

NOMINACIÓN DE TECNOLOGÍAS PARA EXCLUSIÓN CONFORME LA RESOLUCIÓN 330 DE 2017

Dirección de Regulación de Beneficios, Costos y Tarifas del Aseguramiento en Salud.

Bogotá

Marzo de 2017

A continuación se muestran los resultados de la nominación de tecnologías para posible exclusión por parte del Ministerio de Salud y Protección Social en cabeza de la Dirección de Regulación de Beneficios, Costos y Tarifas del Aseguramiento en Salud realizado durante Marzo del 2017, de acuerdo con el documento "Método para la Fase de Nominación y priorización del Procedimiento técnico-científico de exclusiones".

Tabla 1. Consolidado de nominaciones al 7 de marzo de 2017

I D	Nombre de la tecnología	Enfermedad asociada a la tecnología (enfermedad o condición de salud para la cual está indicada la tecnología)	a) Que tengan como finalidad principal un propósito cosmético o suntuario no relacionado con la recuperación o mantenimiento de la capacidad funcional o vital de las personas	b) Que no exista evidencia científica sobre su seguridad y eficacia clínica	c) Que no exista evidencia científica sobre su efectividad clínica	d) que su uso no haya sido autorizado por la autoridad competente	e) Que se encuentre en fase de experimentación	f) Que tengan que ser prestados en el exterior	Evidencia
1	TEOFILINA	J449 - ENFERMEDAD PULMONAR OBSTRUCTIVA CRONICA, NO ESPECIFICADA		Recomendación fuerte en contra en la Guía de práctica clínica basada en la evidencia para la prevención, diagnóstico, tratamiento y seguimiento de la Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica (EPOC) en población adulta. 36. No se recomienda el					Guía de práctica clínica basada en la evidencia para la prevención, diagnóstico, tratamiento y seguimiento de la Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica (EPOC) en población adulta http://gpc.minsalud.gov.co/gpc_sites/Repositorio/Conv_563/GPC_epoc/gpc_epoc.aspx

I D	Nombre de la tecnología	Enfermedad asociada a la tecnología (enfermedad o condición de salud para la cual está indicada la tecnología)	a) Que tengan como finalidad principal un propósito cosmético o suntuario no relacionado con la recuperación o mantenimiento de la capacidad funcional o vital de las personas	b) Que no exista evidencia científica sobre su seguridad y eficacia clínica	c) Que no exista evidencia científica sobre su efectividad clínica	d) que su uso no haya sido autorizado por la autoridad competente	e) Que se encuentre en fase de experimentación	f) Que tengan que ser prestados en el exterior	Evidencia
				<p>uso de teofilina, dado que la evidencia actual no apoya su uso preferencial sobre ninguna de las terapias inhaladas disponibles y porque su perfil de riesgo/beneficio es estrecho. Se sugiere su uso solo en pacientes que no sean candidatos a terapias inhaladas. 52. Dado el aumento claro de los eventos adversos y la falta de beneficio en el control de síntomas y en disminuir la falla del tratamiento no se recomienda el uso de las metilxantinas en el paciente con exacerbación de la EPOC.</p>					
2	ANAKINRA	M069 - ARTRITIS REUMATOIDE, NO ESPECIFICADA		Recomendación fuerte en contra en la Guía de práctica clínica para la detección temprana, diagnóstico y		No cuenta con Registro Sanitario INVIMA		No se encuentra disponible en el país	Guía de práctica clínica para la detección temprana, diagnóstico y tratamiento de la Artritis reumatoide http://gpc.minsalud.gov.co

I D	Nombre de la tecnología	Enfermedad asociada a la tecnología (enfermedad o condición de salud para la cual está indicada la tecnología)	a) Que tengan como finalidad principal un propósito cosmético o suntuario no relacionado con la recuperación o mantenimiento de la capacidad funcional o vital de las personas	b) Que no exista evidencia científica sobre su seguridad y eficacia clínica	c) Que no exista evidencia científica sobre su efectividad clínica	d) que su uso no haya sido autorizado por la autoridad competente	e) Que se encuentre en fase de experimentación	f) Que tengan que ser prestados en el exterior	Evidencia
				tratamiento de la Artritis reumatoide					/gpc_sites/Repositorio/Conv_563/GPC_art_reumatoide/gpc_art_reumatoide.aspx INVIMA
3	DIAZEPAM	O150 - PREECLAMPSIA EN EL EMBARAZO		Recomendación fuerte en contra en la Guías de Práctica Clínica para la prevención, detección temprana y tratamiento de las complicaciones del embarazo, parto o puerperio. No se recomienda el uso de diazepam, fenitoína o coctel lítico en mujeres con eclampsia.					Guías de Práctica Clínica para la prevención, detección temprana y tratamiento de las complicaciones del embarazo, parto o puerperio http://gpc.minsalud.gov.co/gpc_sites/Repositorio/Conv_500/GPC_embarazo/gpc_embarazo.aspx
4	FENITOINA	O150 - PREECLAMPSIA EN EL EMBARAZO		Recomendación fuerte en contra en la Guías de Práctica Clínica para la prevención, detección temprana y tratamiento de las complicaciones del embarazo, parto o puerperio. No se recomienda el uso de diazepam, fenitoína o coctel lítico					Guías de Práctica Clínica para la prevención, detección temprana y tratamiento de las complicaciones del embarazo, parto o puerperio http://gpc.minsalud.gov.co/gpc_sites/Repositorio/Conv_500/GPC_embarazo/gpc_embarazo.aspx

I D	Nombre de la tecnología	Enfermedad asociada a la tecnología (enfermedad o condición de salud para la cual está indicada la tecnología)	a) Que tengan como finalidad principal un propósito cosmético o suntuario no relacionado con la recuperación o mantenimiento de la capacidad funcional o vital de las personas	b) Que no exista evidencia científica sobre su seguridad y eficacia clínica	c) Que no exista evidencia científica sobre su efectividad clínica	d) que su uso no haya sido autorizado por la autoridad competente	e) Que se encuentre en fase de experimentación	f) Que tengan que ser prestados en el exterior	Evidencia
5	RECONSTRUCCIÓN MAMARIA CON PRÓTESIS	C509 - TUMOR MALIGNO DE LA MAMA, PARTE NO ESPECIFICADA		en mujeres con eclampsia. Recomendación fuerte en contra en la Guía de práctica clínica (GPC) para la detección temprana, tratamiento integral, seguimiento y rehabilitación del cáncer de mama. 33. En pacientes que vayan a recibir radioterapia post-mastectomía se recomienda la reconstrucción mamaria con tejido autólogo. No se recomienda la reconstrucción mamaria con prótesis.					Guía de práctica clínica (GPC) para la detección temprana, tratamiento integral, seguimiento y rehabilitación del cáncer de mama http://gpc.minsalud.gov.co/gpc_sites/Repositorio/Conv_500/GPC_cancer_mama/gpc_cancer_mama.aspx
6	Sombras terapéuticas	F840 - AUTISMO EN LA NIÑEZ		Protocolo clínico para el diagnóstico, tratamiento y ruta de atención integral de niños y niñas con trastornos del espectro autista. No se recomienda el	Protocolo clínico para el diagnóstico, tratamiento y ruta de atención integral de niños y niñas con trastornos del espectro autista. No se recomienda el				Protocolo clínico para el diagnóstico, tratamiento y ruta de atención integral de niños y niñas con trastornos del espectro autista http://www.iets.org.co/rep-ortes-

I D	Nombre de la tecnología	Enfermedad asociada a la tecnología (enfermedad o condición de salud para la cual está indicada la tecnología)	a) Que tengan como finalidad principal un propósito cosmético o suntuario no relacionado con la recuperación o mantenimiento de la capacidad funcional o vital de las personas	b) Que no exista evidencia científica sobre su seguridad y eficacia clínica	c) Que no exista evidencia científica sobre su efectividad clínica	d) que su uso no haya sido autorizado por la autoridad competente	e) Que se encuentre en fase de experimentación	f) Que tengan que ser prestados en el exterior	Evidencia
				uso de "sombras terapéuticas", dado que no favorece el cumplimiento del objetivo de la terapia, la autonomía.	uso de "sombras terapéuticas", dado que no favorece el cumplimiento del objetivo de la terapia, la autonomía.				iets/Paginas/protocolo-TEA.aspx
7	TERAPIAS QUE NO HACEN PARTE DEL ENFOQUE TERAPEUTICO ABA: O INTERVENCIONES CON AGENTES QUELANTES, O TERAPIA CON CÁMARAS HIPERBÁRICAS, O TERAPIA LIBRE DE GLUTEN, O TERAPIA CELULAR, O INYECCIONES DE SECRETINA, O SUPLEMENTOS VITAMÍNICOS, O ESTIMULACIÓN MAGNÉTICA TRANSCRANEAL,	F840 - AUTISMO EN LA NIÑEZ		Protocolo clínico para el diagnóstico, tratamiento y ruta de atención integral de niños y niñas con trastornos del espectro autista. Las terapias eclécticas, aquellas que mezclan componentes teóricos de ABA, con otras estrategias (TEACCH, intervención con animales, integración sensorial), no han demostrado tener algún efecto significativo en áreas como el lenguaje, habilidades sociales, cognición, estereotipias, autocuidado, en personas	Protocolo clínico para el diagnóstico, tratamiento y ruta de atención integral de niños y niñas con trastornos del espectro autista. Las terapias eclécticas, aquellas que mezclan componentes teóricos de ABA, con otras estrategias (TEACCH, intervención con animales, integración sensorial), no han demostrado tener algún efecto significativo en áreas como el lenguaje, habilidades sociales, cognición, estereotipias, autocuidado, en personas				Protocolo clínico para el diagnóstico, tratamiento y ruta de atención integral de niños y niñas con trastornos del espectro autista http://www.iets.org.co/reports-iets/Paginas/protocolo-TEA.aspx

I D	Nombre de la tecnología	Enfermedad asociada a la tecnología (enfermedad o condición de salud para la cual está indicada la tecnología)	a) Que tengan como finalidad principal un propósito cosmético o suntuario no relacionado con la recuperación o mantenimiento de la capacidad funcional o vital de las personas	b) Que no exista evidencia científica sobre su seguridad y eficacia clínica	c) Que no exista evidencia científica sobre su efectividad clínica	d) que su uso no haya sido autorizado por la autoridad competente	e) Que se encuentre en fase de experimentación	f) Que tengan que ser prestados en el exterior	Evidencia
	O TERAPIA DE INTEGRACIÓN SENSORIAL, O TRABAJO CON ANIMALES (PERROS, DELFINES, CABALLOS, ETC.), O MUSICOTERAPIA, O AROMATERAPIA.			con diagnóstico de TEA, comparadas con ABA	con diagnóstico de TEA, comparadas con ABA				
8	DEXRAZOXANE EN POBLACIÓN PEDIÁTRICA COMO CARDIOPROTECTOR EN PACIENTES TRATADOS CON DOXORRUBICINA Y EPIRRUBICINA	C509 - TUMOR MALIGNO DE LA MAMA, PARTE NO ESPECIFICADA		EL IETS encontró evidencia que contraindica su uso en población pediátrica, como cardioprotector en pacientes tratados con doxorubicina y epirubicina.		Sin registro INVIMA para su uso en población pediátrica			Ficha Técnica para Análisis de Medicamentos con Uso No Incluido en Registro Sanitario (UNIRS)
9	IRINOTECAN, USO PEDIATRICO EN LAS INDICACIONES APROBADAS POR INVIMA	C189 - TUMOR MALIGNO DEL COLON, PARTE NO ESPECIFICADA C56 - TUMOR MALIGNO DEL OVARIO C349 - TUMOR MALIGNO DE LOS		EL IETS encontró evidencia que contraindica su uso en población pediátrica en las indicaciones aprobadas por INVIMA.		Sin registro INVIMA para su uso en población pediátrica			Ficha Técnica para Análisis de Medicamentos con Uso No Incluido en Registro Sanitario (UNIRS)

ID	Nombre de la tecnología	Enfermedad asociada a la tecnología (enfermedad o condición de salud para la cual está indicada la tecnología)	a) Que tengan como finalidad principal un propósito cosmético o suntuario no relacionado con la recuperación o mantenimiento de la capacidad funcional o vital de las personas	b) Que no exista evidencia científica sobre su seguridad y eficacia clínica	c) Que no exista evidencia científica sobre su efectividad clínica	d) que su uso no haya sido autorizado por la autoridad competente	e) Que se encuentre en fase de experimentación	f) Que tengan que ser prestados en el exterior	Evidencia
		BRONQUIOS O DEL PULMON, PARTE NO ESPECIFICADA							
10	OCTREOTIDE EN NEONATOS Y LACTANTES	P704 - OTRAS HIPOGLICEMIAS NEONATALES		EL IETS encontró evidencia científica insuficiente para su uso en la indicación para población pediátrica (neonatos y lactantes)		Sin registro INVIMA para su uso en población pediátrica			Ficha Técnica para Análisis de Medicamentos con Uso No Incluido en Registro Sanitario (UNIRS)

Elaboración propia basada en los formatos de tecnologías nominadas para posible exclusión de la 1° vigencia 2017

ANEXOS

Tabla 2 Formato de nominación para posible exclusión de Teofilina

FORMATO DE TECNOLOGÍAS NOMINADAS PARA POSIBLE EXCLUSIÓN Febrero de 2017 Dirección de Regulación de Beneficios, Costos y Tarifas del Aseguramiento en Salud		
Información del proponente		
1	Tipo de Actor del SGSSS	Entidades gubernamentales (gobierno)
2	Nombre persona natural o de la entidad proponente (según corresponda)	Ministerio de Salud y Protección Social.
3	Número de identificación (Nit de la empresa o cédula en caso de persona natural)	900.474.727- 4
4	Representante legal de la entidad nominadora (si aplica)	
5	Nombre de la persona de contacto	Olinda Gutiérrez Alvarez
6	Dirección de correspondencia	Carrera 13 No. 32 - 76
7	Teléfono fijo / celular	3305000 Ext 3141
8	Correo electrónico	ogutierrez@minsalud.gov.co
Información de la tecnología nominada para posible exclusión		
9	Nombre de la tecnología	TEOFILINA

10	Enfermedad asociada a la tecnología (enfermedad o condición de salud para la cual está indicada la tecnología)	J449 - ENFERMEDAD PULMONAR OBSTRUCTIVA CRONICA, NO ESPECIFICADA	
11	Medicamento (si aplica)	TEOFILINA	
Información de criterios de exclusión			
	Marque con una x según corresponda		Justificación
13	a) Que tengan como finalidad principal un propósito cosmético o suntuario no relacionado con la recuperación o mantenimiento de la capacidad funcional o vital de las personas		
	b) Que no exista evidencia científica sobre su seguridad y eficacia clínica	X	<p><i>Recomendación fuerte en contra en la Guía de práctica clínica basada en la evidencia para la prevención, diagnóstico, tratamiento y seguimiento de la Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica (EPOC) en población adulta.</i></p> <p><i>36. No se recomienda el uso de teofilina, dado que la evidencia actual no apoya su uso preferencial sobre ninguna de las terapias inhaladas disponibles y porque su perfil de riesgo/beneficio es estrecho. Se sugiere su uso solo en pacientes que no sean candidatos a terapias inhaladas.</i></p> <p><i>52. Dado el aumento claro de los eventos adversos y la falta de beneficio en el control de síntomas y en disminuir la falla del tratamiento no se recomienda el uso de las metilxantinas en el paciente con exacerbación de la EPOC.</i></p>
	c) Que no exista evidencia científica sobre su efectividad clínica		

	d) que su uso no haya sido autorizado por la autoridad competente			
	e) Que se encuentre en fase de experimentación			
	f) Que tengan que ser prestados en el exterior			
Información adicional				
		SI	No	Justificación
14	¿Adjunta evidencia? Si adjunta evidencia empleé este campo para relacionarla	X		Guía de práctica clínica basada en la evidencia para la prevención, diagnóstico, tratamiento y seguimiento de la Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica (EPOC) en población adulta http://gpc.minsalud.gov.co/gpc_sites/Repositorio/Conv_563/GPC_epoc/gpc_epoc.aspx
Conflicto de interés				
	Presenta algún conflicto de interés	SI	No	Describe el conflicto de interés
15	Según la descripción de la hoja "Conflicto de interés"		X	

Fuente: formatos de tecnologías nominadas para posible exclusión de la 1° vigencia 2017

Tabla 3 Formato de nominación para posible exclusión de Anakinra

FORMATO DE TECNOLOGÍAS NOMINADAS PARA POSIBLE EXCLUSIÓN Febrero de 2017 Dirección de Regulación de Beneficios, Costos y Tarifas del Aseguramiento en Salud		
Información del proponente		
1	Tipo de Actor del SGSSS	Entidades gubernamentales (gobierno)
2	Nombre persona natural o de la entidad proponente (según corresponda)	Ministerio de Salud y Protección Social
3	Número de identificación (Nit de la empresa o cédula en caso de persona natural)	900.474.727- 4
4	Representante legal de la entidad nominadora (si aplica)	
5	Nombre de la persona de contacto	Olinda Gutiérrez Alvarez
6	Dirección de correspondencia	Carrera 13 No. 32 - 76
7	Teléfono fijo / celular	3305000 Ext 3141
8	Correo electrónico	ogutierrez@minsalud.gov.co
Información de la tecnología nominada para posible exclusión		
9	Nombre de la tecnología	ANAKINRA
10	Enfermedad asociada a la tecnología	M069 - ARTRITIS REUMATOIDE, NO ESPECIFICADA

	(enfermedad o condición de salud para la cual está indicada la tecnología)	
1 1	Medicamento (si aplica)	ANAKINRA
Información de criterios de exclusión		
	Marque con una x según corresponda	Justificación
1 3	a) Que tengan como finalidad principal un propósito cosmético o suntuario no relacionado con la recuperación o mantenimiento de la capacidad funcional o vital de las personas	
	b) Que no exista evidencia científica sobre su seguridad y eficacia clínica	<i>X</i> <i>Recomendación fuerte en contra en la Guía de práctica clínica para la detección temprana, diagnóstico y tratamiento de la Artritis reumatoide</i>
	c) Que no exista evidencia científica sobre su efectividad clínica	
	d) que su uso no haya sido autorizado por la autoridad competente	<i>X</i> <i>No está autorizado por la autoridad competente</i>
	e) Que se encuentre en fase de experimentación	

f) Que tengan que ser prestados en el exterior				
Información adicional				
1 4	¿Adjunta evidencia? Si adjunta evidencia empleé este campo para relacionarla	SI	No	Justificación
		X		Guía de práctica clínica para la detección temprana, diagnóstico y tratamiento de la Artritis reumatoide http://gpc.minsalud.gov.co/gpc_sites/Repositorio/Conv_563/GPC_art_reumatoide/gpc_art_reumatoide.aspx INVIMA
Conflicto de interés				
1 5	Presenta algún conflicto de interés Según la descripción de la hoja "Conflicto de interés"	SI	No	Describe el conflicto de interés
			X	

Fuente: formatos de tecnologías nominadas para posible exclusión de la 1° vigencia 2017

Tabla 4 Formato de nominación para posible exclusión de Diazepam

FORMATO DE TECNOLOGÍAS NOMINADAS PARA POSIBLE EXCLUSIÓN Febrero de 2017 Dirección de Regulación de Beneficios, Costos y Tarifas del Aseguramiento en Salud		
Información del proponente		
1	Tipo de Actor del SGSSS	Entidades gubernamentales (gobierno)
2	Nombre persona natural o de la entidad proponente (según corresponda)	Ministerio de Salud y Protección Social
3	Número de identificación (Nit de la empresa o cédula en caso de persona natural)	900.474.727- 4
4	Representante legal de la entidad nominadora (si aplica)	
5	Nombre de la persona de contacto	Olinda Gutiérrez Alvarez
6	Dirección de correspondencia	Carrera 13 No. 32 - 76
7	Teléfono fijo / celular	3305000 Ext 3141
8	Correo electrónico	ogutierrez@minsalud.gov.co
Información de la tecnología nominada para posible exclusión		
9	Nombre de la tecnología	DIAZEPAM

10	Enfermedad asociada a la tecnología (enfermedad o condición de salud para la cual está indicada la tecnología)	O150 - PREECLAMPSIA EN EL EMBARAZO	
11	Medicamento (si aplica)	DIAZEPAM	
Información de criterios de exclusión			
	Marque con una x según corresponda		Justificación
13	a) Que tengan como finalidad principal un propósito cosmético o suntuario no relacionado con la recuperación o mantenimiento de la capacidad funcional o vital de las personas		
	b) Que no exista evidencia científica sobre su seguridad y eficacia clínica	X	<i>Recomendación fuerte en contra en la Guías de Práctica Clínica para la prevención, detección temprana y tratamiento de las complicaciones del embarazo, parto o puerperio. No se recomienda el uso de diazepam, fenitoína o coctel lítico en mujeres con eclampsia.</i>
	c) Que no exista evidencia científica sobre su efectividad clínica		
	d) que su uso no haya sido autorizado por la autoridad competente		

	e) Que se encuentre en fase de experimentación			
	f) Que tengan que ser prestados en el exterior			
Información adicional				
		SI	No	Justificación
14		X		Guías de Práctica Clínica para la prevención, detección temprana y tratamiento de las complicaciones del embarazo, parto o puerperio http://gpc.minsalud.gov.co/gpc_sites/Repositorio/Conv_500/GPC_embarazo/gpc_embrazo.aspx
Conflicto de interés				
	Presenta algún conflicto de interés	SI	No	Describe el conflicto de interés
15	Según la descripción de la hoja "Conflicto de interés"		X	

Fuente: formatos de tecnologías nominadas para posible exclusión de la 1° vigencia 2017

Tabla 5 Formato de nominación para posible exclusión de Fenitoina

FORMATO DE TECNOLOGÍAS NOMINADAS PARA POSIBLE EXCLUSIÓN Febrero de 2017 Dirección de Regulación de Beneficios, Costos y Tarifas del Aseguramiento en Salud		
Información del proponente		
1	Tipo de Actor del SGSSS	Entidades gubernamentales (gobierno)
2	Nombre persona natural o de la entidad proponente (según corresponda)	Ministerio de Salud y Protección Social
3	Número de identificación (Nit de la empresa o cédula en caso de persona natural)	900.474.727- 4
4	Representante legal de la entidad nominadora (si aplica)	
5	Nombre de la persona de contacto	Olinda Gutiérrez Alvarez
6	Dirección de correspondencia	Carrera 13 No. 32 - 76
7	Teléfono fijo / celular	3305000 Ext 3141
8	Correo electrónico	ogutierrez@minsalud.gov.co
Información de la tecnología nominada para posible exclusión		
9	Nombre de la tecnología	FENITOINA
10	Enfermedad asociada a la tecnología	O150 - PREECLAMPSIA EN EL EMBARAZO

	(enfermedad o condición de salud para la cual está indicada la tecnología)		
11	Medicamento (si aplica)		FENITOINA
Información de criterios de exclusión			
	Marque con una x según corresponda		Justificación
	a) Que tengan como finalidad principal un propósito cosmético o suntuario no relacionado con la recuperación o mantenimiento de la capacidad funcional o vital de las personas		
13	b) Que no exista evidencia científica sobre su seguridad y eficacia clínica	X	<i>Recomendación fuerte en contra en la Guías de Práctica Clínica para la prevención, detección temprana y tratamiento de las complicaciones del embarazo, parto o puerperio. No se recomienda el uso de diazepam, fenitoína o coctel lítico en mujeres con eclampsia.</i>
	c) Que no exista evidencia científica sobre su efectividad clínica		
	d) que su uso no haya sido autorizado por la autoridad competente		
	e) Que se encuentre en fase de experimentación		

	f) Que tengan que ser prestados en el exterior			
Información adicional				
	¿Adjunta evidencia? Si adjunta evidencia empleé este campo para relacionarla	SI	No	Justificación
14		X		Guías de Práctica Clínica para la prevención, detección temprana y tratamiento de las complicaciones del embarazo, parto o puerperio http://gpc.minsalud.gov.co/gpc_sites/Repositorio/Conv_500/GPC_embarazo/gpc_embarazo.aspx
Conflicto de interés				
	Presenta algún conflicto de interés Según la descripción de la hoja "Conflicto de interés"	SI	No	Describa el conflicto de interés
15			X	

Fuente: formatos de tecnologías nominadas para posible exclusión de la 1° vigencia 2017

Tabla 6 Formato de nominación para posible exclusión de Reconstrucción de Mama con prótesis

FORMATO DE TECNOLOGÍAS NOMINADAS PARA POSIBLE EXCLUSIÓN Febrero de 2017 Dirección de Regulación de Beneficios, Costos y Tarifas del Aseguramiento en Salud		
Información del proponente		
1	Tipo de Actor del SGSSS	Entidades gubernamentales (gobierno)
2	Nombre persona natural o de la entidad proponente (según corresponda)	Ministerio de Salud y Protección Social
3	Número de identificación (Nit de la empresa o cédula en caso de persona natural)	900.474.727- 4
4	Representante legal de la entidad nominadora (si aplica)	
5	Nombre de la persona de contacto	Olinda Gutiérrez Alvarez
6	Dirección de correspondencia	Carrera 13 No. 32 - 76
7	Teléfono fijo / celular	3305000 Ext 3141
8	Correo electrónico	ogutierrez@minsalud.gov.co
Información de la tecnología nominada para posible exclusión		
9	Nombre de la tecnología	RECONSTRUCCIÓN MAMARIA CON PRÓTESIS
10	Enfermedad asociada a la tecnología	C509 - TUMOR MALIGNO DE LA MAMA, PARTE NO ESPECIFICADA

	(enfermedad o condición de salud para la cual está indicada la tecnología)	
12	Procedimiento (si aplica)	85.7.1.01 RECONSTRUCCIÓN DE MAMA UNILATERAL CON DISPOSITIVO 85.7.1.02 RECONSTRUCCIÓN DE MAMA BILATERAL CON DISPOSITIVO
Información de criterios de exclusión		
	Marque con una x según corresponda	Justificación
13	a) Que tengan como finalidad principal un propósito cosmético o suntuario no relacionado con la recuperación o mantenimiento de la capacidad funcional o vital de las personas	
	b) Que no exista evidencia científica sobre su seguridad y eficacia clínica	X
	c) Que no exista evidencia científica sobre su efectividad clínica	
	d) que su uso no haya sido autorizado por la autoridad competente	
		<i>Recomendación fuerte en contra en la Guía de práctica clínica (GPC) para la detección temprana, tratamiento integral, seguimiento y rehabilitación del cáncer de mama. 33. En pacientes que vayan a recibir radioterapia post-mastectomía se recomienda la reconstrucción mamaria con tejido autólogo. No se recomienda la reconstrucción mamaria con prótesis.</i>

	e) Que se encuentre en fase de experimentación			
	f) Que tengan que ser prestados en el exterior			
Información adicional				
		SI	No	Justificación
14	¿Adjunta evidencia? Si adjunta evidencia empleé este campo para relacionarla	X		Guía de práctica clínica (GPC) para la detección temprana, tratamiento integral, seguimiento y rehabilitación del cáncer de mama http://gpc.minsalud.gov.co/gpc_sites/Repositorio/Conv_500/GPC_cancer_mama/gpc_cancer_mama.aspx
Conflicto de interés				
	Presenta algún conflicto de interés	SI	No	Describe el conflicto de interés
15	Según la descripción de la hoja "Conflicto de interés"		X	

Fuente: formatos de tecnologías nominadas para posible exclusión de la 1° vigencia 2017

Tabla 7 Formato de nominación para posible exclusión de Sombras terapéuticas

FORMATO DE TECNOLOGÍAS NOMINADAS PARA POSIBLE EXCLUSIÓN Febrero de 2017 Dirección de Regulación de Beneficios, Costos y Tarifas del Aseguramiento en Salud		
Información del proponente		
1	Tipo de Actor del SGSSS	Entidades gubernamentales (gobierno)
2	Nombre persona natural o de la entidad proponente (según corresponda)	Ministerio de Salud y Protección Social
3	Número de identificación (Nit de la empresa o cédula en caso de persona natural)	900.474.727- 4
4	Representante legal de la entidad nominadora (si aplica)	
5	Nombre de la persona de contacto	Olinda Gutiérrez Alvarez
6	Dirección de correspondencia	Carrera 13 No. 32 - 76
7	Teléfono fijo / celular	3305000 Ext 3141
8	Correo electrónico	ogutierrez@minsalud.gov.co
Información de la tecnología nominada para posible exclusión		
9	Nombre de la tecnología	Sombras terapéuticas
10	Enfermedad asociada a la tecnología	F840 - AUTISMO EN LA NIÑEZ

	(enfermedad o condición de salud para la cual está indicada la tecnología)	
Información de criterios de exclusión		
	Marque con una x según corresponda	Justificación
13	a) Que tengan como finalidad principal un propósito cosmético o suntuario no relacionado con la recuperación o mantenimiento de la capacidad funcional o vital de las personas	
	b) Que no exista evidencia científica sobre su seguridad y eficacia clínica	X <i>Protocolo clínico para el diagnóstico, tratamiento y ruta de atención integral de niños y niñas con trastornos del espectro autista. No se recomienda el uso de "sombras terapéuticas", dado que no favorece el cumplimiento del objetivo de la terapia, la autonomía.</i>
	c) Que no exista evidencia científica sobre su efectividad clínica	X <i>Protocolo clínico para el diagnóstico, tratamiento y ruta de atención integral de niños y niñas con trastornos del espectro autista. No se recomienda el uso de "sombras terapéuticas", dado que no favorece el cumplimiento del objetivo de la terapia, la autonomía.</i>
	d) que su uso no haya sido autorizado por la autoridad competente	
	e) Que se encuentre en fase de experimentación	

	f) Que tengan que ser prestados en el exterior			
Información adicional				
	¿Adjunta evidencia? Si adjunta evidencia empleé este campo para relacionarla	SI	No	Justificación
14		X		Protocolo clínico para el diagnóstico, tratamiento y ruta de atención integral de niños y niñas con trastornos del espectro autista http://www.iets.org.co/reportes-iets/Paginas/protocolo-TEA.aspx
Conflicto de interés				
	Presenta algún conflicto de interés Según la descripción de la hoja "Conflicto de interés"	SI	No	Describe el conflicto de interés
15			X	

Fuente: formatos de tecnologías nominadas para posible exclusión de la 1° vigencia 2017

Tabla 8 Formato de nominación para posible exclusión de Terapias no ABA

FORMATO DE TECNOLOGÍAS NOMINADAS PARA POSIBLE EXCLUSIÓN Febrero de 2017 Dirección de Regulación de Beneficios, Costos y Tarifas del Aseguramiento en Salud		
Información del proponente		
1	Tipo de Actor del SGSSS	Entidades gubernamentales (gobierno)
2	Nombre persona natural o de la entidad proponente (según corresponda)	Ministerio de Salud y Protección Social
3	Número de identificación (Nit de la empresa o cédula en caso de persona natural)	900.474.727- 4
4	Representante legal de la entidad nominadora (si aplica)	
5	Nombre de la persona de contacto	Olinda Gutiérrez Alvarez
6	Dirección de correspondencia	Carrera 13 No. 32 - 76

7	Teléfono fijo / celular	3305000 Ext 3141
8	Correo electrónico	ogutierrez@minsalud.gov.co
Información de la tecnología nominada para posible exclusión		
9	Nombre de la tecnología	<p>Terapias que no hacen parte del enfoque terapéutico ABA: o Intervenciones con agentes quelantes, o Terapia con cámaras hiperbáricas, o Terapia libre de gluten, o Terapia celular, o Inyecciones de secretina, o Suplementos vitamínicos, o Estimulación magnética transcraneal, o Terapia de integración sensorial, o Trabajo con animales (perros, delfines, caballos, etc.), o Musicoterapia, o Aromaterapia.</p>
10	Enfermedad asociada a la tecnología (enfermedad o condición de salud para la cual está indicada la tecnología)	F840 - AUTISMO EN LA NIÑEZ
11	Medicamento (si aplica)	
12	Procedimiento (si aplica)	
13	Dispositivo médico (si aplica)	
14	Otro (si aplica)	
Información de criterios de exclusión		
13	Marque con una x según corresponda	Justificación

a) Que tengan como finalidad principal un propósito cosmético o suntuario no relacionado con la recuperación o mantenimiento de la capacidad funcional o vital de las personas		
b) Que no exista evidencia científica sobre su seguridad y eficacia clínica	X	<p><i>Protocolo clínico para el diagnóstico, tratamiento y ruta de atención integral de niños y niñas con trastornos del espectro autista. Las terapias eclécticas, aquellas que mezclan componentes teóricos de ABA, con otras estrategias (TEACCH, intervención con animales, integración sensorial), no han demostrado tener algún efecto significativo en áreas como el lenguaje, habilidades sociales, cognición, estereotipias, auto-cuidado, en personas con diagnóstico de TEA, comparadas con ABA</i></p>
c) Que no exista evidencia científica sobre su efectividad clínica	X	<p><i>Protocolo clínico para el diagnóstico, tratamiento y ruta de atención integral de niños y niñas con trastornos del espectro autista. Las terapias eclécticas, aquellas que mezclan componentes teóricos de ABA, con otras estrategias (TEACCH, intervención con animales, integración sensorial), no han demostrado tener algún efecto significativo en áreas como el lenguaje, habilidades sociales, cognición, estereotipias, auto-cuidado, en personas con diagnóstico de TEA, comparadas con ABA</i></p>
d) que su uso no haya sido autorizado por la autoridad competente		

	e) Que se encuentre en fase de experimentación			
	f) Que tengan que ser prestados en el exterior			
Información adicional				
		SI	No	Justificación
14	¿Adjunta evidencia? Si adjunta evidencia empleé este campo para relacionarla	X		Protocolo clínico para el diagnóstico, tratamiento y ruta de atención integral de niños y niñas con trastornos del espectro autista http://www.iets.org.co/reportes-iets/Paginas/protocolo-TEA.aspx
Conflicto de interés				
	Presenta algún conflicto de interés	SI	No	Describa el conflicto de interés
15	Según la descripción de la hoja "Conflicto de interés"		X	

Fuente: formatos de tecnologías nominadas para posible exclusión de la 1° vigencia 2017

Tabla 9 Formato de nominación para posible exclusión de Dexrazone

FORMATO DE TECNOLOGÍAS NOMINADAS PARA POSIBLE EXCLUSIÓN Febrero de 2017 Dirección de Regulación de Beneficios, Costos y Tarifas del Aseguramiento en Salud		
Información del proponente		
1	Tipo de Actor del SGSSS	Entidades gubernamentales (gobierno)
2	Nombre persona natural o de la entidad proponente (según corresponda)	Ministerio de Salud y Protección Social, Dirección de Medicamentos y Tecnologías en Salud
3	Número de identificación (Nit de la empresa o cédula en caso de persona natural)	900.474.727- 4
4	Representante legal de la entidad nominadora (si aplica)	
5	Nombre de la persona de contacto	Maria Constanza Velandia Escobar
6	Dirección de correspondencia	Carrera 13 No. 32 - 76
7	Teléfono fijo / celular	3305000 Ext 1339

8	Correo electrónico	mvelandia@minsalud.gov.co	
Información de la tecnología nominada para posible exclusión			
9	Nombre de la tecnología	DEXRAZOXANE	
10	Enfermedad asociada a la tecnología (enfermedad o condición de salud para la cual está indicada la tecnología)	C509 - TUMOR MALIGNO DE LA MAMA, PARTE NO ESPECIFICADA	
11	Medicamento (si aplica)	DEXRAZOXANE	
12	Procedimiento (si aplica)		
13	Dispositivo médico (si aplica)		
14	Otro (si aplica)		
Información de criterios de exclusión			
	Marque con una x según corresponda	Justificación	
13	a) Que tengan como finalidad principal un propósito cosmético o suntuario no relacionado con la recuperación o mantenimiento de la capacidad funcional o vital de las personas		

	b) Que no exista evidencia científica sobre su seguridad y eficacia clínica	X	<i>EL IETS encontró evidencia que contraindica su uso en población pediátrica, como cardioprotector en pacientes tratados con doxorubicina y epirubicina.</i>	
	c) Que no exista evidencia científica sobre su efectividad clínica			
	d) que su uso no haya sido autorizado por la autoridad competente	X	<i>Sin registro INVIMA para su uso en población pediátrica</i>	
	e) Que se encuentre en fase de experimentación			
	f) Que tengan que ser prestados en el exterior			
Información adicional				
	¿Adjunta evidencia?	SI	No	Justificación
14	Si adjunta evidencia empleé este campo para relacionarla	X		Ficha Técnica para Análisis de Medicamentos con Uso No Incluido en Registro Sanitario (UNIRS)
Conflicto de interés				
	Presenta algún conflicto de interés	SI	No	Describe el conflicto de interés
15	Según la descripción de la hoja "Conflicto de interés"		X	

Fuente: formatos de tecnologías nominadas para posible exclusión de la 1° vigencia 2017

Tabla 10 Formato de nominación para posible exclusión de Irinotecan

FORMATO DE TECNOLOGÍAS NOMINADAS PARA POSIBLE EXCLUSIÓN Febrero de 2017 Dirección de Regulación de Beneficios, Costos y Tarifas del Aseguramiento en Salud		
Información del proponente		
1	Tipo de Actor del SGSSS	Entidades gubernamentales (gobierno)
2	Nombre persona natural o de la entidad proponente (según corresponda)	Ministerio de Salud y Protección Social, Dirección de Medicamentos y Tecnologías en Salud
3	Número de identificación (Nit de la empresa o cédula en caso de persona natural)	900.474.727- 4
4	Representante legal de la entidad nominadora (si aplica)	
5	Nombre de la persona de contacto	Maria Constanza Velandia Escobar
6	Dirección de correspondencia	Carrera 13 No. 32 - 76

7	Teléfono fijo / celular	3305000 Ext 1339
8	Correo electrónico	mvelandia@minsalud.gov.co
Información de la tecnología nominada para posible exclusión		
9	Nombre de la tecnología	IRINOTECAN
10	Enfermedad asociada a la tecnología (enfermedad o condición de salud para la cual está indicada la tecnología)	C189 - TUMOR MALIGNO DEL COLON, PARTE NO ESPECIFICADA
		C56 - TUMOR MALIGNO DEL OVARIO
		C349 - TUMOR MALIGNO DE LOS BRONQUIOS O DEL PULMON, PARTE NO ESPECIFICADA
11	Medicamento (si aplica)	IRINOTECAN
12	Procedimiento (si aplica)	
13	Dispositivo médico (si aplica)	
14	Otro (si aplica)	
Información de criterios de exclusión		
	Marque con una x según corresponda	Justificación
13	a) Que tengan como finalidad principal un propósito cosmético o suntuario no relacionado con la recuperación o mantenimiento de	

	la capacidad funcional o vital de las personas			
	b) Que no exista evidencia científica sobre su seguridad y eficacia clínica	X		<i>EL IETS encontró evidencia que contraindica su uso en población pediátrica en las indicaciones aprobadas por invima.</i>
	c) Que no exista evidencia científica sobre su efectividad clínica			
	d) que su uso no haya sido autorizado por la autoridad competente	X		<i>Sin registro INVIMA para su uso en población pediátrica</i>
	e) Que se encuentre en fase de experimentación			
	f) Que tengan que ser prestados en el exterior			
Información adicional				
		SI	No	Justificación
14	¿Adjunta evidencia? Si adjunta evidencia empleé este campo para relacionarla	X		Ficha Técnica para Análisis de Medicamentos con Uso No Incluido en Registro Sanitario (UNIRS)
Conflicto de interés				
15		SI	No	Describe el conflicto de interés

Presenta algún conflicto de interés Según la descripción de la hoja "Conflicto de interés"	X	
--	---	--

Fuente: formatos de tecnologías nominadas para posible exclusión de la 1° vigencia 2017

Tabla 11 Formato de nominación para posible exclusión de Ocreotilde

FORMATO DE TECNOLOGÍAS NOMINADAS PARA POSIBLE EXCLUSIÓN Febrero de 2017 Dirección de Regulación de Beneficios, Costos y Tarifas del Aseguramiento en Salud		
Información del proponente		
1	Tipo de Actor del SGSSS	Entidades gubernamentales (gobierno)
2	Nombre persona natural o de la entidad proponente (según corresponda)	Ministerio de Salud y Protección Social, Dirección de Medicamentos y Tecnologías en Salud
3	Número de identificación (Nit de la empresa o cédula en caso de persona natural)	900.474.727- 4
4	Representante legal de la entidad nominadora (si aplica)	
5	Nombre de la persona de contacto	Maria Constanza Velandia Escobar
6	Dirección de correspondencia	Carrera 13 No. 32 - 76
7	Teléfono fijo / celular	3305000 Ext 1339

8	Correo electrónico	mvelandia@minsalud.gov.co	
Información de la tecnología nominada para posible exclusión			
9	Nombre de la tecnología	OCTREOTIDE	
10	Enfermedad asociada a la tecnología (enfermedad o condición de salud para la cual está indicada la tecnología)	P704 - OTRAS HIPOGLICEMIAS NEONATALES	
11	Medicamento (si aplica)	OCTREOTIDE	
Información de criterios de exclusión			
	Marque con una x según corresponda	Justificación	
13	a) Que tengan como finalidad principal un propósito cosmético o suntuario no relacionado con la recuperación o mantenimiento de la capacidad funcional o vital de las personas		
	b) Que no exista evidencia científica sobre su seguridad y eficacia clínica	X	<i>EL IETS encontró evidencia científica insuficiente para su uso en la indicación para población pediátrica (neonatos y lactantes)</i>
	c) Que no exista evidencia científica sobre su efectividad clínica		

	d) que su uso no haya sido autorizado por la autoridad competente	X	Sin registro INVIMA para su uso en población pediátrica	
	e) Que se encuentre en fase de experimentación			
	f) Que tengan que ser prestados en el exterior			
Información adicional				
	¿Adjunta evidencia?	SI	No	Justificación
14	Si adjunta evidencia empleé este campo para relacionarla	X		Ficha Técnica para Análisis de Medicamentos con Uso No Incluido en Registro Sanitario (UNIRS)
Conflicto de interés				
	Presenta algún conflicto de interés	SI	No	Describe el conflicto de interés
15	Según la descripción de la hoja "Conflicto de interés"		X	

Fuente: formatos de tecnologías nominadas para posible exclusión de la 1° vigencia 2017