



IX. ANEXOS

ANEXO N° 1 – Condiciones de uso

El paciente a ser considerado para recibir inmunoglobulina intravenosa debe cumplir con los siguientes criterios clínicos, los cuales deben ser acreditados por el médico tratante* al momento de solicitar la aprobación del medicamento al Comité Farmacoterapéutico correspondiente en cada paciente específico, o en el Anexo N° 07 de la Directiva N° 003-IETSI-ESSALUD-2016:

Diagnóstico/condición de salud	Pacientes adultos con diagnóstico de neuropatía motora multifocal
Grupo Etario	18 años o más
Condición clínica del paciente para ser apto de recibir el medicamento	1. Paciente con diagnóstico definitivo o probable de neuropatía motora multifocal, según los criterios recomendados por la EFNS/PNS (ver Tablas 3, 4, 5 y 6 de la sección de Aspectos Generales) (EFNS/PNS 2010).
Presentar la siguiente información ADICIONAL debidamente documentada en el expediente del paciente de la solicitud del medicamento	<ol style="list-style-type: none"> 1. Resultados de estudios de conducción nerviosa. 2. Sustento clínico del cumplimiento de los criterios de diagnóstico clínico de la NMM. 3. Resultados de detección de anticuerpos antiGM1 del tipo IgM (opcional). 4. Resultados de determinación de proteínas del líquido cefalorraquídeo (< 1 g/L) (opcional). 5. Resultados de imagen por resonancia magnética con hiperintensidad del plexo braquial en T2 (opcional). 6. Resultados de diagnóstico diferencial que incluya la enfermedad de motoneurona o esclerosis lateral amiotrófica. 7. Reporte de evaluación de fuerza muscular con escala MRC (ver Anexo N° 2).



 <p>Presentar la siguiente información debidamente documentada al seguimiento con el Anexo N° 07 de la Directiva N° 003-IETSI-ESALUD-2016</p>	<p>Informe a ser enviado cada 6 meses durante los dos primeros años y posteriormente cada 12 meses (Anexo N° 07), adjuntando la siguiente información clínica:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Resultados de estudios de conducción nerviosa. 2. Resultados de la examinación clínica. 3. Resultados de detección de anticuerpos antiGM1 del tipo IgM (opcional). 4. Resultados de determinación de proteínas del líquido cefalorraquídeo (< 1 g/L) (opcional). 5. Resultados de imagen por resonancia magnética con hiperintensidad del plexo braquial en T2 (opcional). 6. Reporte de eventos adversos. 7. Reporte de evaluación de fuerza muscular con escala MRC (ver Anexo N° 2).
 <p>Criterios para la suspensión del medicamento</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. En caso de deterioro clínico y/o neurofisiológico a pesar de uso de IgIV durante 6 meses.

* El médico solicitante debe pertenecer a la especialidad de neurología.



ANEXO N° 2 – Escala de fuerza muscular del MRC*

Puntuación	Función motora
0	Sin contracción muscular
1	Esbozo de contracción muscular
2	Movimiento activo eliminando gravedad
3	Movimiento activo contra gravedad
4	Movimiento activo contra gravedad y algo de resistencia
5	Fuerza normal

*Se evalúa la fuerza de cinco músculos o grupos musculares en cada brazo (aquellos involucrados en la abducción del hombro, flexión del codo, extensión del codo, flexión de la muñeca y extensión de la muñeca) y de cinco músculos o grupos musculares en cada pierna (aquellos involucrados en la flexión de la cadera, flexión de la rodilla, la extensión de la rodilla, la flexión dorsal del tobillo y la flexión plantar del tobillo). Puntuación máxima 100 puntos (Van Den Berg-Vos et al. 2002; Medical Research Council 1976).

