

"Decenio de la Igualdad de Oportunidades para Mujeres y Hombres"
"Año del Fortalecimiento de la Soberanía Nacional"
"Año del Bicentenario del Congreso de la República del Perú"

ESSALUD
Instituto de Evaluación de Tecnologías en Salud e Investigación
Sub Dirección de Evaluación de Productos Farmacéuticos y Otras Tecnologías Sanitarias
23 SEP 2022
RECEPCION
Firma: Hora: 10:57


ESSALUD
INSTITUTO DE EVALUACIÓN DE TECNOLOGÍAS EN SALUD E INVESTIGACIÓN
21 SEP 2022
RECIBIDO
10:55

NOTA N° 2981 -GRPR-ESSALUD-2022

Lima, 20 SEP 2022

ESSALUD
INSTITUTO DE EVALUACIÓN DE TECNOLOGÍAS EN SALUD E INVESTIGACIÓN
DIRECCIÓN DE EVALUACIÓN DE TECNOLOGÍAS SANITARIAS
22 SEP 2022
RECEPCION
Firma: Hora:

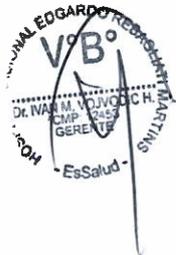
Señor Doctor
JUAN ALBERTO SANTILLANA CALLIRGOS
Director (e) – Instituto de Evaluación de Tecnologías
en Salud e Investigación – IETSI
Seguro Social de Salud
Presente.-

Asunto : Solicitud de reconsideración de aprobación de uso del medicamento no incluido en el petitorio farmacológico: Sunitinib

Referencia : Nota N° 420 -GHNERM-GRPR-ESSALUD-2022

Tengo a bien dirigirme a usted para saludarlo cordialmente y a la vez se remite a su Despacho el documento de la referencia, suscrito por el Gerente del Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins, quien solicita la reconsideración de aprobación de uso del medicamento no incluido en el petitorio farmacológico: fortificador de leche humana para prematuro extremo.

Sin otro particular, hago propicia la oportunidad para reiterarle los sentimientos de mi especial


HOSPITAL EDGARDO REBAGLIATI MARTINS
V.B.
DR. IVAN M. VOJVODICH
CMP 29467
GERENTE
EsSalud

Atentamente,

ESSALUD
RED PRESTACIONAL REBAGLIATI
Dr. Edgard Linden Miguel Siccha
CMP 29467
GERENTE

ELMS/IVH/mch.
Adj. : () Folios

NIT: 3640-2022-309

"Decenio de la Igualdad de Oportunidades para Mujeres y Hombres"

"Año del Fortalecimiento de la Soberanía Nacional"

"Año del Bicentenario del Congreso de la República del Perú"

NOTA N° 420 -GHNERM-GRPR-ESSALUD-2022

Lima,

16 SEP 2022



Señor Doctor
EDGARD LINDON MIGUEL SICCHA
Gerente de la Red Prestacional Rebagliati
Presente.-

Asunto : Reconsideración de aprobación de uso del medicamento no incluido en el petitorio farmacológico: Fortificador de leche humana para prematuro extremo

Referencia : Nota N° 317-SN-DPC-GC-GHNERM-2022

Tengo a bien dirigirme a usted para saludarlo cordialmente y a su vez remitir a su despacho la Nota N° 1965-CFT-GHNERM-GRPR-ESSALUD-2022 emitida por el Comité Farmacoterapéutico mediante la cual solicita la reconsideración del Dictamen Preliminar N° 002-2022 del medicamento **fortificador de leche humana para prematuro extremo** para el paciente **RN Urdanivia Farromeque**.

En este aspecto, sírvase remitir la documentación al Instituto de Evaluación de Tecnología en Salud e Investigación (IETSI).

Hago propicia la ocasión para expresarle las muestras de mi consideración y estima.

Atentamente,


ESSALUD
HOSPITAL NACIONAL EDGARDO REBAGLIATI MARTINS
.....
Dr. IVAN MARTÍN VOJCEDIC HERNÁNDEZ
C.M.P. 12453
GERENTE

IVH/mch.
16/09/2022

Adj. : () Folios

NIT: 3640-2022-309

"Decenio de la Igualdad de Oportunidades para Mujeres y Hombres"
"Año del Fortalecimiento de la Soberanía Nacional"
"Año del Bicentenario del Congreso de la República del Perú"

NOTA N° 1965 -CFT-GHNERM-GRPR-ESSALUD-2022

Lima,

14 SEP 2022

Señor
DR. IVAN MARTIN VOJVODIC HERNANDEZ
Gerente del HOSPITAL NACIONAL E. REBAGLIATI M.
Presente. -



ASUNTO: RECONSIDERACION DE APROBACION DE USO DEL MEDICAMENTO NO INCLUIDO EN P.F.: FORTIFICADOR DE LECHE HUMANA PARA PREMATURO EXTREMO

REF: NOTA 317-SN-DPC-GC-GHNERM-ESSALUD-2022

De mi consideración:

Tengo a bien dirigirme a Ud. para saludarlo cordialmente y, a la vez remitir a su Despacho la Nota 317 del Servicio de Neonatología respecto a la reconsideración del DICTAMEN PRELIMINAR 002-2022 del medicamento del asunto para el paciente RN URDANIVIA FARROMEQUE (se adjunta Anexo 05).

En tal sentido, sírvase remitir la documentación al Instituto de Evaluación de Tecnologías en Salud e Investigación (IETS) para reevaluación.

Sin otro particular, quedo de Ud.

Atentamente,


Seguridad Social para todos

Dr. JOSE PAZ IBARRA
PRESIDENTE
COMITE FARMACOTERAPEUTICO
H.N.E.R.M.

JPI/crb
3640-2022-309
13/9/22


Siempre
con el pueblo



BICENTENARIO
DEL PERÚ
2021 - 2024



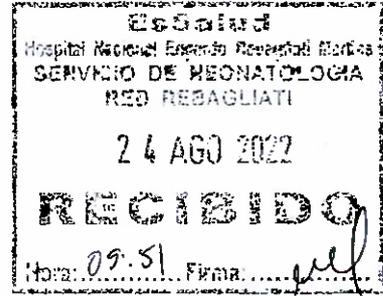
"Decenio de la Igualdad de Oportunidades para Mujeres y Hombres"
"Año del Fortalecimiento de la Soberanía Nacional"
"Año del Bicentenario del Congreso de la República del Perú"

NOTA N° 1830 -CFT-GHNERM-GRPR-ESSALUD-2022

Lima,

23 AGO 2022

Señora
DRA. CARMEN FERNANDEZ SIERRA
Jefe del Servicio de Neonatología
Presente. -



**ASUNTO: DEVOLUCION DE REQUERIMIENTO DE AUTORIZACION DE USO DEL
MEDICAMENTO: FORTIFICADOR DE LECHE HUMANA PARA
PREMATURO EXTREMO
PACIENTE: RN URDANIVIA FARROMEQUE**

REFERENCIA: DICTAMEN PRELIMINAR 002-DETS-IETSI-2022

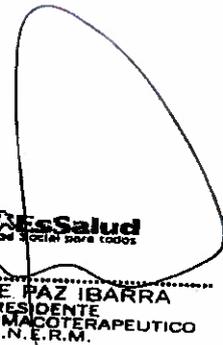
De mi consideración:

Tengo a bien dirigirme a Usted para saludarla cordialmente, y, en relación al asunto de la referencia, devolver a su Despacho el requerimiento del paciente del asunto, dado existe un Dictamen Preliminar NO AUTORIZADO por el Instituto de Evaluación de Tecnologías en Salud e Investigación - IETSI.

En tal sentido, se remite la documentación para los fines pertinentes.

Atentamente,




Dr. JOSE PAZ IBARRA
PRESIDENTE
COMITE FARMACOTERAPEUTICO
H.N.E.R.M.

JPI/crb
3640-2022-309



Siempre
con el pueblo



BICENTENARIO
DEL PERÚ
2021 - 2024

NOTA N° 317-SN-DPC-GC-GHNERM-2022

Lima, 12 de agosto de 2022

Doctor
JOSE LUIS PAZ IBARRA
Presidente del Comité Farmacoterapéutico
Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins
Presente.-



Asunto: Solicito Reconsideración para uso de fortificador de leche humana para prematuro extremo hospitalizado en la UCI Neonatal 2° "A" del Servicio de Neonatología.

Me es grato dirigirme a usted para saludarle cordialmente y en el marco del asunto solicitar la Reconsideración para uso de fortificador de leche humana para Recién Nacido Neonatología con diagnóstico de prematuridad 24 semanas, displasia broncopulmonar, malnutrición postnatal; que permita mejorar el aporte calórico proteico para revertir la malnutrición postnatal.

RN Urdanivia Farromeque **SS: 220504-0 Dx. Prematuro de 24 semanas de 640 gramos**

La dosis diaria solicitada es de 24Kcal/onza en sachet/vial para duración del tratamiento de 30 días.

Se adjuntan requerimientos solicitados por el Comité Farmacológico.

- Anexo 1 información del paciente
- Anexo 2 médico solicitante
- Anexo 3 Junta médica
- Anexo 5 Preguntas Clínicas

Agradeciendo de antemano su atención brindada a la presente, me despido de usted.

Atentamente,


RED ASISTENCIAL HOSPITAL REBAGLIATI
HOSPITAL NACIONAL EDGARDO REBAGLIATI MARTINS

DRA. CARMEN FERNÁNDEZ SIERRA
PEDIATRA - NEONATOLOGA
CMP 21445 RNE: 10084-21727
JEFA SERVICIO DE NEONATOLOGIA



CFS/jsr
NIT: 3640 - 2022 - 309
Folios: (/ /)

ANEXO N° 1
SOLICITUD DE AUTORIZACIÓN PARA EL USO DE PRODUCTOS FARMACÉUTICOS
NO INCLUIDOS EN EL PETITORIO FARMACOLÓGICO DE ESSALUD

I. DATOS GENERALES

Fecha: 29 – 07 – 2022

1. Establecimiento: Hospital Nacional Edgardo Rebagliati
2. Datos del solicitante:
 Tania Patricia Solís Mezarino. CMP: 40800. RNE: 020837 - 034591
 Pediatra neonatóloga del Servicio de Neonatología
 Celular: 995789424. Correo electrónico: tpatriciasm@yahoo.es
3. Datos del caso índice:
 Nombres y apellidos: URDANIVIA FARROMEQUE ALANA
 N° autogenerated: 220504-0
 N° DNI: 92874874
 N° Historia clínica: 2178478

II. PRODUCTO FARMACÉUTICO SOLICITADO

Denominación común internacional (DCI)	Concentración	Forma farmacéutica	Vía de administración	Dosis diaria	Costo mensual	Duración del tratamiento	Costo del tratamiento
Fortificador para leche humana		Sachet/vial	oral	24Kcal/onza	S/. 1095/ S/. 3502	30 días	S/. 1095 / S/. 3502

III. PRODUCTOS FARMACÉUTICOS ALTERNATIVOS EN EL PETITORIO FARMACOLÓGICO DE ESSALUD

Existen productos farmacéuticos alternativos en el Petitorio Farmacológico de ESSALUD SI NO

Denominación común internacional (DCI)	Concentración	Forma farmacéutica	Vía de administración	Dosis diaria	Costo mensual	Duración del tratamiento	Costo del tratamiento
Fortificación con fórmula para prematuro en polvo de 22Kcal/onza		lata	oral	24Kcal/onza	S/. 70	30 días	S/ 70

IV. MOTIVOS DE LA SOLICITUD

- Marcar el caso que corresponda:
- a) Reacción adversa que determine la suspensión del medicamento en el paciente e inexistencia de otra alternativa en el Petitorio Farmacológico de ESSALUD
 - b) Falla terapéutica y carencia de alternativas en el Petitorio Farmacológico de ESSALUD.
No se obtuvo la respuesta clínica esperada luego de..... (minutos) (horas) (días) (semanas) de tratamiento con ...FORTIFICACION CON FORMULA PARA PREMATURO EN POLVO DE 22 KCAL/ONZA...
 - c) Enfermedad o situación clínica no cubierta por los medicamentos del Petitorio Farmacológico de ESSALUD.
 - d) Contraindicaciones a todas las alternativas de que se disponen en el Petitorio Farmacológico de ESSALUD.

Antecedente de reacción de hipersensibilidad caracterizada por:

Gestación detrimestre Lactancia materna Niños de.....años

Interacción medicamentosa clínicamente relevante con (12)

Otros (especificar):

Necesidad de una vía de administración alterna no considerada en el Petitorio Farmacológico de ESSALUD.

Inexistencia comprobada en el mercado farmacéutico de algún medicamento, concentración o forma farmacéutica, considerada en el Petitorio Farmacológico de ESSALUD.

Disminución significativa del costo, con el uso de una alternativa de diferente concentración y/o forma farmacéutica a las consideradas en el Petitorio Farmacológico de ESSALUD.

Situación de monopolio para un medicamento del Petitorio Farmacológico de ESSALUD, que afecte significativamente su costo

Prioridad o Intervención Sanitaria

V. JUSTIFICACIÓN DE LA SOLICITUD

1. Indicaciones o condición clínica principal

Prematuridad 24 semanas	CIE 10: P07.3
Displasia broncopulmonar severa	CIE 10: P27.1
Malnutrición postnatal	CIE 10: E43

2.

Indicación(es) o condiciones clínica(s) asociada(s) a la principal	CIE 10	N° casos anual	Cantidad necesaria anual
a) Retinopatía de la prematuridad	H35.1		
b) Infección por CMV	B25.9		
c)			

3. El medicamento solicitado se encuentra dentro de alguna guía o protocolo de uso institucional o documento normativo nacional o institucional:
 SI NO (De ser afirmativa la respuesta adjuntar copia)

4. Población Objetivo:
 Neonato Niño Adolescente Adulto Geronte Gestante

5. El Medicamento solicitado será de uso:
 Hospitalario Ambulatorio Ambos usos


FIRMA Y SELLO DEL PROFESIONAL SOLICITANTE

**ANEXO N° 2
DECLARACIÓN DE CONFLICTO DE INTERESES**

Mediante la presente Declaración, el profesional que suscribe asume la responsabilidad por cualquier dato inexacto que se proporcione en la misma y de cualquier omisión relacionada con la información que en ella se consigna. En caso existan o se presenten conflictos de intereses con ESSALUD en el desarrollo de sus funciones sin notificar de tal situación, ESSALUD adoptará las acciones administrativas y legales que correspondan.

La responsabilidad a que hubiese lugar, conlleva a la imposición de sanciones administrativas, en concordancia con lo establecido en la Ley N° 27815 Ley del Código de Ética de la Función Pública y su Reglamento aprobado por Decreto Supremo N° 033-2005-PCM; el Código de Ética de ESSALUD; el Reglamento Interno de Trabajo de ESSALUD; la Ley N° 27588, Ley que establece prohibiciones e incompatibilidades de funcionarios y servidores públicos, así como de las personas que presten servicios al Estado bajo cualquier modalidad contractual y su Reglamento aprobado por Decreto Supremo N° 019-2002-PCM; la Ley N° 30057 Ley del Servicio Civil y su Reglamento aprobado por Decreto Supremo N° 040-2014-PCM2; así como al inicio de acciones civiles o penales, que se pudiesen derivar de la inexactitud u omisión a que se refiere el párrafo anterior.

Lugar y Fecha: Lima, 29 de julio del 2022

SECCION 1. INFORMACION PERSONAL

Nombre y Apellidos: Tania Patricia Solís Mezarino

Institución(es) donde trabaja, incluye ESSALUD:

- 1. Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins
- 2. _____
- 3. _____
- 4. _____

¹ **Artículo 88. Sanciones aplicables.** Las sanciones por faltas disciplinarias pueden ser:

- a) Amonestación verbal o escrita.
- b) Suspensión sin goce de remuneraciones desde un día hasta por doce (12) meses.
- c) Destitución.

² **Artículo 102.- Clases de sanciones.** Constituyen sanciones disciplinarias las previstas en el artículo 88 de la Ley: amonestación verbal, amonestación escrita, suspensión sin goce de remuneraciones desde un día hasta doce meses y destitución. Asimismo, para el caso de los ex servidores la sanción que les corresponde es la inhabilitación para el reingreso al servicio civil hasta por cinco (5) años, de conformidad a lo establecido en la Ley 27444.

SECCION 2: ACTIVIDADES REMUNERADAS O FINANCIADAS POR INSTITUCIONES PRIVADAS EN LOS ÚLTIMOS 24 MESES

Mencione en la siguiente tabla si usted tiene algún tipo de relación financiera y/o laboral con alguna institución/empresa o ha recibido financiación por cualquier actividad en el ámbito profesional, académico o científico dentro del área de la salud u otra que esté directa o indirectamente relacionada al fomento, producción o comercialización de los productos farmacéuticos involucrados en la pregunta PICO propuesta o elevada por usted, en los últimos dos (02) años (entiéndase productos farmacéuticos descritos en el acápite "comparador" e intervención").

Complete el siguiente cuadro colocando "No" o marcando con una "X" si usted, su familiar o su institución han recibido algún pago o cualquier tipo de financiamiento por alguno de los conceptos listados. De ser uno de estos afirmativo, por favor mencionar el nombre de la entidad empresarial y, si es que lo considera pertinente, formular comentarios.

Tipo de Relación con institución/empresa que produce o comercializa el producto farmacéutico propuesto para uso fuera del petitorio.

Tipo de Relación con institución/empresa que produce o comercializa el producto farmacéutico propuesto para uso fuera del petitorio	No	Si, a usted	Si, a su institución	Si, algún familiar* (especificar)	institución financiadora	comentarios
Consultor	X					
Empleado/trabajador de planta	X					
Asesoría como experto	X					
Pago por charlas de cualquier tipo incluido el servicio de portavoz	X					
Pago por preparación de manuscrito	X					
Patentes	X					
Derechos de autor	X					
Pago por desarrollo de presentaciones educacionales de cualquier tipo	X					
Viajes, alojamientos o gastos en reuniones de actividades que no están listadas	X					
Financiamientos de cualquier tipo	X					
Financiación o contratos en proyectos de investigación en el campo de salud	X					
Otros	X					

*Familiar hasta segundo grado de consanguinidad o de afinidad o por matrimonio (i.e., padre, madre, hijo/a, abuelo/a, hermano/a, nieto/a del firmante o cónyuge).

SECCION 3: OTRAS RELACIONES

¿Existen otras relaciones o actividades de tipo financiero que EsSalud podría percibir como potencialmente influyentes en sus decisiones técnicas respecto a los productos farmacéuticos a ser evaluados (comparador e intervención)? (incluye actividades de investigación relacionadas a los productos evaluados en los que aún no se concrete una percepción financiera).

Marcar con una X en el espacio correspondiente. Si la respuesta es "Sí" por favor mencionarla específicamente

No X

Si _____

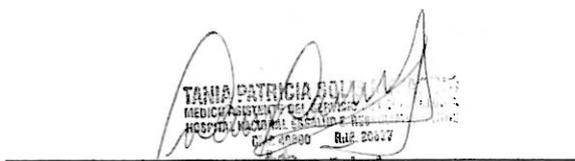
Relaciones/Actividades:

DECLARACIÓN:

Yo, Tania Patricia Solís Mezarino con N° Colegiatura 40800 declaro que he leído y comprendido toda la información consignada en el presente documento, la cual se ajusta a la verdad.

Declaro además que tengo pleno conocimiento de las normas que se mencionan en esta Declaración Jurada y me ratifico en la información proporcionada, y que la falta de veracidad de lo manifestado u omisión, dará lugar a las sanciones y responsabilidades administrativas y judiciales, conforme a lo dispuesto en la normatividad vigente.

Lima, 29 de julio del 2022



TANIA PATRICIA SOLÍS MEZARINO
 MEDICINA GENERAL
 HOSPITAL NACIONAL ESALUD
 Colegiatura N° 40800 R.M. 20017

Tania Patricia Solís Mezarino
 DNI N°: 10780039

**ANEXO N° 3
INFORME DE JUNTA MÉDICA**

INFORME DE JUNTA MÉDICA				
Nombre del paciente: URDANIVIA FARROMEQUE ALANA		Fecha: 29/07/2022	Hora de inicio 8.00	Hora de término 8.30
Edad: 86 días	Sexo: Femenino	N° cama: 3	Servicio: Neonatología	Fecha de ingreso: 04-05-2022
Participantes:				
Dra. Matilde Estupiñán Vigil		Jefe departamento Pediatria	Opinión: favorable	
Dra. Carmen Fernández		Jefe de Servicio Neonatología	Opinión: favorable	
Dra. Tania Solís Mezarino		Servicio Neonatología	Opinión: favorable	
Dra. Rossana Bautista Guevara		Servicio Neonatología	Opinión: favorable	
Dra. Diana Casasola Canales		Servicio Neonatología	Opinión: favorable	
Dra. Norma Valencia Vildozola		Servicio Neonatología	Opinión: favorable	
Breve resumen de la historia clínica: Paciente con prematuridad extrema (24 semanas), con peso al nacer de 640 gr, con enfermedad de membrana hialina, post operada de ductus arterioso con repercusión hemodinámica, en ventilación mecánica desde su nacimiento. Actualmente con 36 semanas de EGC cursa con Displasia Broncopulmonar Severa, malnutrición Intrahospitalaria, Retinopatía de la Prematuridad y Enfermedad Metabólica Osea. Recibe lecha materna de la propia madre fortificada con fórmula para prematuros 22 Kcal/oz en polvo que no permite alcanzar los requerimientos nutricionales de la paciente, motivo por el cual pesa 1640gr, con marcada desviación del z score de sus parámetros nutricionales.				
Estado de la enfermedad: Evolución estacionaria con malnutrición postnatal que empeora su pronóstico. Cursa con pésimo crecimiento cerebral que afectara su neurodesarrollo a largo plazo, y mala composición corporal que afecta negativamente el desarrollo pulmonar e incrementa el riesgo de enfermedades metabólicas.				
Especificar el motivo de Junta Médica: Definir si el paciente es tributario de fortificación individualizada con fortificador bovino para leche humana que permita mejorar el aporte calórico proteico, para revertir la malnutrición postnatal ya que ha fracasado la fortificación con fórmula para prematuros en polvo de 22 kcal disponible en nuestra institución.				
Evaluación del caso clínico: Tratándose de un paciente con displasia broncopulmonar severa que requiere restricción hídrica y que cuenta con leche humana de su propia madre disponible, que no tiene un crecimiento óptimo con fortificación a base de fórmula para prematuro en polvo de 22 kcal/onza. Se plantea la necesidad de mejorar el estado nutricional y lograr administrar el aporte calórico – proteico que requiere la paciente, con el uso de fortificador bovino para leche humana.				

Diagnósticos:	
Prematuridad	CIE 10: P07.3
Displasia broncopulmonar severa	CIE 10: P27.1
Malnutrición postnatal	CIE 10: E 43
Tratamiento recibido:	
Fortificación de la leche humana de la propia madre, con fórmula para prematuro en polvo de 22 Kcal/onza	
Tratamiento propuesto:	
Fortificación individualizada de la leche humana de la propia madre con fortificador bovino.	
Mencione otras posibles alternativas al tratamiento propuesto, mencionando aquellas que están disponibles en el Petitorio Farmacológico de ESSALUD	
Actualmente se realiza fortificación de la leche humana con fórmula para prematuros en polvo de 22 Kcal/onza y se suplementa con ácido fólico 50 mcg/día y se solicita a los padres la compra de multivitamínicos ACD y fosfato tricalcico, para suplir los micronutrientes que no se logran alcanza con la fortificación a base de fórmula para prematuros.	
Resultados clínicos que se quieren lograr con el tratamiento solicitado:	
Mejorar el estado nutricional de modo que se permita un mejor desarrollo pulmonar y cerebral, que mejore los resultados respiratorios (acortamiento del tiempo de oxigenoterapia), prevención del desarrollo de enfermedad metabólica ósea del prematuro, un mejor crecimiento cerebral y un mejor resultado en el neurodesarrollo a largo plazo.	
EVIDENCIAS QUE SUSTENTAN SOLICITUD (Adjunte Dictamen de IETSI que sustenta la solicitud).	
No hay dictamen disponible para prematuros con displasia broncopulmonar severa y/o malnutrición postnatal.	
Evolución clínica probable sin el tratamiento solicitado (indique referencias):	
Persistencia de malnutrición severa con deterioro de la displasia broncopulmonar por un mal crecimiento pulmonar y malos resultados en el neurodesarrollo. (Int J Environ Res Public Health. 2021 Jun 9; 18 (12): 6245; The Journal of Maternal-Fetal and Neonatal Medicine, 2012; 25(S3): 37–40; Semin Perinatol 2006; 30:200-208; Clin Perinatol 2015 Dec; 42(4): 797-806; BMC Pediatrics 2014, 14:235; Zhongguo Dang Dai Er Ke Za Zhi 2020 Aug;22(8):805-814; Nutr Clin Pract. 2022; 37(2): 282-298; Pediatr Pulmonol. 2021 Nov;56(11):3557-3562; Nutrients 2018; 10 (7): 919; Cochrane Database Syst Rev. 2020 Nov 23;11(11):CD013465.)	
Conclusiones:	
Lactante con displasia broncopulmonar severa y malnutrición postnatal, que no responde a fortificación con fórmula para prematuro en polvo de 22 kcal/onza y añadidos, que requiere mejorar su estado nutricional para incrementar sus posibilidades de desarrollo pulmonar y cerebral.	
Recomendaciones	
<ul style="list-style-type: none"> ● Mejorar el aporte calórico-proteico y de micronutrientes con fortificación individualizada de le leche humana de la propia madre del paciente. ● Solicitar al comité Farmacoterapéutico la autorización para el uso de fortificador bovino. ● Solicitar al IETSI la consideración de un dictamen para uso de fortificador bovino para leche humana en pacientes con displasia broncopulmonar severa y/o malnutrición postnatal. 	

<p>Firma y Sello Jefe de Departamento</p> <p>ESSALUD RED PRESTACIONAL REBAGLIATI Dra. MATILDE ESTUDIAN VIGIL CMP. 16397 RNE: 6616 Jefa Departamento Pediatría Clínica</p>	<p>Firma y Sello Jefe de Servicio</p> <p>HOSPITAL MAGIL DRA. CARMEN FERNANDEZ SIERRA PEDIATRA - NEONATOLOGA CMP. 21445 RNE: 10084-21727 SECCIONIA DE NEONATOLOGIA</p>	<p>Firma y Sello Médico Especialista 1</p> <p>TANIA DARRICHA MEDICO ASISTENTE DE NEONATOLOGIA HOSPITAL MAGIL CMP. 21445 RNE: 10084-21727</p>
<p>Firma y Sello Médico Especialista 2</p> <p>Dra. Rosalinda Guzman Pediatra - Neonatología CMP. 26650 RNE: 14474 ESSALUD - H.M.C.</p>	<p>Firma y Sello Médico Especialista 3</p> <p>ESSALUD H.M.C. Dra. Diana K. Casado Caneles Medico Asistente Servicio Neonatología CMP. 50445 RNE: 27318-35623</p>	<p>Firma y Sello Médico Especialista 4</p> <p>ESSALUD H.M.C. NORMA VALENGIA VILLOZOLA PEDIATRA - NEONATOLOGA D. 23529 RNE: 12098 - 24773</p>

ANEXO N° 5
FORMULACIÓN DE LA PREGUNTAS CLÍNICA EN FORMATO PICO

Una pregunta deberá ser clara y precisa para que la búsqueda de evidencia sea lo más efectiva posible en beneficio del paciente que inspira la solicitud. La formulación de la pregunta clínica a propósito de un caso particular, debe hacerse de tal manera que pueda ser contestada por la ciencia médica, lo que supone que la pregunta tenga una estructura "PICO" (Ver Instrucciones).

(Población)/ Problema (Por ej. Sexo, Edad, comorbilidad, grado de la enfermedad, subgrupos, resistente a tratamiento estándar, etc.)	Prematuro < 32 semanas con displasia broncopulmonar y/o malnutrición postnatal.
Intervención (i.e., producto farmacéutico o Intervención que se está solicitando. Puede incluir dosis y vías de administración de considerarse pertinente). Se debe consignar un único producto farmacéutico.	Fortificador bovino para leche humana.
Comparador (Se debe consignar necesariamente el tratamiento disponible en el contexto de Essalud, ya sea porque está dentro del petitorio o se ha aprobado por dictamen del IETSI). De no tener alternativa aprobada en la institución, consignar "no hay comparador disponible aprobado en Essalud"	Fortificación con fórmula en polvo para prematuros de 22kcal/onza
Outcomes (Resultados o Desenlaces claves o importantes desde el punto de vista del paciente, que se quiere lograr -o en algunos casos, evitar- con el producto farmacéutico solicitado)	Alcanzar los altos requerimientos energéticos del prematuro con displasia broncopulmonar con restricción hídrica. Mejoría nutricional (z score peso, talla, perímetro cefálico). Disminución del tiempo de oxigenoterapia. Disminución de eventos de sepsis. Disminución de retinopatía que requiere cirugía o tratamiento con inhibidores angiogénicos. Disminución de enfermedad metabólica ósea del prematuro Mejorar resultado en el neurodesarrollo a largo plazo. Disminuir riesgo de enfermedad metabólica por mala composición corporal a largo plazo.

Nombre y Firma del Médico Solicitante:	Tania Patricia Solís Mezarino
Nombre y Firma de Miembro de Comité Farmacoterapéutico a cargo del caso:	
Nombre y Firma de Presidente de Comité Farmacoterapéutico	


 DR. JOSE PAZ IBARRA
 PRESIDENTE
 COMITE FARMACOTERAPEUTICO
 H.N.E.I.R.M.

Información del Asegurado

● DATOS PERSONALES

Nombres	URDANIVIA FARROMEQUE, ALANA	LE/DNI	92874874
Tipo de Asegurado	FAMILIAR	Tipo de Seguro	S.REGULAR - D.LEG.1057(CAS)

● ACREDITACION

Centro Asistencial	H.I.O.MONGRUT	Vigencia de Atención	
Dirección C.A.	Av. Parque de las Leyendas 255	Desde	01/09/2022
Afiliado(a) a	ESSALUD	Hasta	30/09/2022

(*) Fechas de inicio y fin en la tabla de acreditación complementaria

Importante :

Si la **vigencia de atención se encuentra actualizada**, usted podrá recibir las prestaciones de salud llamando al **4118000 - Essalud en Línea** ó acercándose al módulo de citas del Centro Asistencial que le corresponde portando su documento de identidad.

Si la **vigencia de atención no se encuentra actualizada**, podría deberse a las siguientes situaciones:

Asegurado Regular (*Trabajadores dependientes, socios de cooperativas, trabajadoras del hogar, pensionistas o cesantes, agrarios dependientes, pescadores artesanales, trabajadores portuarios, trabajadores y pensionistas ex-afiliados a la CBSSP*)

- El empleador del asegurado titular no lo ha declarado, lo ha declarado de manera extemporánea, o los datos declarados no coinciden con los registrados en su documento de identidad.
- El asegurado titular no cumple con el número de aportes/contribuciones necesarios ó con las condiciones para la acreditación de acuerdo al tipo de seguro. (Ver: [Condiciones de Acreditación](#))
- La información de datos personales registrada en nuestros sistemas no coincide con los datos correspondientes a su documento de identidad.

Asegurado Potestativo (*Plan Protección Total, Protección Vital, Agrarios Independientes, EsSalud Independiente y Personal- Familiar*).

- El asegurado titular no se encuentra al día en sus aportaciones.
- La información de datos personales registrada en nuestros sistemas no coincide con los datos correspondientes a su documento de identidad.
- El contrato se encuentre en los sistemas de EsSalud "cancelado".

Si usted necesita atención médica por consulta externa, está laborando y cumple con las condiciones de Acreditación de acuerdo a su tipo de seguro, deberá acercarse a los Representantes de Acreditación en los Centros Asistenciales o **Agencias de Atención al Público en Lima** u **Oficinas/Unidades de Seguros en Provincias** a fin de actualizar sus datos y/o solicitar su "**Acreditación Complementaria**", portando además de su documento de identidad lo siguiente:

- **Trabajador Dependiente:** Última o penúltima Boleta de Pago o Constancia de Trabajo que indique la fecha de ingreso al centro de trabajo.
- **Pensionista ONP, AFP:** Talón de pago del último o penúltimo mes anterior al que solicita el servicio o Resolución de Pensionista.
- **Trabajador del Hogar:** Formularios de pago de los 3 meses consecutivos o 4 alternos, anteriores a la solicitud.
- **Trabajadores y pensionistas afiliados a la Ex CBSSP:** Aportes de los 2 meses consecutivos o no consecutivos anteriores a la solicitud.
- **Plan Total / Plan Vital:** El último pago o aporte (voucher) anterior a la solicitud.
- **Essalud Ind./ Personal-Familiar:** Aportes o pagos realizados (vouchers o reporte de pagos) hasta el mes anterior a la solicitud.