

Lista de verificación para escribir una carta de necesidad médica

Una carta detallada de necesidad médica (LMN) contiene:

- Información del paciente (nombre, fecha de nacimiento, dirección, información de contacto, información del seguro)
- Información del proveedor (nombre, credenciales, nombre de la clínica/hospital, información de contacto)
- Fecha de la carta
- Información del destinatario (nombre de la aseguradora, dirección, departamento específico/información de contacto)
- Declaración de necesidad médica (explicación del diagnóstico que requiere tratamiento, procedimiento, equipo, medicación)
- Antecedentes médicos (resumen de la afección médica, diagnóstico/inicio, comorbilidades)
- Descripción del tratamiento o servicio médico solicitado
- Evidencia de apoyo (informes médicos, resultados de pruebas)
- Justificación clínica (beneficios y resultados esperados, p. ej., mejorar la salud, la función y la calidad de vida del paciente)
- Tratamiento alternativo (qué se ha hecho y resultados o por qué no se puede hacer algo)
- Duración y frecuencia
- Información de costos según corresponda
- Conclusión (importancia de la solicitud)

Información pertinente adicional al solicitar equipos específicos:

- Evaluaciones funcionales y físicas que incluyen, entre otras, fuerza, rango de movimiento, tono, sensación, equilibrio, actividades de la vida diaria (AVD), actividades instrumentales de la vida diaria (AVD) y estado funcional
- Documentación de otros dispositivos considerados y por qué cada uno de ellos no fue eficaz para el consumidor
- Documentación del/de los dispositivo(s) y resultados del ensayo(s)
- Justificación del modelo de dispositivo recomendado, así como de cada opción y accesorio requeridos por el consumidor
- Evidencia de que el consumidor demostró capacidad para usar el dispositivo de forma segura, y de forma independiente o con la ayuda adecuada
- Descripción de las recomendaciones de tratamiento prescritas
- Cualquier investigación o documentación aplicable para respaldar los resultados previstos
- Posibles resultados adversos que pueden producirse sin los elementos solicitados (ejemplos: aumento del número de hospitalizaciones o visitas a urgencias, pérdida de independencia)

Consideraciones individualizadas para el equipo y el tratamiento

Asistencia para la tos:

- Incluir pruebas diagnósticas (si pueden realizar/respaldar el argumento)
- PIM/PEM y flujo máximo de tos si se reduce
- Diagnóstico (AME, debe indicarse) y grado de hipotonía
- Si el fisioterapeuta o el evaluador han observado una reducción en las puntuaciones de CHOP INTEND, incluirlas como indicaciones para la hipotonía global
- Información básica sobre cómo la alteración del espacio de las vías respiratorias afecta a la salud de la persona con AME y aumenta el riesgo de neumonía y la necesidad de atención/hospitalización urgentes, así como un aumento de la utilización de recursos de atención médica
- Si se dispone de información clínica sobre lo siguiente, incluya:
 - Número de enfermedades respiratorias que necesitan antibióticos con visitas a urgencias
 - Número de hospitalizaciones por enfermedad respiratoria
 - Si se utilizó un chaleco para despejar las vías respiratorias en el paciente, indíquelo
 - Si el paciente tuvo una mejora significativa en la saturación de oxígeno con disminución de la necesidad de oxígeno suplementario y disminución del esfuerzo respiratorio que se documenta después del inicio del aclaramiento de las vías respiratorias, indíquelo también en la LMN

Chaleco para despejar las vías respiratorias:

- Incluir pruebas diagnósticas (si son lo suficientemente antiguas o pueden realizar/respaldar el argumento)
- PIM/PEM y flujo máximo de tos si se reduce
- Diagnóstico (AME, debe indicarse) y grado de hipotonía
- Si el fisioterapeuta o el evaluador han observado una reducción en las puntuaciones de CHOP INTEND, incluirlas como evidencia de hipotonía difusa
- Información básica sobre cómo la alteración del espacio de las vías respiratorias afecta a la salud del niño y aumenta el riesgo de neumonía e insuficiencia respiratoria
- Si se dispone de información clínica sobre lo siguiente, incluya:
 - Número de enfermedades respiratorias que necesitan antibióticos con visitas a urgencias
 - Número de hospitalizaciones por enfermedad respiratoria
 - Si se utilizó un chaleco para despejar las vías respiratorias en el paciente, indíquelo
- Si el paciente tuvo una mejora significativa en la saturación de oxígeno con disminución de la necesidad de oxígeno suplementario y disminución del esfuerzo respiratorio que se documenta después del inicio del aclaramiento de las vías respiratorias, indíquelo también en la LMN
- Identifique por qué otros dispositivos como la fisioterapia torácica (Chest Physiotherapy, CTP) con dispositivos oscilatorios con palmas y manuales (PEP/Acapella/Flutter/Aerobika) no son apropiados o no tendrán éxito (caso por caso):
 - PEP/Acapella/Flutter/Aerobika:
 - los pacientes deben tener una edad adecuada y tener una fuerza muscular respiratoria adecuada para seguir las instrucciones de uso del dispositivo y generar los flujos necesarios para realizar estas maniobras.
 - Son dispositivos dirigidos por el paciente
 - Fisioterapia torácica (Chest Physiotherapy, CPT):
 - Profesionales médicos de atención múltiple/atención inconsistente
 - Dificultad para colocar al paciente para la CPT
 - Escoliosis
 - Peso/tamaño (demasiado pesado para los proveedores)
 - Preocupación por la baja densidad ósea y fracturas con CPT

Dispositivos de ventilación y BIPAP:

Nota: Los dispositivos binivel de presión positiva en las vías respiratorias (bilevel positive airway pressure, BIPAP) están aprobados para su uso en casa por niños y adultos con un peso mínimo de 30 kg. Los dispositivos BIPAP se utilizan de forma no invasiva con una mascarilla en la cara.

- Los respiradores están aprobados para su uso en el hogar en niños de más de 5 kg y se pueden utilizar de forma no invasiva con una mascarilla en la cara o con un tubo de traqueotomía
- Para ser apto para el dispositivo BIPAP, debe incluir diagnósticos de hipoventilación alveolar secundaria a debilidad neuromuscular o insuficiencia respiratoria. No utilice la apnea obstructiva del sueño (AOS) como único diagnóstico
- Indique que el modo de ventilación debe tener una frecuencia respiratoria de reserva
 - El motivo se debe a debilidad neuromuscular e hipoventilación alveolar y causa dificultad para desencadenar respiraciones inspiratorias y aumento del riesgo de retención de CO₂ e insuficiencia respiratoria debido a los bajos flujos generados
- Para asistencia ventilatoria no invasiva en niños de menos de 30 kg (66 lb) (requiere ventilación mecánica)
 - Incluya estudio del sueño o pruebas analíticas que muestren insuficiencia respiratoria/hipoventilación alveolar
 - Gasometría con pCO₂ elevada
 - Incluya el peso del paciente. Las máquinas BiPAP no tienen sensores de flujo adecuados para pacientes más pequeños y no están aprobadas por la FDA para el uso de la NIV en personas de menos de 30 kg (66 lb)

Silla de ruedas/bipedestador/soporte

(Consejos para el terapeuta y empresa de equipos médicos duraderos):

- Documentar la evaluación de los sistemas del cliente, incluidos los neurológicos y ortopédicos, su evaluación postural y su nivel de función
- Indique que el paciente no puede estar de pie ni deambular con ningún dispositivo de asistencia
- Indique que el paciente no puede usar una silla manual de menor costo y por qué
- Indique por qué el paciente no puede impulsar una silla de ruedas manual
- Si defiende la necesidad de una silla de ruedas eléctrica, documente los motivos por los que el paciente no puede usar una scooter
- Incluya que el paciente está dispuesto a utilizar la tecnología de rehabilitación compleja recomendada que se ha recomendado y puede hacerlo de forma segura
- Comente cómo la tecnología de rehabilitación compleja recomendada ayudará con:
 - Actividades funcionales de la vida diaria
 - Movilidad
 - Posicionamiento/postura
 - Independencia
- Otros elementos clave que se deben incluir:
 - Una justificación clínica y médica para cada aspecto de la silla que se recomienda
 - Una declaración de conformidad con el médico del equipo recetado que recomendó el equipo, así como su firma
- Una declaración de independencia financiera del TP o TO del proveedor
- Una evaluación en persona del médico y una receta del médico
- Se requerirá documentación adicional si se receta una silla de ruedas eléctrica
- Manténgase al día con las directrices del CMS y la determinación de la cobertura local y nacional del equipo de asistencia para la movilidad

Medicación/tratamiento

- Fisiopatología de la AME
- Descripción del tratamiento recomendado
- Pauta posológica del tratamiento
- Administración del tratamiento
- Información del ensayo clínico
- Justificación del tratamiento/incumplimiento de tratamientos alternativos
- Impacto en el estado funcional
- Pronóstico del paciente sin tratamiento