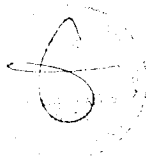


## ANEXO N° 1: Condiciones de uso

La persona a ser considerada para recibir la fórmula nutricional a base de aminoácidos libres, debe cumplir con los siguientes criterios clínicos (estos criterios deben ser acreditados por el médico tratante al momento de solicitar la aprobación del medicamento al Comité Farmacoterapéutico correspondiente en cada paciente específico):



<b>Diagnóstico/condición de salud</b>	Paciente con alergia alimentaria mediada o no mediada por IgE (incluye alergia o intolerancia a la proteína de la leche de vaca) <u>severa</u> , que no consuma leche materna y que haya demostrado intolerancia con persistencia de síntomas luego de por lo menos un mes de iniciado tratamiento con fórmula a base de proteína extensamente hidrolizada (Historia clínica y /o reporte de farmacia).
<b>Grupo etario</b>	Niños de 0 a 7 años de edad
<b>Tiempo máximo que el Comité Farmacoterapéutico aprueba el uso del medicamento en cada paciente</b>	08 meses
<b>Condición clínica del paciente para ser apto de recibir el medicamento</b>	El médico solicitante* debe acreditar: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Que el paciente ha recibido fórmula extensamente hidrolizada por lo menos un mes por historia clínica y/o reporte de farmacia.</li> <li>• Acreditar la persistencia de la sintomatología relacionada a alergia alimentaria, a pesar de haber estado recibiendo fórmula extensamente hidrolizada, siendo uno o más de los siguientes signos y síntomas:                         <ul style="list-style-type: none"> <li>• Diarrea crónica (especificar)</li> <li>• Constipación</li> <li>• Dolor abdominal</li> <li>• Reflujo gastroesofágico, vómitos y/o cólicos</li> <li>• Hipoalbuminemia severa</li> <li>• Enteropatía grave</li> <li>• Obstrucción bronquial con dificultad respiratoria</li> <li>• Eczema atópico grave</li> <li>• Falla del crecimiento</li> </ul> </li> </ul>



	<ul style="list-style-type: none"><li>• Anemia por deficiencia de hierro o pérdida de sangre oculta.</li></ul>
<b>Presentar la siguiente información adicional debidamente documentada en el expediente del paciente de solicitud del medicamento</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Dosaje de IgE (IgE específica para alimentos)</li><li>• Dosaje de hemoglobina</li><li>• Evaluación del estado nutricional (z-score de los indicadores peso/talla y talla/edad).</li><li>• Evaluación del neurodesarrollo</li><li>• Exámenes para descartar diagnósticos diferenciales pueden ser alguno de los siguientes:<ul style="list-style-type: none"><li>• Examen coprológico funcional</li><li>• Tolerancia a antígenos alimentarios</li><li>• Otros de acuerdo a la sintomatología presente, que el Comité Farmacoterapéutico considere pertinente.</li></ul></li></ul>
<b>Presentar la siguiente información debidamente documentada a los seis meses y al término de la administración del tratamiento y al seguimiento con el Anexo 07 de la Directiva 002-IETSI-ESSALUD-2015</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Evaluación de la persistencia de síntomas al mes, a los tres meses y a los seis meses de iniciado el tratamiento.</li><li>• Dosaje de IgE (IgE específica para alimentos) al mes, a los tres meses y a los seis meses de iniciado el tratamiento.</li><li>• Dosaje de hemoglobina al mes, a los tres meses y a los seis meses de iniciado el tratamiento.</li><li>• Evaluación nutricional mensualmente de iniciada la fórmula (z-score de los indicadores peso/talla y talla/edad)</li><li>• Evaluación del neurodesarrollo cada seis meses de iniciado el tratamiento.</li></ul> <p>El reporte de resultados deberá ser presentado cada seis meses de iniciado el tratamiento para evaluar la continuidad del tratamiento de forma oportuna.</p>

\* El médico solicitante debe pertenecer a la Unidad de Nutrición Pediátrica o unidad similar, de los establecimientos de salud nivel III-1 con capacidad resolutoria acorde a la necesidad de diagnóstico, tratamiento y seguimiento de la enfermedad.