



ANEXO II

PROTOCOLO JUSTIFICATIVO DE LA INDICACIÓN PARA EL TRATAMIENTO CON NUTRICIÓN ENTERAL DOMICILIARIA**1. Datos del paciente**

Apellidos y nombre: _____

Fecha de nacimiento: _____ N° de TIS: _____

2. Datos del facultativo que indica el tratamiento

Apellidos y nombre: _____

N°colegiado: _____

Centro: _____

Teléfono de contacto: _____

3. Diagnóstico

Situación clínica del paciente y patologías que justifican la indicación:

1. Alteración mecánica de la deglución o del tránsito, que cursa con afagia o disfagia severa y precisa sonda *

- tumor de cabeza y cuello
- tumor de aparato digestivo (esófago, estómago)
- cirugía ORL y maxilofacial
- estenosis esofágica no tumoral

2. Trastorno neuromotor que impide la deglución o el tránsito y que precisa sonda:

- enfermedad neurológica que cursa con afagia o disfagia severa:
 - esclerosis múltiple
 - esclerosis lateral amiotrófica
 - síndrome miasteniforme
 - síndrome de Guillain-Barré
 - secuelas de enfermedades infecciosas o traumáticas del sistema nervioso central
 - retraso mental severo
 - proceso degenerativo severo del sistema nervioso central
 - (especificar) _____
- accidente cerebrovascular
- tumor cerebral
- parálisis cerebral
- coma neurológico
- trastorno severo de la motilidad intestinal:
 - pseudoobstrucción intestinal
 - gastroparesia diabética

**3. Paciente con requerimientos especiales energía y/o nutrientes:**

- síndrome de malabsorción severa:
 - síndrome de intestino corto severo
 - diarrea intratable de origen auto inmune
 - linfoma
 - esteatorrea posgastrectomía
 - carcinoma de páncreas
 - resección amplia pancreática
 - insuficiencia vascular mesentérica
 - amiloidosis
 - esclerodermia
 - enteritis eosinofílica
- enfermedad neurológica subsidiaria de ser tratada con dietas cetogénicas:
 - epilepsia refractaria en niños. De modo excepcional, en adultos
 - deficiencia del transportador tipo I de la glucosa
 - deficiencia del complejo de la piruvato deshidrogenasa
- intolerancia o alergia diagnosticada a proteínas de leche de vaca en lactantes hasta 2 años si existe compromiso nutricional
- paciente desnutrido que va a ser sometido acirugía mayor programada o trasplante
- paciente con encefalopatía hepática crónica con intolerancia a las proteínas de la dieta.
- paciente con adrenoleucodistrofia ligada al cromosoma X, neurológicamente asintomático

4. Situación clínica que cursa con desnutrición severa :

- enfermedad inflamatoria intestinal:
 - colitis ulcerosa
 - enfermedad de Crohn
- caquexia cancerosa por enteritis crónica por tratamiento quimio y/o radioterápico
- patología médica infecciosa que comporta malabsorción severa: SIDA
- fibrosis quística
- fistulas enterocutáneas, de bajo débito
- insuficiencia renal infantil que compromete el crecimiento del paciente
- enfermedad renal crónica avanzada en hemodiálisis

* En caso excepcional de no utilizar sonda, especificar el motivo _____

Otras patologías y/o tratamientos concomitantes _____

Información clínica de interés _____



4. Indicación

Fecha de inicio del tratamiento ___/___/___

Duración prevista del tratamiento _____

Revisiones (periodicidad prevista): Semestral Trimestral Mensual Otra _____

Tipo de dieta

FÓRMULAS COMPLETA	MODULO
<p>Polimérica:</p> <ul style="list-style-type: none"> - normoproteica: <ul style="list-style-type: none"> hipocalórica (CPNI) <input type="checkbox"/> normocalórica (CPNN) <input type="checkbox"/> hipercalórica (CPNH) <input type="checkbox"/> - hiperproteica: <ul style="list-style-type: none"> hipocalórica (CPhi) <input type="checkbox"/> normocalórica (CPhN) <input type="checkbox"/> hipercalórica (CPhH) <input type="checkbox"/> <p>Oligomérica (peptídica):</p> <ul style="list-style-type: none"> - normoproteica (CONO) <input type="checkbox"/> - hiperproteica (COHI) <input type="checkbox"/> <p>Monoméricas (elemental):</p> <ul style="list-style-type: none"> - normoproteica (CELE) <input type="checkbox"/> <p>Especiales (ESPE): <input type="checkbox"/></p>	<p>Hidrocarbonato (MHID) <input type="checkbox"/></p> <p>Lipídico:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Triglicéridos de cadena larga (LCT) (MLLC) <input type="checkbox"/> - Triglicéridos de cadena media (MCT) (MLMC) <input type="checkbox"/> <p>Proteico:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Proteína entera (MPEN) <input type="checkbox"/> - Péptidos (MPPE) <input type="checkbox"/> - Aminoácidos (MPAA) <input type="checkbox"/> <p>Mixtos:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Hidrocarbonatos y lipídicos (MMHL) <input type="checkbox"/> <p>Espesantes (MESP) * <input type="checkbox"/></p>
<p>PRODUCTOS PARA LA ALERGIA O INTOLERANCIA A LAS PROTEÍNAS DE LA LECHE DE VACA</p> <p>Fórmulas con hidrolizados de proteínas lácteas sin lactosa para lactantes (LAPL) <input type="checkbox"/></p> <p>Fórmulas con hidrolizados de proteínas lácteas con lactosa para lactantes (LAPL) <input type="checkbox"/></p> <p>Fórmulas con hidrolizados de proteínas no lácteas sin lactosa para lactantes (LAPN) <input type="checkbox"/></p> <p>Fórmulas con proteínas de soja para lactantes (LAPS) <input type="checkbox"/></p>	

*Justificar el motivo de indicación espesantes _____

Nombre comercial (alternativas, si es posible) _____

Presentación _____ Pauta: Continua Intermitente

Vía de acceso y método de administración:

<p>Oral <input type="checkbox"/></p> <p>Gástrica</p> <ul style="list-style-type: none"> - Sonda nasogástrica <input type="checkbox"/> - Gastrostomía <input type="checkbox"/> 	<p>Duodenal:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Sonda nasoduodenal <input type="checkbox"/> <p>Yeyunal</p> <ul style="list-style-type: none"> - Sonda nasoyeyunal <input type="checkbox"/> - Yeyunostomía <input type="checkbox"/>
---	---



Pauta terapéutica (gr/toma, tomas/día):

5. Seguimiento

Fechas en que se han realizado las revisiones:

1ª revisión: ___/___/___

2ª revisión: ___/___/___

3ª revisión: ___/___/___

4ª revisión: ___/___/___

5ª revisión: ___/___/___

6ª revisión: ___/___/___

7ª revisión: ___/___/___

8ª revisión: ___/___/___

Modificaciones relevantes en el tratamiento:

Complicaciones del tratamiento:

- Mecánicas (especificar)

- Gastrointestinales (especificar)

- Metabólicas (especificar)

- Psicosociales (especificar)

Firma del facultativo responsable de la indicación:

Fecha: _____

Fdo: _____