan Carlos en colaboración con el Beth Israel de Harvard y CSIC; recomendado por European School of Oncology (ESO: www.cancerworld.net). Avalado por la Sociedad Española de Oncología Médica (SEOM) y por la Sociedad Española de Hematología y Hemoterapia (SEHH), para Especialistas en Oncología; Patología; Hematología, Radioterapia.
- b. Miembro de:
 - a. ASCO: American society for clinical oncology
 - b. SITC: Society for Immunotherapy of Cancer, EEUU.
- c. CSO de ONCOVIX y su RED propia, clínica y de laboratorios, con acreditación de más de 80 profesionales en decenas de países, en América y Europa, incluyendo oncología y radio-oncología



2. Dr. Ider Lautaro Rivadeneira Garcés; DIRECTOR ONCOVIX LATAM,

- a. Máster en Oncología de precisión: Genómica y Big Data. España.
- b. Diplomado en Oncología. Pontificia Universidad Católica de Chile.
- c. Diplomado Actualización de Medicina de Urgencia. Pontificia Universidad Católica de Chile.
- d. Máster en Endotelio, Aterotrombosis y Medicina Vascul ar (e). Instituto Universitario del Hospital Italiano de Buenos Aires-Argentina.
- e. Máster en Gestión de Servicios de Salud. Universidad Católica de Santiago de Guayaquil-Ecuador.
- f. CMO-Chief medical officer – ONCOVIX; Director Clínico de Recell Latam
- g. Director de SOCHOM: Sociedad Chilena de Oncología Molecular.
- h. Director de SOCHIDEX: Sociedad Chilena de Inmunoterapia CD&EX.
- i. Médico acreditado en:
 - i. ARGENTINA: Matrícula Médico # 172373
 - ii. ECUADOR: Registro Salud de MSP No # 15332
 - iii. CHILE: Superintendencia de Salud # 385807
 - iv. ESPAÑA: Real Decreto # 285/2004- No# 2008/H09126



3. Dr. Leonardo Badinez Villegas: Oncólogo, Radioterapeuta, CONSULTOR PARA INMUNO-RADIOTERAPIA,

- a. Director de INRAD; Instituto Radio Oncológico Santiago, 2003 a la fecha.
- b. Médico Cirujano, Oncólogo de Universidad de Chile, Supersalud 58294.
- c. Especialización médica en radioterapia y oncología Universidad de París Descartes.
- d. Médico jefe de especialidad en principales Centros Oncológicos de Santiago, Chile.
- e. Trayectoria más relevante: Ha sido Médico jefe, en su especialidad, en los principales Centros Oncológicos de Santiago de Chile
 - i. Médico jefe de Radioterapia, FALP 2008-2018
 - ii. Profesor de Radioterapia FALP 1982-2017
 - iii. Profesor de Radioterapia, Universidad del Desarrollo, 2005-2017
 - iv. Profesor de Radioterapia, Universidad de Chile, 1982-2017
 - v. Oncólogo radioterapeuta, Hospital Militar de Santiago, 1982-2009



VIII) ACREDITACION O CERTIFICACION REFERIDA A PROGRAMA ONCOVIX

1. **Recuerde: Usted nos buscó, porque este programa de 3ª generación NO está en su país, y ningún país certifica algo que NO tiene.** La certificación de biotecnología de Inmunoterapia Personalizada es conocida y de libre acceso en internet: 2010 aprobación FDA (1ª generación – Provenge / Sipuleucel T) y 2011 Premio Nobel Dr. Steinmam de inmunidad adaptativa: Las células dendríticas del sistema inmune innato poseen función de capturar antígenos y transportarlos a ganglios linfáticos para ser enfrentados a los linfocitos T.
2. **Inmunoterapia Adoptiva es un programa antitumoral PERSONALIZADO** (no loteable comercialmente) en que cada programa es para un paciente distinto de otro y en la totalidad de países no le corresponde tramitación obligatoria, que suelen estar destinadas a todo producto cosmético, farmacéutico, dispositivo médico, desinfectante, plaguicida, sanitizante o elemento de protección personal que se importe o se manufacture localmente. Los costos para certificar fármaco de uso UNICO por una persona, son altísimos.
3. Internacionalmente, los protocolos biológicos (injerto de piel, donación de órganos para trasplante, exosomas, sangre, plasma rico en plaquetas) no se incluyen en productos bajo registro sanitario ni certificación ni acreditación, lo cual queda reservado a profesionales o instituciones de la prestación.

4. **Oncovix no ocupa clínicas en su país, pues no es necesario** (solo aumenta costo, pero si lo desea, puede concurrir a clínica EXOLIFE en España). La aplicación domiciliaria (anticonceptivos, inmunoterapia, insulina, etc.) no requiere acreditación de su hogar. Para todo efecto, el programa ONCOVIX es adquirido por el solicitante a OGRD-ONCOVIX, y OGRD LLC extiende cortesía de internación y custodia, en nombre del solicitante, hasta su aplicación según calendario de programa.



<https://www.mdanderson.org/es/publicaciones/oncolog/abril-2017/visita-a-domicilio-tipos-de-inmunoterapia-para-el-cancer.html>

5. Distintas aseguradoras ya dan cobertura a Inmunoterapia adoptiva (Ver BASES):
 - a. http://www.aetna.com/cpb/medical/data/300_399/0377.html
 - b. http://www.aetna.com/cpb/medical/data/600_699/0641.html
 - c. <https://www.premera.com/medicalpolicies/8.01.53.pdf>
 - d. <https://www.premera.com/medicalpolicies/8.01.01.pdf>
 - e. https://medicalpolicies.amerigroup.com/medicalpolicies/policies/mp_pw_a049986.htm
 - f. <https://www.bcbsndmedicalpolicy.com/documents/adoptive-immunotherapy/>
 - g. <https://swhp.org/Portals/0/Medical%20Coverage%20Policies/241-Adoptive-Immunotherapy.pdf>
6. Profesional de monitoreo clínico y/o aplicación, posee acreditación para ejercicio clínico en su país.
7. El comité de profesionales a cargo de programa ONCOVIX y/o sus consultorías derivadas, posee certificaciones en múltiples países, puede usted consultar el acta de **EQUIPO ESPECIALISTAS ONCOLOGICOS ACREDITADOS**.

NOTA: Se adjuntan ilustraciones científicas de difusión. Créditos a Revista Investigación y Ciencia N°36

IX) PRESENTACION y/o PUBLICACION DE PROGRAMA ONCOVIX – Inmunoterapia CANCER

Tomado de

Title: Translational route and clinical experience in adoptive immunotherapy by Oncovix (ONCOVIX Program); 3rd generation of dendritic cell vaccine

Presentado en: **2nd International Conference on Immunity and Immunochemistry,**

Fecha: Agosto 2021, Barcelona, España

Autor: Dr. Ramón Gutiérrez M.D., Oncovix LLC, USA. Pathologist; Molecular Oncologist.



La inmunoterapia con células dendríticas es un protocolo de inmunoterapia biológica, personalizada, conocida como vacuna, que se desarrolla a partir de una alícuota de células mononucleares (PBMNC, por ejemplo a partir de muestra de sangre periférica, línea GMP o equivalentes), que posteriormente son maduras y luego programadas o “pulsadas” con material molecular obtenido de una muestra del cáncer del paciente, usualmente la misma biopsia con la cual se efectuó el diagnóstico. Estas células así programadas, son administradas al paciente por distintas rutas descritas en la literatura (intradérmica, subcutánea, endovenosa, endonasal, intralesional, entre las principales), en busca de una migración a ganglios linfáticos cercanos, donde puedan entrar en contacto con linfocitos T naive, que reciban la programación antitumoral “cargada” en las células dendríticas de laboratorio, y generar así poblaciones de linfocitos T citotóxicos anti tumorales. El pulsado, es un verdadero tablero de ajedrez, donde se deben tomar decisiones de tipo, momento, cantidad y calidad, respecto al uso de lisado de bloque tisular en parafina, línea celular, banco tumoral, exosomas tumorales, péptidos, oligonucleótidos, etc. El protocolo desarrollado por Oncovix LLC (denominado ONCOVIX) incluye un plan de monitoreo sobre la base del SUV (Stándar Uptake Value) informado en un PET-CT (Tomografía por emisión de positrones), bajo criterios imRECIST (Immune-Modified Response Evaluation Criteria In Solid Tumors).

Esta inmunoterapia, es un tratamiento con fuerte base de inmuno-oncología molecular avanzada (que lamentablemente no es parte de la rutina en oncología clínica o convencional), es un recurso terapéutico factible con recursos adecuados, validable, perfectible, de aplicación segura y razonable efectividad, cuyo resultado final depende inevitablemente de una serie de factores, parte del protocolo de laboratorio, y además otra parte, depende de la capacidad de respuesta del propio sistema inmunológico del paciente, lo cual lo sitúa en expectativa de resultado analizable bajo similares criterios que un trasplante renal, injerto óseo o transfusión sanguínea. Por otro lado, esa expectativa de resultados sigue siendo altamente atractiva en el contexto del tratamiento oncológico, donde fases avanzadas vuelven un tumor inoperable, el tamaño o número de lesiones vuelven un cáncer fuera de indicación para radioterapia; y en el caso de la quimioterapia, sabido es que solo una parte de los pacientes tolera los ciclos completos, sin caer en suspensión, y además, en quienes la toleran, solo una parte presenta respuesta favorable de reducción tumoral.

En el contexto de las inmunoterapias, la variante biológica de células dendríticas (next generation) suma puntos debido a que posee el costo más accesible del segmento (hasta 20 veces menor costo) y permite un mayor nivel de personalización y precisión en la respuesta antitumoral, con menos reacciones adversas y contraindicaciones que la variante farmacológica, recordando que la

inmunoterapia farmacológica no posee indicación para todo tipo de tumor sólido (depende de la expresión de receptores o secuencias oncogénicas), y en su perfil usualmente incluye el “ser administrada mientras se observe respuesta favorable y suspender ante la aparición de reacciones adversas”, similar a lo que ocurre con target therapies (inhibidores mTor, Braf, etc.)

La vacuna de 3ra generación (next generation) es de 15 a 20 veces más efectiva que la 1ra generación, porque incluye señales moleculares 1, 2 y 3 que aseguran una inmunopolarización tipo 1 de las células T CD4 + y respuestas citotóxicas eficientes de las células T CD8 + citotóxicas (CTL), que asegura obtener una real programación antitumoral y no quedarse en una programación parcial, que podría incluso debilitar el sistema inmunológico (inmunosupresión). Con el programa ONCOVIX hemos podido incluso alcanzar la respuesta de remisión completa en algunos pacientes, mientras que en otros se alcanza remisión parcial que permite reevaluar tratamientos convencionales previamente descartados (debido a la mejoría del estado clínico del paciente), también se ha alcanzado fase de enfermedad controlada o no progresión tumoral, extensión de pronóstico de supervivencia general y mejoría en la calidad de vida diaria.

La experiencia internacional, traslacional y clínica desde ONCOVIX, junto a proyectos de investigación apoyados por CORFO e IncubaUDEC, nos ha permitido resolver las principales interrogantes planteadas en uso de esta terapia, y así seleccionar una ruta de aplicación con alta relación de seguridad y efectividad, definir tiempos de desarrollo en laboratorio, estándares de control de calidad celular y molecular (que incluye viabilidad celular, inmunofenotipificación de subpoblaciones linfocitarias, citometría de flujo y espectrofotometría atómica), calendario de aplicación, límites de la versión líquida (frasco ampolla) y ventajas de la versión liofilizada, con puntos de compensación incluidos. Este protocolo requiere perfiles moleculares de citocinas, estandarizados bajo normas GMP que tenemos como kits “listo para usar” (“Terkit” para fórmula de citoquinas; “Bitex” como compilado de pulsación) facilitando así la implementación en un mayor número de laboratorios, con menor costo final de tratamiento y mayor cobertura a los pacientes. En efecto, hoy se conocen protocolos biotecnológicos que permiten desarrollar aplicaciones a partir de sangre donante y en ausencia de biopsia de tumor del paciente (a partir de diagnóstico histopatológico confirmado o imagenológico presunto).

La mayor efectividad y rol complementario de la inmunoterapia de células dendríticas, se alcanza con su uso en un momento lo más cercano al diagnóstico del cáncer y en el contexto de la TERAPIA COMBINADA, es decir, en forma simultánea, previa o posterior a las terapias convencionales (cirugía, quimio y radioterapia), bajo un algoritmo de programación con señales de estimulación óptimas, pulsación enriquecida, uso de exosomas y “sobrenadante”, opciones de protocolo intensivo, validación celular de refuerzos, controles apoyados por citometría de flujo y logística especializada. En efecto, la Terapia combinada, ha permitido observar pacientes con hasta un 40% más de respuesta ante esquemas de quimioterapia y hasta un 50% menos de reacciones adversas propias de la quimioterapia (anemia, neutropenia, fatiga, náuseas, vómitos, deterioro de la función hepática, etc.). Del mismo modo, también se ha descrito, la sinergia en el efecto abscopal de estimulación inmunológica observado en radioterapia. La seguridad en la aplicación de inmunoterapia adoptiva de células dendríticas, así como el avance de los protocolos biotecnológicos actuales, de permite su recomendación para todo tipo de cáncer- tumor sólido, en cualquier fase de progresión (con la obvia ponderación de expectativas). Incluso más, el programa ONCOVIX posee una variante aplicable a pacientes con leucemia, donde el pulsado de PBMC ha sido resuelto vía cell sorting.

Todo lo anteriormente expuesto, ha permitido incorporar a ONCOVIX en una dinámica de aplicaciones colaborativas en red internacional, resolviendo el acceso a esta biotecnología, a centros y profesionales que cuentan con pacientes oncológicos, pero aún están lejos de resolver la plataforma de laboratorios, equipo profesional, base de proveedores, expertise y know how que la efectiva aplicación de esta variante de inmunoterapia requiere. Finalmente, la inmunoterapia desarrollada en el programa ONCOVIX, al producir estimulación inmunológica que incluye memoria linfocitaria, lo cual la posiciona como una de las pocas, sino la única, alternativa de tratamiento oncológico, que continúa con mecanismos de acción antitumoral, tiempo después de recibida la última aplicación.

Fin de la presentación Usar presentación con diapositivas Cambiar de pantalla Sugerencias

5:00 23:15 Diapositiva siguiente

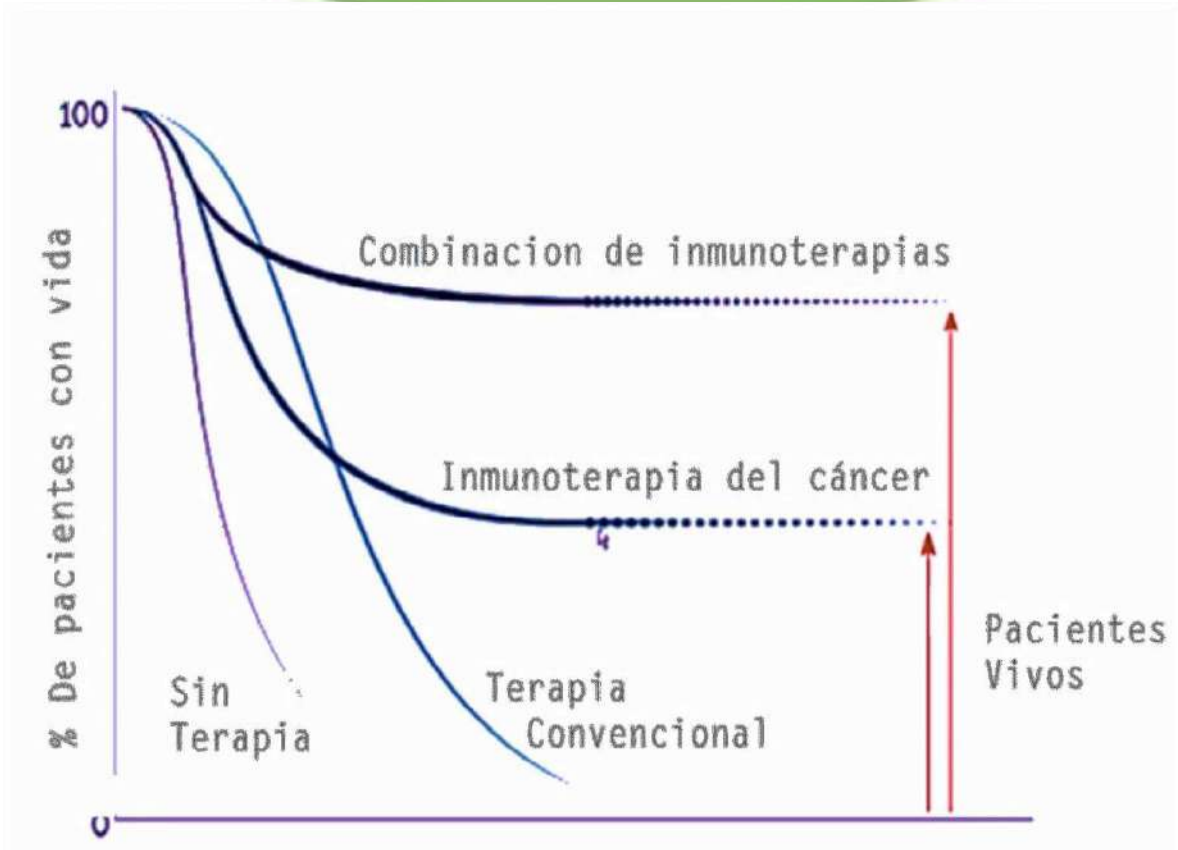
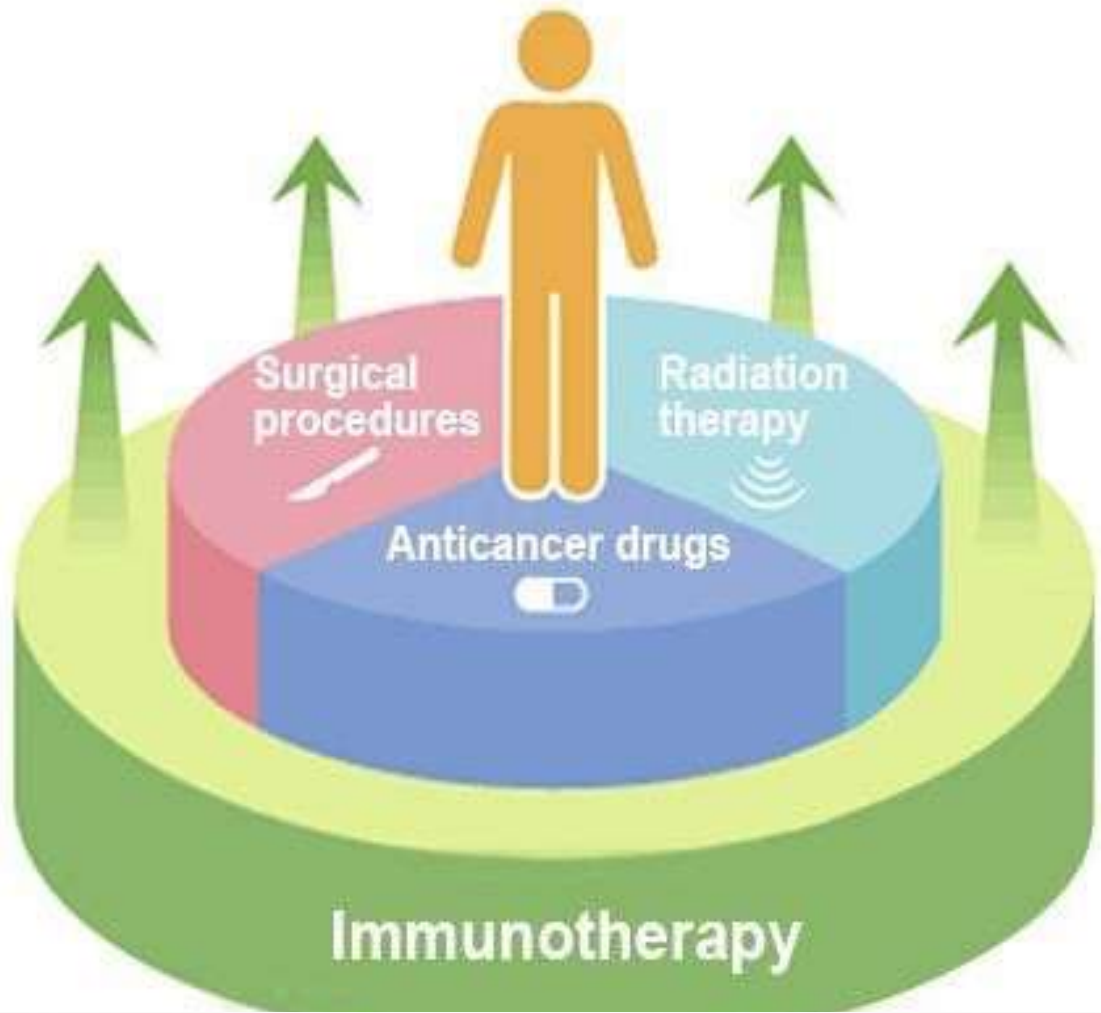
The protocol developed by Oncocit LLC USA (called ONCOVIX) includes a monitoring plan based on the SUV (Standard Uptake Value) reported in a PET-CT (Positron Emission Tomography), under imRECIST (Immune-Modified Response Evaluation Criteria In Solid Tumors)

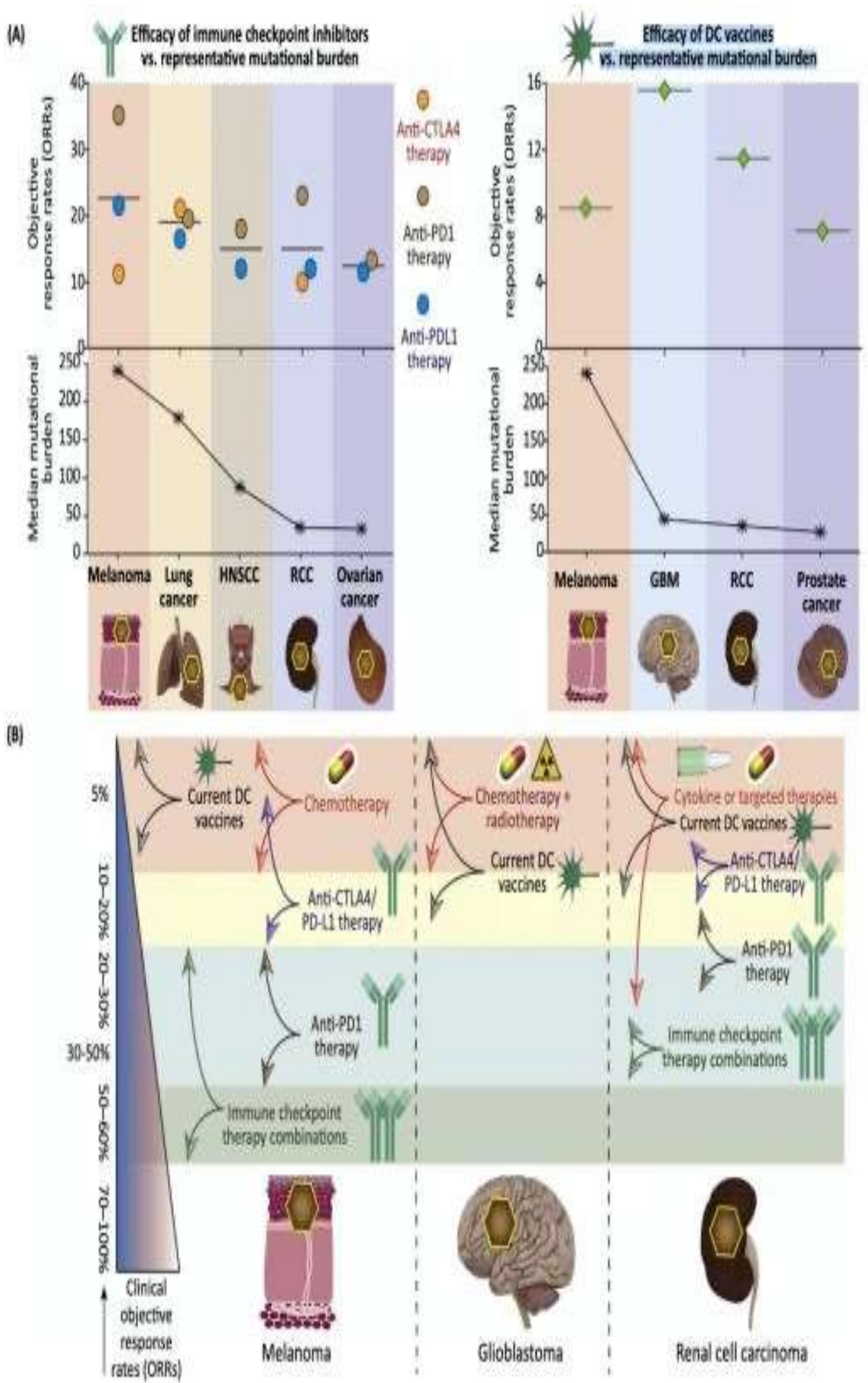
10/35

A+ A-



X) GRAFICAS DE APLICACIONES, PROPOSITOS Y RESULTADOS – Inmunoterapia CANCER

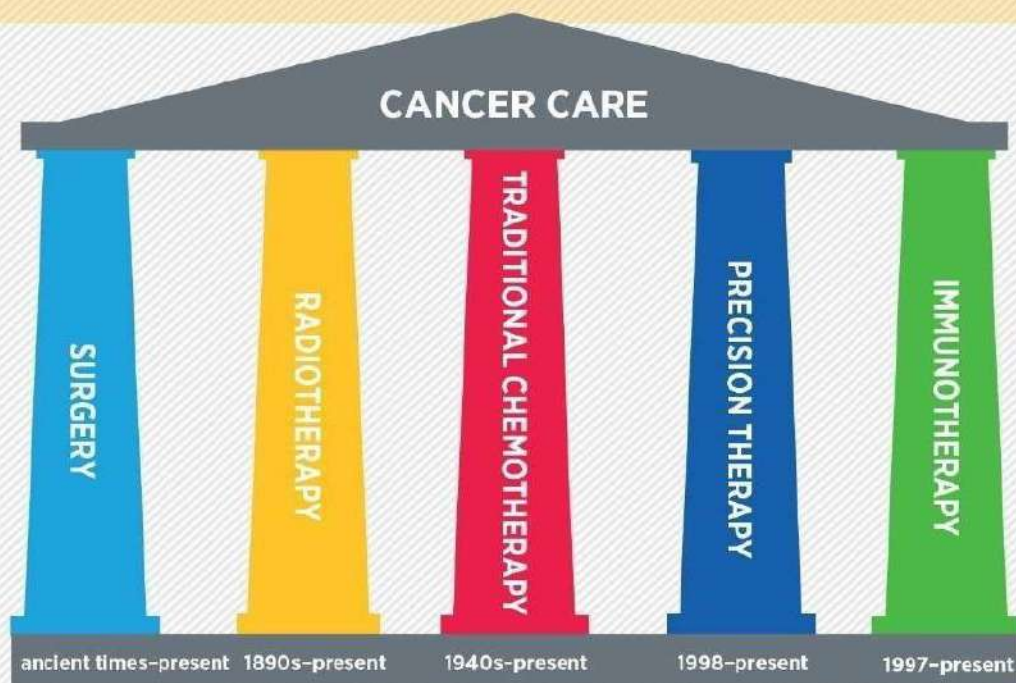




	SURGERY	RADIATION	CHEMO-THERAPY	TARGETED DRUGS	IMMUNO-THERAPY
APPROACH	Cut out accessible tumor cells to stop growth and prevent their spread	Use highly concentrated X-rays or radioactive isotopes to kill cancerous cell	Use cytotoxic drugs to kill or inhibit cancer cells	Interfere with a mechanism required for, or that supports tumor growth	Support the Immune system's innate ability to recognize and eliminate tumor cells
SINCE	1800s	early 1900s	late 1940s	2000s	2010s
LIMITATIONS	Many inaccessible tumors ineligible; limited effectiveness if tumor has already begun to spread	Limited effectiveness if tumor has already begun to spread; potentially dangerous for tumor near vital organs	High toxicity and often does not destroy the whole tumor, leading to high rates of recurrence	Limited tumor types eligible; high efficiency but short durability driving high rates of recurrence	Applicable to all tumors at all stages of disease including metastatic tumors; responses are highly durable; potential for lower toxicity profiles; synergistic with other treatments

FIGURE 4

MORE OPTIONS FOR CANCER CARE

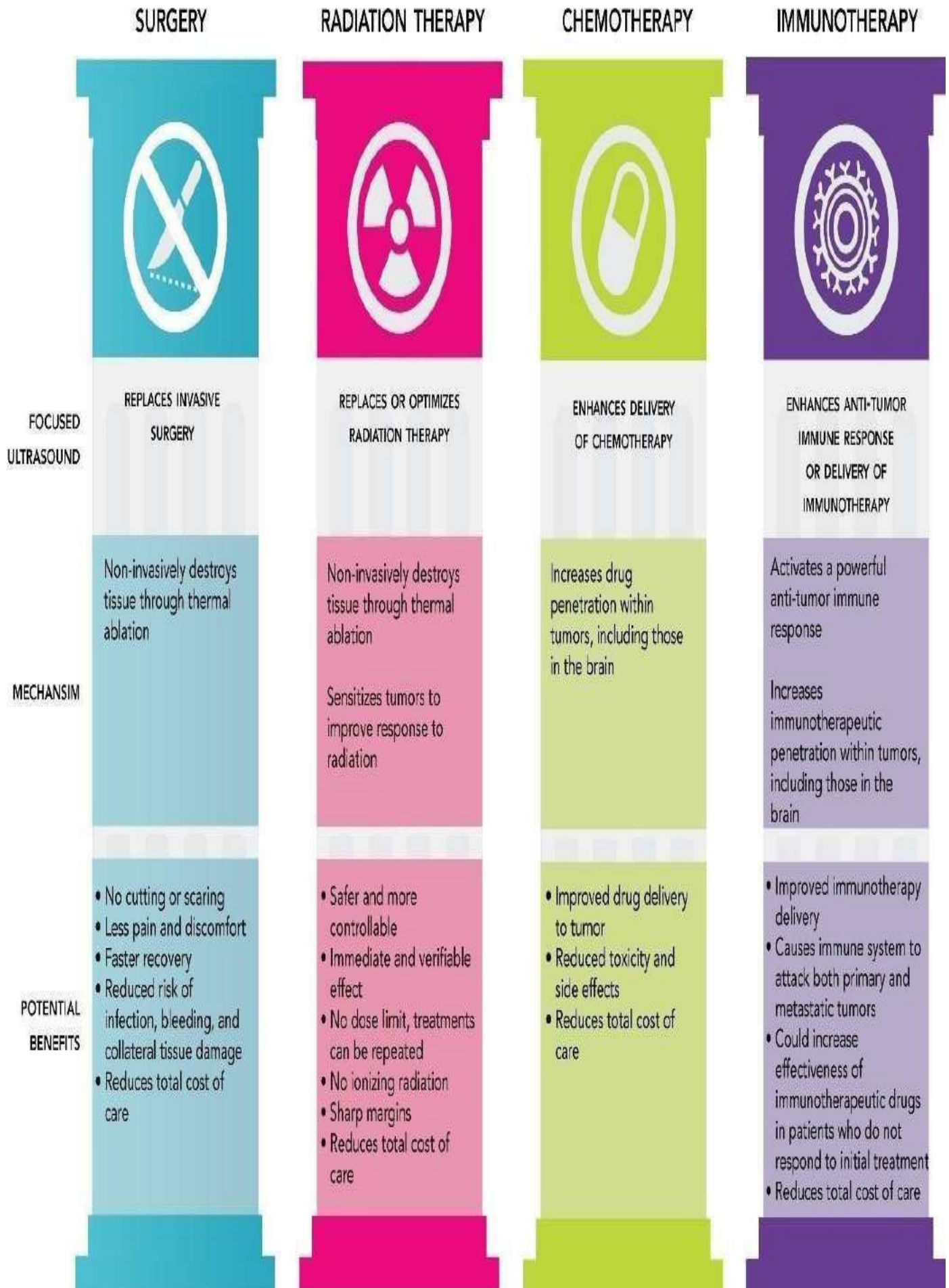


Physicians often refer to the “pillars” of cancer treatment. For thousands of years, there was one treatment pillar: surgery. In 1896, a second pillar, radiotherapy, was added. The foundations for the third treatment pillar, traditional chemotherapy, were laid in the early 1940s when a derivative of nitrogen mustard was explored as a treatment for lymphoma. These three pillars—surgery, radiotherapy, and traditional

chemotherapy—continue to be mainstays of cancer care. In the late 1990s, the first precision therapeutics were introduced, leading to the fourth pillar, precision therapy, which continues to grow. Likewise, the late 1990s laid the groundwork for the fifth treatment pillar, immunotherapy. The number of anticancer therapeutics that form the most recent pillars of cancer care has increased dramatically in the past five years.

American Association for Cancer Research Cancer Progress Report 2015

Focused ultrasound has the potential to enhance the effectiveness of, or provide an alternative to, the four pillars of traditional cancer treatment:



INMUNOTERAPIA DE CÉLULAS DENDRÍTICAS Y EXOSOMAS

Destacada en distintas publicaciones por ser 1 de las 3 inmunoterapias (junto a T-CAR e inhibidores de checkpoints) con mayor respaldo, así como alta precisión, personalizada, de mínimas reacciones adversas y de costo más accesible en comparación a otras inmunoterapias. Ver pág. 20, créditos a REVISTA: "Investigación y Ciencia, especial de INMUNOTERAPIA CONTRA EL CANCER, 2018"

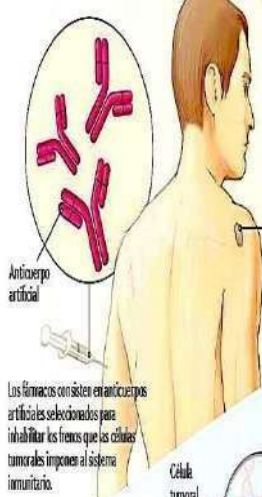
NUEVOS TRATAMIENTOS CONTRA EL CÁNCER

Tres estrategias inmunológicas

La cirugía, la radioterapia y la quimioterapia han servido durante mucho tiempo como tratamientos contra el cáncer, pero los ensayos clínicos del último lustro han demostrado que la sobrestimulación de las células inmunitarias del cuerpo, concebidas para luchar contra bacterias y virus, entre otros agentes nocivos, puede ser un arma poderosa que ayuda a las células a reconocer y destruir los tumores. Las estrategias mostradas aquí se están ensayando solas o combinadas con otros tratamientos.

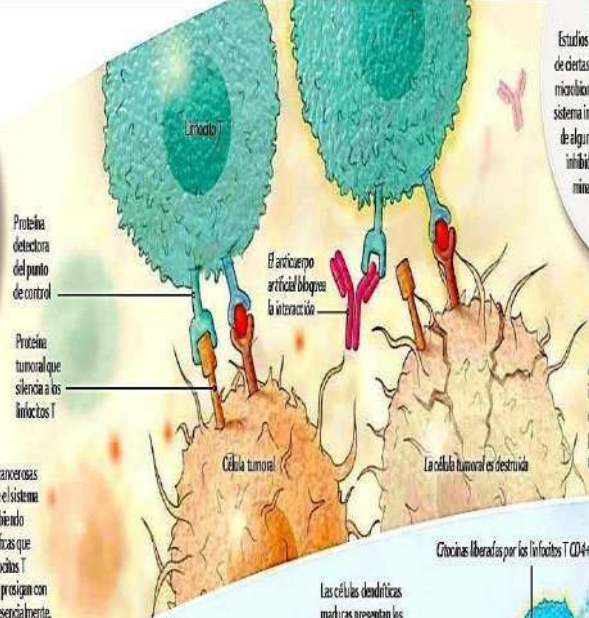
Inhibidores de los puntos de control

La respuesta inmunitaria descontrolada llega a ser tan potente que acaba destruyendo los tejidos sanos. Por tanto, ciertas células inmunitarias denominadas linfocitos T deben superar varios puntos de control biológicos antes de desplegar toda su fuerza. A menudo, las células cancerosas manipulan esos puntos de control para eludir el ataque del sistema inmunitario. Los nuevos fármacos, llamados inhibidores de los puntos de control, inhiben las señales cancerosas que moderan la respuesta inmunitaria, permitiendo que esta ataque al tumor.



¿Cómo está cambiando la inmunoterapia el tratamiento de los tumores sólidos?
El cáncer de piel, de pulmón y de otros tejidos constituyen tumores sólidos porque forman una masa que crea su propio entorno protector. Los inhibidores de los puntos de control ayudan a perturbar ese ambiente y logran eliminar los tumores avanzados de piel en uno de cada cinco pacientes participantes en ensayos clínicos.

Muchas células cancerosas se camuflan ante el sistema inmunitario exhibiendo proteínas específicas que indican a los linfocitos T cercanos que no prosigan con su activación y, esencialmente, que dejen tranquilo al tumor.

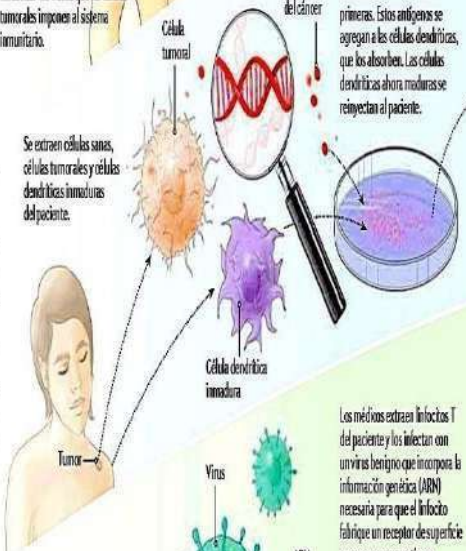


¿Podrían las bacterias intestinales potenciar la eficacia de las inmunoterapias?
Estudios en ratones indican que la presencia de ciertas bacterias en el intestino (el llamado microbioma) puede potenciar la capacidad del sistema inmunitario para frenar el crecimiento de algunos tipos de tumores. Asimismo, los inhibidores de los puntos de control disminuyen mejor el cáncer en los roedores que poseen dichas bacterias.

Al impedir que las células tumorales interactúen con el sistema de control de los linfocitos T, los inhibidores del punto de control los dotan del vigor renovado necesario para atacar el tumor.

Vacuna de células dendríticas

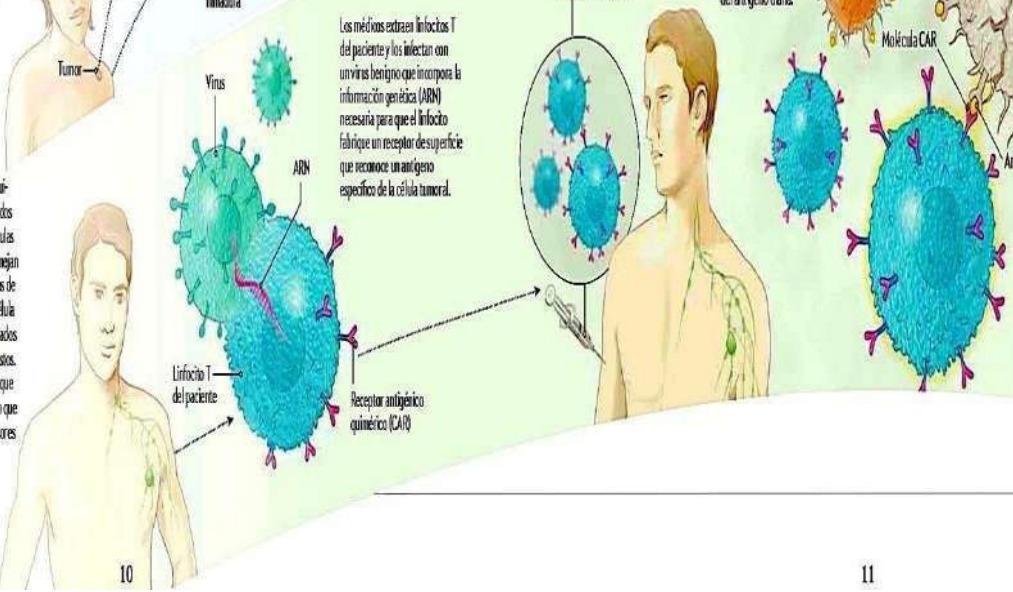
Las células dendríticas ejercen labores de vigilancia en busca de restos de proteínas (antígenos) que parecen extraños y los presentan a otros leucocitos, los linfocitos T CD4+ y CD8+, a partir de ese momento reconocen y atacarán cualquier célula que los incorpore. Seleccionando los antígenos hechos en las células cancerosas, pero no en las sanas, y mezclándolos con células dendríticas del paciente fuera del cuerpo, se ha creado una vacuna que busca y destruye esas células tumorales durante el resto de la vida.



Las células dendríticas maduras presentan los antígenos específicos de las células cancerosas a los linfocitos T CD4+ (que responden y generan estimuladores inmunitarios, las citoquinas) y CD8+ (que desde ese momento reconocen y atacan las células tumorales portadoras de tales antígenos).
Citoquinas liberadas por los linfocitos CD4+ activados
Células tumorales
Las células tumorales son destruidas

Linfocitos T-CAR

Los linfocitos T con receptor antigénico quimérico (T-CAR) reúnen las cualidades de dos tipos de linfocitos: los T y los B. Las moléculas receptoras de los linfocitos T-CAR se asemejan a híbridos entre receptores de ambos tipos de células. La proteína CAR permite a esta célula inusual reconocer los antígenos seleccionados y destruir cualquier célula portadora de estos. Esa medida elimina los pasos intermedios que normalmente siguen los linfocitos B y T, lo que convierte a los linfocitos T-CAR en defensores inextinguibles.



¿Cómo están cambiando los linfocitos T-CAR el tratamiento de los tumores líquidos?
Los tumores líquidos, como los linfomas y las leucemias, constituyen un tipo de cáncer que afecta a la sangre y el sistema linfático. Los linfocitos T-CAR viajan por la sangre, elemento que las células malignas suelen liberar, y eliminan todo rastro de ellas en cerca del 90 por ciento de los afectados por leucemias agudas que han participado en los estudios.

La información contenida en este documento, así como en cualquiera de sus adjuntos, es confidencial y está dirigida exclusivamente a él o los destinatarios indicados. Cualquier uso, reproducción, divulgación o distribución por otras personas distintas de el o los destinatarios está estrictamente prohibida. Si ha recibido este documento por error, por favor notifíquelo inmediatamente al autor y bórralo de su sistema sin dejar copia del mismo. www.oncovix.com

ONCOVIX LLC

United States

Tavistock Lakes blvd • Lake Nona Medical City

Orlando • Florida

WWW.ONCOVIX.COM

Contáctenos en:

gestion@biogenica.org

WhatsApp

+1 407 818 4001

+569 4470 7430

**WhatsApp pueden presentar interrupciones temporales;
para ello, FAVOR intente otros números o contacto por mail.**

Vía de CONTACTO siempre actualizada en : www.oncovix.com

Gracias