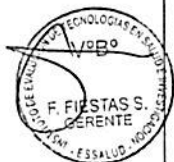


## ANEXO N° 1 – Condiciones de uso

La persona a ser considerada para recibir el esquema de Posaconazol a dosis de 20mg/kg/día, 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>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Paciente pediátrico con diagnóstico comprobado o por sospecha de Mucormicosis que haya recibido Amfotericina B</li> </ul>
<b>Grupo Etario</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Edad menor o igual a 13 años.</li> </ul>
<b>Tiempo máximo que el Comité aprueba el uso del medicamento en cada paciente</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- 6 meses</li> </ul>
<b>Condición clínica del paciente para ser apto de recibir el medicamento con alguna de las siguientes condiciones</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Si la solicitud es por nefrotoxicidad, el paciente debe cumplir las siguientes condiciones:                             <ul style="list-style-type: none"> <li>o Presenta un incremento en 2.0 veces el valor de la creatinina sérica en referencia a sus valores basales</li> <li>o No está en hemodiálisis previo al tratamiento con Amfotericina B.</li> </ul> </li> <li>- Si la solicitud es por hipokalemia severa refractaria al tratamiento médico, el paciente debe cumplir las siguientes condiciones:                             <ul style="list-style-type: none"> <li>o Potasio sérico menor a valores de 2.5mEq/L</li> <li>o Presenta alteraciones electrocardiográficas, ileo paralítico o rabdomiolisis secundarias a hipokalemia severa.</li> <li>o Evidencia laboratorial o clínica documentada de resistencia a reposición adecuada de potasio por más de 24 horas.</li> </ul> </li> <li>- Si la solicitud es por refractariedad a la primera línea (falla al tratamiento):                             <ul style="list-style-type: none"> <li>o El paciente debe haber recibido tratamiento con primera línea de Amfotericina B.</li> </ul> </li> </ul>



<p>Presentar la siguiente información <b>ADICIONAL</b> debidamente documentada en el expediente del paciente de la solicitud del medicamento.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Valores sérico de potasio al inicio y al final de tratamiento con Amfotericina B</li> <li>- Evaluación de valores de creatinina sérica al inicio y al final de tratamiento con Amfotericina B</li> <li>- Hoja amarilla de reacciones adversas</li> </ul>
<p>Presentar la siguiente información debidamente documentada cada tres meses y al término de la administración del tratamiento y al seguimiento con el Anexo 07 de la Directiva 003-IETSI-ESSALUD-2016</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Seguimiento por imágenes</li> <li>- Perfil hepático</li> <li>- Evolución clínica</li> </ul>

