

ORIENTAÇÕES PARA SOLICITAÇÃO DE ANFOTERICINA B LIPOSSOMAL PARA PACIENTES COM DIAGNÓSTICO DE LEISHMANIOSE TEGUMENTAR

A Divisão de Doenças Transmitidas por Vetores e Zoonoses do Centro de Vigilância Epidemiológica “Prof. Alexandre Vranjac” / Coordenadoria de Controle de Doenças / Secretaria do Estado da Saúde de São Paulo (CVE/CCD/SES-SP) orienta abaixo os critérios de indicação da anfotericina B lipossomal, esquema de tratamento conforme forma clínica e fluxo de dispensação da medicação para pacientes com diagnóstico de leishmaniose tegumentar, conforme preconizado pelo Ministério da Saúde:

a) Critério de indicação

- Idade a partir de 50 anos
- Insuficiência renal
- Insuficiência hepática
- Insuficiência cardíaca
- Transplantado renal
- Transplantado cardíaco
- Transplantado hepáticos
- Intervalo QT corrigido maior que 450 ms
- Uso concomitante com medicamentos que alteram o intervalo QT
- Hipersensibilidade ao antimonial pentavalente ou a outros medicamentos utilizados no tratamento da leishmaniose tegumentar
- Falha terapêutica ao antimonial pentavalente ou a outros medicamentos utilizados no tratamento da leishmaniose tegumentar
- Gestantes

b) Dose e posologia

O esquema terapêutico de anfotericina B lipossomal para leishmaniose tegumentar de acordo com a forma clínica estão descritas no “Manual de Vigilância de Leishmaniose Tegumentar do Ministério da Saúde, primeira edição, 2017”, que pode ser acessado no seguinte link:

https://www.saude.sp.gov.br/resources/cve-centro-de-vigilancia-epidemiologica/areas-de-vigilancia/doencas-de-transmissao-por-vetores-e-zoonoses/doc/leish/manual17_lta_ms.pdf

c) Fluxo de dispensação

Para os pacientes que atendem o critério, conforme consta no "Manual de Vigilância de Leishmaniose Tegumentar, Ministério da Saúde, 2017", deverá ser preenchido o formulário de solicitação da medicação na plataforma **REDCap**, que pode ser acessado no seguinte link: <https://redcap.saude.gov.br/surveys/?s=A8WPXJ4XML> (ficha espelho – Anexo 1).

Ao final do preenchimento, o serviço solicitante deverá salvar cópia do formulário em **PDF** e enviar ao Grupo de Vigilância Epidemiológica (GVE) de abrangência ou, para serviços de saúde da capital paulista, seguir o fluxo vigente (serviço de saúde, Unidade de Vigilância em Saúde da área de abrangência e Coordenadoria de Vigilância em Saúde). Estes enviarão a demanda para a Divisão de Zoonoses no endereço eletrônico dvzoo@saude.sp.gov.br para que a mesma seja avaliada. Em caso de atendimento de todo protocolo, a solicitação da medicação será remetida para a Assistência Farmacêutica da SES-SP para liberação da fatura/medicação ao serviço solicitante.

Elaborado por: Divisão de Zoonoses/CVE, 04/10/2021.

Anexo 1.


MINISTÉRIO DA SAÚDE
SECRETARIA DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE
Setor Comercial Sul, Quadra 04, Bloco A, 2º andar Brasília/DF - CEP 70.304-000
Fax: (61) 3213-8140 Tel.: (61) 3213-8153
E-mail: leishmanioses@saude.gov.br

Ficha de solicitação de anfotericina B lipossomal para pacientes com leishmaniose

Número da ficha: ____/____/____ (Para uso do Ministério da Saúde)
Número da notificação no Sinan: _____ (Solicitar ao serviço de vigilância epidemiológica)
Data da solicitação: ____/____/____

Forma clínica:
() Leishmaniose visceral () Leishmaniose tegumentar difusa
() Leishmaniose tegumentar cutânea () Leishmaniose tegumentar mucosa

INSTITUIÇÃO SOLICITANTE
Hospital ou instituição: _____
Médico solicitante: _____
CRM: _____ Telefone: (____) _____ Celular: (____) _____
Responsável pelo recebimento: _____
Cargo: _____ Telefone: (____) _____ Celular: (____) _____
Endereço para entrega: _____
CEP: _____ Cidade: _____ UF: _____

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE
Nome do paciente: _____
Nome da mãe: _____
Data de nascimento: ____/____/____ Sexo: () Masculino () Feminino Peso: ____ kg
Município de residência: _____ UF: _____

DADOS CLÍNICOS ATUAIS (Descreva brevemente a história clínica do paciente, como internações, exames laboratoriais anteriores, entre outros):
Início dos sinais e sintomas: ____/____/____

Exame Clínico:
() Febre () Diarreia () Arritmia cardíaca
() Esplenomegalia () Icterícia () Vômitos
() Hepatomegalia () Fenômenos hemorrágicos () Dispneia
() Palidez () Edema localizado () Outros: _____
() Desnutrição grave () Edema generalizado

Doenças associadas:
() Ausente () HIV/AIDS
() Doença renal () Infecção bacteriana. Especificar: _____
() Doença cardíaca Outras: _____
() Doença hepática

TRATAMENTOS ESPECÍFICOS PARA LV

() Virgem de tratamento

() Antimoniato de N-metil Glucamina:

Dosagem: _____ mg/Sb+5/kg/dia n° de doses: _____ n° de esquemas: _____

() Desoxicolato de anfotericina B:

Dosagem: _____ mg/kg/dia n° de doses: _____ n° de esquemas: _____

() Anfotericina B lipossomal:

Dosagem: _____ mg/kg/dia n° de doses: _____ n° de esquemas: _____

EXAMES COMPLEMENTARES ATUAIS

Hemácias: _____ x10⁶ Neutrófilos: _____ mm³ Ativ. de protrombina: _____ %

Hematócrito: _____ % AST/TGO: _____ U/L Albumina: _____ g/dL

Hemoglobina: _____ g/dL ALT/TGP: _____ U/L Globulina: _____ g/dL

Plaquetas: _____ mm³ Bilirrubina total: _____ mg/dL Ureia: _____ mg/dL

Leucócitos: _____ mm³ Bilirrubina direta: _____ mg/dL Creatinina: _____ mg/dL

Outros: _____

EXAME PARASITOLÓGICO: Data do exame: ____/____/____

Aspirado de medula: () Positivo () Negativo Outro: _____ () Positivo () Negativo

EXAME SOROLÓGICO: Data do exame: ____/____/____

RIFI (diluição): _____ Teste rápido: _____ Elisa: _____

Outro: _____ () Positivo () Negativo

OUTROS EXAMES (Ex: PCR) _____ Data do exame: ____/____/____

CRITÉRIO DE INDICAÇÃO DA ANFOTERICINA B LIPOSSOMAL

() Idade menor que 1 ano

() Idade maior que 50 anos

() Insuficiência renal

() Insuficiência hepática

() Insuficiência cardíaca

() Transplantados, cardíacos, renais ou hepáticos;

() Intervalo QT corrigido maior que 450 ms

() Uso concomitante de medicamentos que alteram o intervalo QT

() Hipersensibilidade ao antimônio pentavalente ou a outros medicamentos utilizados para o tratamento da LV

() Infecção pelo HIV (tratamento)

() Infecção pelo HIV (profilaxia secundária)

() Comorbidades que comprometem a imunidade. Qual? _____

() Uso de medicação que compromete a imunidade. Qual? _____

() Falha terapêutica ao antimônio pentavalente ou a outros medicamentos utilizados para o tratamento da LV

() Gestantes

() Escore de gravidade clínico ≥ 4 ¹ Informar valor: _____

() Escore de gravidade clínico-laboratorial ≥ 6 ¹ Informar valor: _____

Dose prescrita: _____ mg/kg/dia Dias de tratamento _____ Número de ampolas: _____

(Assinatura e carimbo do médico)

¹ Os escores de gravidade estão descritos no manual de leishmaniose visceral: recomendações clínicas para redução da letalidade, que poderá ser acessado no link: http://portal.saude.gov.br/portal/saude/profissional/area.cfm?id_area=1561