

## ANEXO N°1 – Condiciones de uso

La persona a ser considerada para recibir el esquema de fórmula pediátrica 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):

Diagnóstico / condición de salud	Síndrome de intestino corto anatómico o funcional, asociado a malabsorción intestinal, que no pueda consumir leche materna o alimentos de acuerdo a su edad, que en consecuencia pueda producir diarrea crónica, deshidratación, deficiencia de micronutrientes, trastornos electrolíticos, o desnutrición, sin mejoría clínica a pesar del uso de fórmula extensamente hidrolizada (uso documentado mediante historia clínica y/o reporte de farmacia).
Grupo etario	De 0 a 10 años
Tiempo máximo que el Comité Farmacoterapéutico puede aprobar el uso del medicamento en cada paciente	8 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>- Flujo fecal aumentado (&gt;30 cc/kg/día)</li> <li>- Inadecuada ganancia ponderal</li> <li>- Sin lactancia materna exclusiva o con intolerancia a la fórmula extensamente hidrolizada.</li> </ul>
<b>Presentar la siguiente información adicional debidamente documentada en el expediente del paciente de la solicitud del medicamento.</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Electrolitos séricos</li> <li>- Evaluación nutricional</li> <li>- Dosaje de hemoglobina</li> <li>- Bioquímica hepática</li> <li>- Coprológico funcional</li> <li>- Glucosa sérica</li> <li>- Lípidos séricos</li> </ul>
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	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Evaluación de la persistencia de síntomas (incluyendo flujo fecal) al mes, a los tres meses y a los seis meses de iniciado el tratamiento.</li> <li>- Dosaje de hemoglobina, Electrolitos séricos, bioquímica hepática, coprológico funcional, glucosa sérica, lípidos séricos, al mes, a los tres meses y a los seis meses de iniciado el</li> </ul>



002-IETSI-ESSALUD-2015	tratamiento. - Evaluación nutricional mensualmente de iniciada la fórmula (z-score de los indicadores peso/talla y talla/edad) - Evaluación del neurodesarrollo cada seis meses de iniciado el tratamiento.
------------------------	---

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

