

ANEXO N° 1: Condiciones de uso

La persona a ser considerada para recibir la fórmula semielemental con alto contenido de triglicéridos de cadena media, 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	Paciente con diagnóstico de quilotórax congénito o adquirido
Grupo etario	Población neonato y niños menores de 01 año
Tiempo máximo que el Comité Farmacoterapéutico aprueba el uso del medicamento en cada paciente	8 meses
Condición clínica del paciente para ser apto de recibir el medicamento	<p>El médico solicitante* debe acreditar:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Derrame pleural quiloso demostrado • Triglicéridos en líquido pleural ≥ 110 mg/dL y más de 1000 células/ml a predominio linfocitario. • Presencia de quilomicrones en el líquido pleural (opcional) • Insuficiencia respiratoria
Presentar la siguiente información adicional debidamente documentada en el expediente del paciente de solicitud del medicamento	<ul style="list-style-type: none"> • Débito quiloso • Evaluación del estado nutricional • En los casos de quilotórax adquirido, documentar la causa. • En los casos de quilotórax congénito, documentar con exámenes de imagen prenatales o al nacimiento.
Presentar la siguiente información debidamente documentada al término de la administración del tratamiento y al seguimiento con el Anexo 07 de la Directiva 003-IETSI-ESSALUD-2016	<ul style="list-style-type: none"> • Persistencia del quilotórax a las 2 semanas/4 semanas/8semanas de iniciada la fórmula aprobada (Sí o No) • Tiempo de persistencia del tubo de drenaje desde el inicio del uso de la fórmula aprobada. • Necesidad de iniciar alimentación parenteral (Si o No) • Registro diario de débito de quilotórax durante el tiempo de persistencia del tubo pleural desde el inicio de la fórmula aprobada.



	<ul style="list-style-type: none"> • Evaluación nutricional (a las 2 semanas/4 semanas/8semanas de iniciada la fórmula aprobada) • Días de hospitalización desde el inicio de la fórmula aprobada. • Evaluación del neurodesarrollo a las 2 semanas/4 semanas/8semanas de iniciada la fórmula aprobada (Retraso o Desarrollo adecuado)
--	---

* 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.

