

# Coberturas de medicación del FNR: criterios de inclusión

**EL FNR IMPLEMENTARÁ AUDITORÍAS, SEGUIMIENTO Y CONTROL TÉCNICO-ADMINISTRATIVO DE LOS ACTOS QUE FINANCIAN, INCLUYENDO CONSULTAS DIRECTAS A LOS PACIENTES, CONTROL DE HISTORIAS CLÍNICAS Y DEMÁS.**

## SEPSIS GRAVE -DROTRCOGIN ALFA (ACTIVADO)-

### Indicaciones para la cobertura:

A) los focos infecciosos deben ser uno de los siguientes:

- Neumonías graves adquiridas en la comunidad.
- Meningococcemia.
- Estafilococcemia.
- Meningitis aguda supurada.

B) requiere:

- 1- la presencia de dos o más fallos de órganos.
- 2- APACHE II mayor de 24 puntos al momento de la solicitud.

### Requerimientos para la cobertura:

A) La solicitud debe realizarse dentro de las 24 horas del inicio de la primera Falla de Órganos y Sistemas.

B) El paciente no debe entrar en ninguna de las categorías de contraindicaciones.

C) El paciente debe estar recibiendo el tratamiento óptimo estándar

### Solicitud al FNR

Los centros completarán un formulario de solicitud, que será enviado por fax al FNR y la solicitud comunicada por vía telefónica a la guardia médica del FNR (Tel. 099 69 77 65).

### Evaluación por el FNR

El FNR enviará un médico a evaluar la situación del paciente y confirmará el cumplimiento de las condiciones explicitadas para el inicio del tratamiento.

### Provisión del fármaco

Si el FNR autoriza la cobertura, se instrumentará un sistema para enviar el fármaco al CTI donde esté internado el paciente, en la dosis necesaria para una infusión de 96 horas.

### Evaluación

El centro que asiste al paciente deberá enviar al FNR un formulario con datos de la respuesta al tratamiento, citando otros tratamientos recibidos, la evolución final del paciente y la fotocopia de los exámenes paraclínicos.

## TRATAMIENTO DE LA LEUCEMIA MIELOIDE CRÓNICA CON IMATINIB

### Cobertura financiera

El FNR cubrirá para el tratamiento de la LMC, el IMATINIB exclusivamente para las indicaciones que posteriormente se detallan.

A. Indicaciones con cobertura del Fondo Nacional de Recursos.

### Criterios de inclusión:

- Leucemia Mieloide Crónica al debut.
- Leucemia Mieloide Crónica en fase crónica en la que no se logró remisión.
- Leucemia Mieloide Crónica en fase crónica con intolerancia a otros tratamientos.
- Los pacientes con LMC en fase acelerada, se analizará en forma individualizada su inclusión en el programa de tratamiento.

### Criterios de exclusión:

- Pacientes con mala calidad y/o pobre expectativa de vida previa por otras situaciones co-mórbidas.
- Pacientes con LMC en fase de crisis blástica.
- Pacientes en remisión citogenética con otros tratamientos.
- Pacientes con refractariedad o pérdida de respuesta al IMATINIB.

### B. Autorización de tratamientos:

Se tomará en cuenta además de la LMC, una valoración en forma integral que incluya edad, calidad de vida, comorbilidades y pronóstico. De manera que de la evaluación surja una expectativa de vida razonable con posibilidades ciertas de rehabilitación. Las complicaciones o efectos colaterales derivadas del tratamiento deberán ser resueltas por la Institución en la que se asista el paciente.

### Requisitos del trámite de autorización.

- Envío de la solicitud al FNR.

#### Indicación:

Es responsabilidad directa del Médico Hematólogo u Oncólogo tratante de la Institución que da cobertura al paciente. Este debe firmar la solicitud, identificada con su número de caja profesional.

#### Documentación necesaria:

- Fotocopia de Cédula de Identidad del paciente.
- Fotocopia del Carné de Asistencia si se trata de un beneficiario de ASSE - MSP.
- Hoja de consentimiento informado.
- Hoja de Identificación del paciente.

La solicitud debe acompañarse del consentimiento del paciente para la realización del acto médico.

Será recabado por el médico tratante en un modelo de consentimiento aportado por el FNR. En el caso de pacientes menores de edad o incapaces, el consentimiento será firmado por sus padres, tutores o curadores.

Es indispensable que al paciente se le hayan realizado una serie de estudios acordados con el FNR y que consten en su Historia Clínica:

### C. Seguimiento y control de tratamientos autorizados.

1. Una vez autorizado el tratamiento con IMATINIB, el FNR emitirá autorización a la Institución de origen del paciente y procederá a la entrega de la dosis de tratamiento autorizada para un mes.

2. Para continuar el tratamiento autorizado, la Institución de origen del paciente **deberá hacer llegar al FNR antes del día 20 de cada mes**, la solicitud de dosis para el próximo mes. Tendrá la obligación de declarar las complicaciones que presente al paciente en caso que existan, así como eventos que lleven a la discontinuación del tratamiento.

3. El seguimiento de los tratamientos autorizados, se realizará con controles periódicos que serán enviados al FNR con la periodicidad que se detalla y deberá documentarse con la evaluación paraclínica.

Las Instituciones que no cumplan con el envío de la información antes requerida, podrán quedar excluidas de nuevos tratamientos hasta tanto no regularicen.

## TRATAMIENTO DE LINFOMAS CON RITUXIMAB

### Cobertura financiera

El FNR cubrirá el uso del anticuerpo monoclonal Anti-CD20 (Rituximab) para el tratamiento de linfomas tumorales, exclusivamente para las indicaciones y protocolos de quimioterapia que posteriormente se detallan. Para cada paciente de autorizarán 4 dosis de 375 mg/m<sup>2</sup> cada una, independientemente del número de ciclos de quimioterapia que el tratamiento requiera.

Existe otra variedad de patologías hematológicas y no hematológicas en los que se utiliza este tratamiento. Tales situaciones no están contempladas dentro de las indicaciones que cubrirá el Fondo Nacional de Recursos.

### A. Indicaciones con cobertura del Fondo Nacional de Recursos:

- Linfoma difuso a grandes células B.
- Linfoma folicular Grado III.
- Linfoma folicular Grado I y II en recáida.

### B. Criterios de exclusión (válidos para situación A1 como A2):

- Edad mayor de 70 años.
- Compromiso del SNC.

• Estados co-mórbidos que determinen una expectativa de vida menor que la de su linfopatía tumoral.

### C. Autorización de tratamientos:

Se tomará en cuenta la linfopatía tumoral y una valoración en forma integral que incluya: edad, calidad de vida, comorbilidades y pronóstico. Se espera que de esto surja una expectativa de vida razonable con posibilidades ciertas de rehabilitación. Las complicaciones o efectos colaterales derivados del tratamiento, deberán ser resueltos por la Institución que asiste al paciente.

### Envío de la solicitud al FNR.

#### Indicación.

Es una etapa indisoluble del tratamiento integral del paciente. Es de responsabilidad directa del Médico Hematólogo u Oncólogo tratante de la institución que cubre al paciente. El formulario de solicitud debe ser firmado por el Médico, identificado con su número de caja profesional.

#### Documentación necesaria.

- Fotocopia de Cédula de Identidad del paciente
- Fotocopia del Carné de Asistencia si se trata de un beneficiario de ASSE - MSP.

• Hoja de Identificación del paciente. Es un formulario preimpreso, aportado por el FNR que debe ser llenado con los datos identificatorios del paciente, el tipo de cobertura, el tratamiento solicitado; el Médico Hematólogo u Oncólogo responsable y el aval de la Institución de origen (Director, Director Médico, Director Técnico, etc.). Deberá incluir uno o más números telefónicos donde ubicar al paciente o su familia.

• Hoja de consentimiento informado. Paraclínica necesaria para la autorización.

### D. Seguimiento y control de tratamientos autorizados.

Al finalizar cada serie de tratamiento hasta la cuarta, el Médico Hematólogo u Oncólogo tratante deberá enviar una descripción del estado del paciente (en hoja preimpresa del FNR), para recibir la siguiente dosis.

Al finalizar la 3ª y la 4ª serie de tratamiento, el Médico Hematólogo u Oncólogo tratante enviará, en hoja preimpresa del FNR, el resumen del tratamiento financiado, estableciendo dosis y fecha de cada serie de tratamiento y en caso de suspensión, la causa de la misma.

## Vacunas

### Inmunización para pacientes adultos receptores o candidatos a un trasplante de órgano sólido.

Los tratamientos inmunosupresores requeridos por los pacientes trasplantados los convierten en una población en riesgo de infecciones graves. Este riesgo es elevado durante un período relativamente limitado después del trasplante (seis meses a un año) y luego desciende.

La aplicación de vacunas puede prevenir el desarrollo de infecciones y disminuir la replicación y diseminación de agentes infecciosos en los enfermos trasplantado y evitar la transmisión desde los mismos al resto de la población.

El momento idóneo en el cual se aplica la inmunización es crítico para optimizar la respuesta. Como regla general, la inmunización primaria debe darse antes del trasplante, tan tempranamente como sea posible en el curso de la enfermedad, ya que la respuesta inmune disminuye cuando se llega a estadios finales de la enfermedad de un órgano (ej. Insuficiencia renal terminal, cirrosis hepática en estadios Child C, Insuficiencia cardíaca terminal). En los pacientes que no han sido inmunizados antes del trasplante debe elegirse en cada circunstancia el momento idóneo de hacerlo " a posteriori".

Como norma general, es importante recordar que la vacunación con vacunas atenuadas (triple vírica, varicela, BCG, fiebre amarilla, fiebre tifoidea oral) en pacientes inmunodeprimidos, y por tanto, en pacientes ya trasplantados, está formalmente contraindicada.

Solicite información al FNR sobre las recomendaciones para:

1) VACUNAS ANTIVIRALES: HEPATITIS A y B, VARICELA, Triple Viral (Sarampión, Rubéola, Paperas), anti-Polio y antigripal.

2) VACUNAS ANTIBACTERIANAS: anti- NEUMOCÓCICA, Difteria y Tétanos, Haemophilus influenzae tipo b.