



Cufré 1773 – Montevideo
Teléfono: 24038155 – Ints. 1130-1131
Email: fopremi@fepremi.com.uy

Normativa de leucemia aguda mieloblástica del adulto.

El objetivo de esta normativa es financiar parcialmente la cobertura económica del costo de diagnóstico, tratamiento, y seguimiento de las leucemias agudas mieloblásticas de los pacientes con 15 años o más. Se excluye a la leucemia aguda promielocítica FAB M3.

Serán abarcados en dicha cobertura aquellos pacientes de 15 o más años que tienen el debut de una leucemia aguda mieloblástica y son pasibles de recibir tratamiento completo según se expresa en la normativa.

Una vez realizado el diagnóstico de leucemia aguda mieloblástica el médico tratante se comunica por celular con los coordinadores de la normativa quienes autorizarán el traslado al centro elegido para el tratamiento de su hemopatía.

El traslado será cubierto por la institución de la cual es socio el enfermo

El costo de las técnicas de diagnóstico (mielograma, inmunofenotipo, citogenética, FISH, o estudios moleculares) que hayan sido realizadas en la institución de origen del paciente será abonado a la institución de origen y descontado del monto total a abonar a la institución receptora del paciente.

La institución que se encarga del tratamiento recibirá un pago que no superará el monto de lo estipulado por FOPREMI para cada paciente. Los gastos que superen este monto serán abonados por la institución que derivó el paciente de acuerdo a arancel ya estipulado.

En el caso que el paciente derivado no tenga el diagnóstico informado al coordinador o no sea pasible de un tratamiento de acuerdo a la normativa, los gastos correrán por cuenta de la institución que derivó el paciente.

La Comisión que organiza y controla la normativa auditará cada historia clínica antes de la autorización de los pagos.

Se solicitará al médico hematólogo de la institución de origen del paciente el informe trimestral de la situación del mismo

Los datos obtenidos del diagnóstico, seguimiento y tratamiento del paciente que se integre a esta normativa pueden ser usados por FOPREMI para análisis y reporte de resultados donde la institución lo considere pertinente, manteniendo la confidencialidad de cada enfermo



Cufré 1773 – Montevideo
Teléfono: 24038155 – Ints. 1130-1131
Email: fopremi@fepremi.com.uy

PROCEDIMIENTO:

Una vez realizado el diagnóstico, el hematólogo de la institución de origen del paciente se comunicará con el coordinador correspondiente, solicitándole la autorización de ingreso a la institución prestadora por la que se hubiere optado.

A su vez, desde la institución, deberán comunicar en forma simultánea a FOPREMI vía mail a fopremi@fepremi.com.uy o vía fax al 2402 71 22, los datos del paciente con el formulario correspondiente, el cual se podrá obtener de la página de FEPREMI www.fepremi.com.uy en el link FEPREMI. En dicho formulario, es imprescindible que se aclare y detalle los estudios diagnósticos que se le hayan realizado al paciente hasta ese momento en dicha institución.

Luego de realizado el tratamiento y el paciente obtenga el alta del prestador, la institución deberá comunicarlo a FOPREMI por la vía anteriormente descripta utilizando el formulario para Alta.

La institución prestadora, facturará a FOPREMI hasta un máximo de \$ 1.195.957.- IVA incl. Si el costo del tratamiento superara esta cifra, el saldo será facturado a la institución de origen del paciente. En ambos casos la factura deberá contener y/o anexar los rubros que se están incluyendo.

Todo tipo de asistencia que el paciente requiera y no estuviera en el marco del protocolo de esta patología, la institución prestadora deberá proceder de acuerdo al procedimiento del Sistema FEPREMI.

Una vez auditada la historia clínica, FOPREMI enviará la misma a la institución de origen del paciente.



Cufré 1773 – Montevideo
Teléfono: 24038155 – Ints. 1130-1131
Email: fopremi@fepremi.com.uy

Leucemia aguda mieloblástica

Introducción: El presente protocolo busca uniformizar el tratamiento de las leucemias agudas mieloblásticas del adulto (igual o mayor de 15 años), se excluye a la LAM3 o leucemia aguda promielocítica la cual se sugiere sea estudiada y tratada de acuerdo a protocolo IC-APL de la Sociedad de Hematología del Uruguay

Paraclínica:

Además de los exámenes de rutina convencionales de laboratorio e imagenología al diagnóstico debe de realizarse:

Serología viral: CMV, T gondii, Hepatitis B-C, VIH

Ecocardiograma

Mielograma con inmunofenotipo, citogenético y eventualmente estudios por FISH o Biología Molecular (*FLT3-NPM1*) para determinar el riesgo de la entidad, esto condiciona el tratamiento a realizar luego de lograda la remisión de la enfermedad.

Eventualmente puede requerir punción lumbar con estudio de citometría de flujo del líquido cefalorraquídeo, al diagnóstico y en la evolución.

El control de la respuesta terapéutica debe de incluir el estudio de médula ósea con la valoración de enfermedad residual mínima con los mismos métodos utilizados al diagnóstico

Se debe de contar con la posibilidad de realizar estudios bacteriológicos (hemocultivos, exudados, urocultivos, etc), micológicos (ocasionalmente antigenemia de aspergillus) y virales (serología y antigenemia)

En un grupo seleccionado de pacientes valoración HLA del paciente y hermanos con los estudios necesarios de aquel hermano que eventualmente sea donante.

Tratamiento:

Aislamiento:

Cuarto individual, lavado de manos, tapaboca, sobretúnica

Vía venosa:

Colocación de VVC por punción con catéter de larga duración, (puede ser tunelizado), de doble luz, capaz de aceptar hemoderivados. Personal de enfermería con entrenamiento en manejo de vías venosas centrales en pacientes inmunodeprimidos.

Inducción:

Citarabina 100-200mg/m²/día en infusión continua por 7 días

Daunorrubicina 60 mg/m² i/v días 1 a 3, o Idarrubicina 12 mg/m² i/v días 1 a 3

La serie de inducción se puede repetir hasta 3 veces

Si se requiere la realización de quimioterapia intratecal la misma es:

- a- Metotrexate 10-15 mg/m² +/- Dexametasona +/- Citarabina 5-75 mg/m²
- b- Citarabina 5-75 mg/m² +/- Dexametasona



Cufré 1773 – Montevideo
Teléfono: 24038155 – Ints. 1130-1131
Email: fopremi@fepremi.com.uy

Consolidación:

La decisión del tipo de consolidación a realizar depende del riesgo determinado al diagnóstico y de la respuesta a la terapia de inducción.

- a- repetir ciclos de inducción
- b- citarabina 2-3 g/m² i/v cada 12 horas días 1 al 3 o días 1,3 y 5 asociando o no daunorubicina 60 mg/m² i/v día 1 o idarubicina 12 mg/m² día 1
- c- Trasplante autólogo de progenitores hematopoyéticos, el mismo puede ser precedido de la opción b
- d- Trasplante alogénico de progenitores hematopoyéticos

Terapia de soporte:

Hemoderivados: en lo posible la reposición plaquetaria debe de ser realizada por concentrados de donante único

Si el paciente es eventual candidato a trasplante alogénico no debe de recibir hemoderivados de donantes relacionados familiarmente

Todos los hemoderivados deben de ser administrados con filtro de glóbulos blancos

Factores de crecimiento granulocitario (filgrastim): es controversial su uso en esta patología, se acepta luego de las terapias de consolidación y en caso de neutropenia febril, o neutropenia del paciente mayor de 65 años. Es a criterio del médico tratante el uso de filgrastim 5 mcg/k/día en la neutropenia post-inducción del paciente joven en apirexia.

Profilaxis de la infección:

Dieta cocida

Ciprofloxacina 500 mg vo cada 12 horas

Fluconazol 200 mg v/o o i/v cada 12 horas o cada 24 horas.

Fiebre, tratamiento:

Primera línea: existen múltiples opciones, la más utilizada en nuestro medio es la asociación de Ceftazidime 1-2 g i/v c/8 horas con Amikacina 5-7,5 mg/k c/8 horas

Otras opciones: Imipenem 500 – 1000 mg i/v c/6 horas o meropenem 1000 mg i/v c/8 horas.

Asociación de Vancomicina 20-45 mg/k día de acuerdo a cultivos o en forma empírica de acuerdo a clínica o respuesta planes de primera línea

Antifúngicos: de acuerdo a demostración microbiológica o empíricos de acuerdo a cuadro clínico o respuesta terapéutica a planes antibióticos

Micosis sistémica o Aspergilosis invasiva:

Caspofungina: 70 mg día 1; y luego 50 mg/día por 6-12 semanas

Voriconazole: 6 mg/k i/v c/12 horas 2 dosis, luego 4 mg/k c/12 horas por 6 a 12 semanas.

El uso de La anfotericina no liposomal en general no se recomienda por su toxicidad y la formulación liposomal es extremadamente cara.

Tratamiento de la recaída:

La recaída es de muy mal pronóstico y se utilizan las mismas drogas que en la inducción o fludarabina, ciclofosfamida, mitoxantrona, etc.