



Nutrición Enteral Domiciliaria.

Criterios, circuitos y procedimientos.

Nutrición Enteral Domiciliaria en el AGS Campo de Gibraltar Este.

Criterios, circuitos y procedimientos.

GRUPO DE TRABAJO

Inmaculada Fdez. Callejón (Dirección Médica AGS CG Este)
Sergio M. Calderón Domínguez (Subdirección Enfermería AGS CG Este)
Francisco Luque Borrego (Subdirección Enfermería AGS CG Este)
M^a Pilar del Toro Morón (Médico responsable Gestoría del Usuario)
Sandra Larios Salas (S. Farmacia Atención Primaria AGS CG Este)
Alberto Villa Rubio (S. Farmacia Hospitalaria AGS CG Este)
Cristina Casto Jarillo (S. Análisis Clínico y Microbiología AGS CG Este)
Pedro Díaz de Souza (Jefe S. Medicina Interna y Especialidades Médicas AGS CG Este)
Blanca Calero García (S. Farmacia Atención Primaria AGS CG Este)
Carmen Reyes Conde (S. Farmacia Atención Primaria AGS CG Este)
M^a Ángeles Carrasco (Enfermera gestor de casos AGS CG Este)
Roberto Fernández Ruiz (Enfermero gestor de casos AGS CG Este)
Emilio Campos Dávila (Responsable S. Farmacia AGS CG Este)

INTRODUCCIÓN

En la sesión de octubre 2021 de la Comisión de Farmacia se abordó el tema de la Nutrición Enteral (NE) dejando constancia de la necesidad de una protocolización que incluya ambos niveles asistenciales, partiendo desde el cribado nutricional, la prescripción médica, el papel de la enfermera de enlace, el visado de recetas y su posterior seguimiento en AP. Partiendo de la necesidad de progresar en este tema se crea un grupo específico de trabajo, de carácter multidisciplinar e interniveles para actualizar el procedimiento y condiciones de prescripción, visado y dispensación de los productos dietoterápicos y Nutrición Enteral en receta en el AGS Campo de Gibraltar Este.

Esta labor es más necesaria si cabe mientras no se disponga de una Unidad de Nutrición Clínica y Dietética que aborde la atención nutricional de los pacientes ingresados, así como el seguimiento de los pacientes tanto intrahospitalarios como ambulatorios, conjuntamente con su médico responsable.

Mediante este documento se pretende dar unas líneas claras de actuación, que permitan llevar a cabo, de una forma racional, las indicaciones de la Nutrición Enteral Domiciliaria y el seguimiento del tratamiento.

Este documento no pretende ser una guía rígida e impermeable, si no dinámica y abierta a todas aquellas propuestas de mejora avaladas por la evidencia científica. Invitamos de esta manera a todos aquellos profesionales de nuestro AGS, especialmente a aquellos con experiencia en el campo de la nutrición, a que aporten sus conocimientos para ir mejorando este documento y por ende la atención sanitaria a la población de nuestro AGS.

OBJETIVOS

- Disminuir la variabilidad de la práctica asistencial.
- Homogeneizar la valoración de necesidades nutricionales mediante el sistema de cribado nutricional MUST, validado tanto para pacientes hospitalizados como ambulatorios.
- Facilitar el seguimiento de los pacientes en los circuitos establecidos para su atención en cada nivel asistencial.
- Adecuar los tratamientos, para optimizar la eficiencia de la utilización de nutrición enteral.

CRITERIOS DE INCLUSIÓN

Para que la nutrición enteral domiciliaria (NED) sea financiada por el Sistema Nacional de Salud (y por tanto, se procede al visado de la solicitud), el paciente deberá tener una de las patologías recogidas en el Real Decreto 1030/2006 (**Anexo I** de este documento).

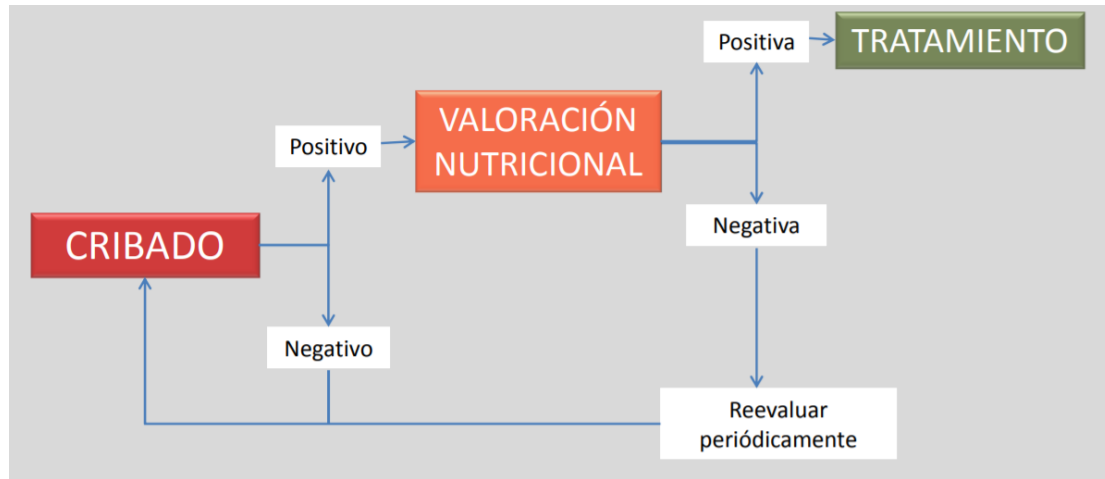
La NED comprende la administración de fórmulas enterales por vía digestiva, habitualmente mediante sonda (ya sea nasointestinal o de ostomía), con el fin de evitar o corregir la desnutrición de los pacientes atendidos en su domicilio cuyas necesidades nutricionales no pueden ser cubiertas con alimentos de consumo ordinario.

Según este Real decreto, sólo en casos excepcionales de alteraciones mecánicas de la deglución o del tránsito, que cursan con afagia o disfagia severa (tumores de cabeza y cuello, tumores de aparato digestivo, cirugía ORL y maxilofacial o estenosis esofágica no tumoral) y si la sonda está contraindicada, puede utilizarse nutrición enteral sin sonda, previo informe justificativo de esta circunstancia del responsable de la indicación del tratamiento.

Adicionalmente y tras propuesta de este grupo de trabajo y posterior aprobación por parte de la Comisión de Farmacia y Terapéutica del AGS, serán consideradas como **excepciones** y podría ser susceptible de financiación la nutrición enteral, cuando la vía de administración sea oral y los pacientes se encuentren en algunos de los siguientes diagnósticos, además de existir un riesgo grave de desnutrición, valorado clínicamente:

- Esclerosis múltiple.
- Esclerosis lateral amiotrófica.
- Tumores cerebrales.
- Parálisis cerebral

PROCEDIMIENTO:



Circuito de valoración, prescripción y visado de NED en Atención Primaria

La captación de los pacientes puede ser realizada por el médico de familia, enfermera de familia, enfermera gestora de casos (EGC), trabajador social, servicio de urgencias o por la persona cuidadora.

Cuando un médico considera que un paciente necesita nutrición enteral domiciliaria y quiere prescribir este tipo de producto, tanto en AP como en AH de inicio debe asegurarse que cumple con los criterios de inclusión según RD 1030/2006 (Anexo I de este documento) o las excepciones citadas en la página anterior, que se encontraran descritas en el informe de solicitud de la NED (Anexo II).

Procede entonces a realizar la solicitud de las analíticas incluidas en el denominado Perfil “Nutrición Enteral” (cribaje nutricional analítico) al que se accede por el MPA Diraya.

Una vez tenga los datos de las analíticas disponibles y estas confirmen la necesidad de nutrición enteral, le deriva el caso al enfermero gestor de casos, ya sea por contacto directo o a través de la coordinación de Dirección de cada centro.

El enfermero gestor de casos, con los datos y las analíticas del perfil “Nutrición Enteral” solicitadas por el médico, cumplimentará el informe de valoración nutricional MUST-

modificado (Anexo III), validado tanto para pacientes hospitalizados como ambulatorios.

Si cumple criterios de inclusión, solicita la prescripción médica al facultativo y se procede a la gestión del visado:

- El médico realiza la prescripción en RXXI con su visado telemático y se envía el informe justificativo de la indicación (Anexos I y II) y el informe MUST (Anexo III) en formato electrónico (pdf) a Farmacia de AP al correo: farmaciaap.agscge.sspa@juntadeandalucia.es
- La primera autorización de financiación mediante visado será realizada por la Unidad de Farmacia de AP cuando esta haya recibido todos los documentos, incluido el informe MUST. La duración inicial de visado será de 3 meses.

Circuito de valoración, prescripción y visado de NED en Atención Hospitalaria (Consultas Externas o casos de pacientes al alta)

Cuando la indicación proceda de un paciente hospitalizado, la prescripción en receta XXI la realizará el médico de la unidad que está dando el alta hospitalaria.

Cuando un médico considera que un paciente necesita nutrición enteral domiciliaria y quiere prescribir este tipo de producto, tanto en AP como en AH de inicio debe asegurarse que cumple con los criterios de inclusión según RD 1030/2006 (Anexo I de este documento) o las excepciones citadas en la página anterior, que se encontraran descritas en el informe de solicitud de la NED (Anexo II).

Procede entonces a realizar la solicitud de las analíticas incluidas en el denominado Perfil “Nutrición Enteral” (cribaje nutricional analítico) al que se accede por el MPA Diraya.

Una vez tenga los datos de las analíticas disponibles y estas confirmen la necesidad de nutrición enteral, le deriva el caso al enfermero gestor de casos, haciendoselo llegar al despacho de éste último por medio del celador, ya sea desde CCEE o desde planta.

El enfermero gestor de casos, con los datos y las analíticas del perfil “Nutrición Enteral” solicitadas por el médico, cumplimentará el informe de valoración nutricional MUST-modificado (Anexo III), validado tanto para pacientes hospitalizados como ambulatorios.

Si cumple criterios de inclusión, solicita la prescripción médica al facultativo y se procede a la gestión del visado:

- El médico realiza la prescripción en RXXI con su visado telemático y se envía en formato papel tanto la receta como el informe justificativo de la indicación (Anexos I y II) y el informe MUST (Anexo III) cumplimentado a la Unidad de Visado.
- La primera autorización de financiación mediante visado será realizada por la unidad de visado cuando esta haya recibido todos los documentos, incluido el informe MUST. La duración inicial de visado será de 3 meses.

SEGUIMIENTO

Las revisiones se harán en función de las características propias de cada paciente por el médico de familia.

Cuando la prescripción se inicia en Atención Hospitalaria, el seguimiento será llevado por el médico de familia y se realizara derivación a consulta del especialista que originó la prescripción si lo considera necesario en relación a los cambios en el estado de salud del paciente.

ANEXO I

PATOLOGÍAS SUBSIDIARIAS DE NUTRICIÓN ENTERAL DOMICILIARIA (Real Decreto 1030/2006)

A.- Alteraciones mecánicas de la deglución o del tránsito, que cursan con afagia o disfagia severa y precisan sonda

- A.1. Tumores de cabeza y cuello
- A.2. Tumores de aparato digestivo (esófago, estómago)
- A.3. Cirugía otorrinolaringológica (ORL) y maxilofacial
- A.4. Estenosis esofágica no tumoral

Excepcionalmente, en caso de disfagia severa y si la sonda está contraindicada, puede utilizarse nutrición enteral sin sonda, previo informe justificativo del facultativo responsable de la indicación de tratamiento.

B.- Trastornos neuromotores que impidan la deglución o el tránsito y que precisen sonda

- B.1. Enfermedades neurológicas que cursan con afagia o disfagia severa
 - B1.1. Esclerosis múltiple
 - B1.2. Esclerosis lateral amiotrófica
 - B1.3. Síndromes miasténiformes
 - B1.4. Síndrome de Guillain-Barré
 - B1.5. Secuelas de enfermedades infecciosas o traumáticas del sistema nervioso central
 - B1.6. Retraso mental severo
 - B1.7. Procesos degenerativos severos del sistema nervioso central
- B.2. Accidentes cerebrovasculares
- B.3. Tumores cerebrales
- B.4. Parálisis cerebral
- B.5. Coma neurológico
- B.6. Trastornos severos de la motilidad intestinal: pseudoobstrucción intestinal, gastroparesia diabética

C.- Requerimientos especiales de energía y/o nutrientes

- C.1. Síndrome de malabsorción severa
 - C1.1. Síndrome de intestino corto severo
 - C1.2. Diarrea intratable de origen autoinmune
 - C1.3. Linfoma
 - C1.4. Esteatorrea posgastrectomía
 - C1.5. Carcinoma de páncreas
 - C1.6. Resección amplia pancreática
 - C1.7. Insuficiencia vascular mesentérica
 - C1.8. Amiloidosis
 - C1.9. Esclerodermia
 - C1.10. Enteritis eosinófila
- C.2. Enfermedades neurológicas subsidiarias de ser tratadas con dietas cetogénicas
 - C2.1. Epilepsia refractaria en niños
 - C2.2. Deficiencia del transportador tipo I de la glucosa
 - C2.3. Deficiencia del complejo de la piruvato-deshidrogenasa
- C.3. Alergia o intolerancia diagnosticada a las proteínas de la leche de vaca en lactantes, hasta dos años si existe compromiso nutricional
- C.4. Pacientes desnutridos que van a ser sometidos a cirugía mayor programada o trasplante
- C.5. Pacientes con encefalopatía hepática crónica con intolerancia a las proteínas de la dieta
- C.6. Pacientes con adrenoleucodistrofia ligada al cromosoma X, neurológicamente asintomáticos

D.- Situaciones clínicas cuando cursan con desnutrición severa

- D.1. Enfermedad inflamatoria intestinal: colitis ulcerosa y enfermedad de Crohn
- D.2. Caquexia cancerosa por enteritis crónica por tratamiento quimio y/o radioterápico
- D.3. Patología médica infecciosa que comporta malabsorción severa: SIDA
- D.4. Fibrosis quística
- D.5. Fístulas enterocutáneas de bajo débito
- D.6. Insuficiencia renal infantil que compromete el crecimiento del paciente

ANEXO II

INFORME JUSTIFICATIVO DE LA INDICACIÓN DE TRATAMIENTO DE NUTRICIÓN ENTERAL DOMICILIARIA (Real Decreto 1030/2006 y excepciones documento NED 2022)

1. DATOS DEL PACIENTE

Apellidos y nombre: _____

Fecha de nacimiento: ____/____/____

NUHSA: _____

2. DATOS DEL FACULTATIVO

Apellidos y nombre: _____

CNP: _____

Centro: _____ Unidad (si hospital): _____

Teléfono: _____

3. Patología que justifica la indicación de tratamiento

En caso de no utilizar sonda en las patologías del apartado A, especificar el motivo:

En caso de no utilizar sonda en las patologías del apartado B, señalar la excepción:

- Esclerosis múltiple.
- Esclerosis lateral amiotrófica.
- Tumores cerebrales.
- Parálisis cerebral

Y además presenta:

- riesgo grave de desnutrición, valorado clínicamente.

4. TRATAMIENTO

Producto: _____

Vía de acceso: Oral; Nasoenteral; Gastrostomía; Yeyunostomía;

Pauta: _____ Duración prevista de tratamiento: _____

Fecha y firma del facultativo

En _____ a _____ de _____ de 202 _____

Fdo: _____

ANEXO III

INFORME DE RIESGO POR DESNUTRICIÓN

DATOS DEL PACIENTE

NUHSA	Apellidos, nombre	Sexo	Edad
-------	-------------------	------	------

CRIBAJE NUTRICIONAL ANALÍTICO

PUNTUACIÓN

ALBÚMINA	g/dL
PREALBÚMINA (*)	mg/dL
PROTEÍNAS TOTALES (**)	g/dL
COLESTEROL (***)	mg/dL
LINFOCITOS TOTALES (***)	cél/mL

Nota:

- (*) Se tomará si existe prealbúmina y su puntuación es mayor que la de albúmina.
- (**) Se puntuará en caso de no existir albúmina ni prealbúmina.
- (***) Linfocitos y colesterol total se puntúan sólo si hemos puntuado con albúminas, prealbúminas o proteínas totales.

RIESGO ANALÍTICO (PUNTUACIÓN TOTAL) FECHA DE LA MUESTRA (dd-mm-yyyy):

RIESGO NUTRICIONAL MUST-Modificado

Talla (cm)	Peso actual(kg)	Peso habitual(kg)	Circunf. Brazo*	Ingesta estimada en últimos 5 días
------------	-----------------	-------------------	-----------------	------------------------------------

(* Si no posible tallar y pesar

IMC (kg/m ²)	Calculadora IMC
--------------------------	-----------------

DIETA	% PÉRDIDA INVOLUNTARIA PESO EN ÚLTIMOS 3 - 6 MESES	RIESGO NUTRICIONAL *
-------	---	-----------------------------

(* IMC + Ingesta estimada + %Pérdida Peso

SOPORTE NUTRICIONAL PRESCRITO

NUTRICIÓN	OBSERVACIONES
-----------	---------------

ORIENTACIÓN DIAGNÓSTICA (CIE-9-MC)

VALORACIÓN

ORIENTACIÓN TERAPÉUTICA