



Nutrición Hospitalaria



Trabajo Original

Nutrición artificial

Implementación de una vía clínica de prescripción de nutrición enteral domiciliaria de Murcia. Perfiles y características muestrales

Establishment of a clinical pathway for home enteral nutrition prescription in Murcia. Profile and sample characteristics

Mercedes Ferrer Gómez¹, Juan Francisco Sánchez Romera¹, María Victoria García Zafra¹, José Ramón Cuenca Sánchez¹, Ana Belén Hernández Cascales¹, Ana Aranda García², Víctor José Rausell Rausell² y Antonio Miguel Hernández Martínez¹

¹Servicio de Endocrinología y Nutrición. Hospital Clínico Universitario Virgen de la Arrixaca (HCUVA). El Palmar, Murcia. ²Dirección General de Asistencia Sanitaria. Servicio Murciano de Salud. Murcia

Resumen

Introducción: el escenario de la nutrición enteral domiciliaria (NED) en Murcia, antes de 2010, estaba caracterizado por la gran variabilidad en la consideración del paciente subsidiario de dicha prestación, así como por el elevado consumo respecto a otras comunidades autónomas.

Objetivos: desarrollar y describir la implementación de una vía clínica de asistencia al paciente subsidiario de NED y analizar el perfil de los pacientes y las características del soporte nutricional.

Método: puesta en marcha de la vía clínica en el Área I de salud del Servicio Murciano de Salud (SMS). Diseño observacional y ambispectivo. Análisis de las muestras de NED de adultos del Área I en los años 2010 (NED1) y 2013-14 (NED2), con 345 y 457 casos, respectivamente.

Resultados: instrucción nº 4/2012 de 12 de julio, Dirección de Gerencia del SMS, que generaliza la vía clínica a todas las áreas de salud. Aunque la patología más prevalente en ambas muestras fue la neurológica, seguida de la oncológica y la digestiva, hubo diferencias significativas en la distribución. La NED1 presentó un alto porcentaje de casos de pacientes no subsidiarios de prestación. En ambas muestras, la vía más frecuente de administración fue la oral, pero con una tendencia inversa en sonda nasogástrica (SNG) y gastrostomía en NED2, donde las fórmulas específicas también se redujeron.

Conclusiones: los perfiles de la NED antes y después de la implantación de la vía clínica difieren significativamente en la patología de base, la vía de administración y el tipo de fórmula utilizada. La vía clínica ha facilitado la racionalización de la prescripción de esta prestación sanitaria.

Abstract

Introduction: Before 2010, prescribed home enteral nutrition (HEN) in Murcia was characterized by the great variability of the receptor patients, in addition to a higher use compared with other geographical areas.

Objectives: Developing and describing a clinical pathway for attending candidates for HEN, and analyzing their profile and prescription characteristics.

Methods: Establishment of a clinical pathway for HEN prescription. Bidirectional observational study of the samples of HEN in a specific area (Health Area I of the Region of Murcia) during 2010 (HEN1) and 2013-14 (HEN2).

Results: An official management statement was established, generalizing the clinical pathway for the rest of the regional areas (Instruction no. 4/2012 of July 12th). Although most prevalent diseases in both samples were neurological, followed, with a wide spread, by oncological and digestive cases, there was a significant difference regarding distribution. The HEN1 sample showed a great number of no candidate patients according to the management statement. In both samples, the most prevalent route of administration was oral, but with a trend reversal to feeding tube and gastrostomy in HEN2, where the specific formulas were also reduced.

Conclusions: The profile of HEN, before and after the deployment of the clinical pathway, changes significantly concerning the main disease, the route of administration and the formula. It has been proved that there is a need for controlling HEN for an appropriate prescription.

Palabras clave:

Nutrición enteral.
Soporte nutricional.
Cuidados
domiciliarios. Gasto
en medicación.

Key words:

Enteral nutrition.
Nutritional support.
Home care services.
Drugs costs.

Contribuciones de autoría: MFG, JRCS, MVGZ, AAG y VJRR concibieron y diseñaron la vía clínica NED de la Región de Murcia. Todos los firmantes han participado en distintos momentos en los trabajos de campo, análisis de datos y elaboración de informes científicos llevados a cabo. JFSR y MFG elaboraron la primera versión de este manuscrito. Todos los firmantes han realizado aportaciones críticas y aprobado el texto final. El autor para la correspondencia, en nombre del resto de las personas firmantes, garantiza la precisión, transparencia y honestidad de los datos y la información contenida en el estudio, que ninguna información relevante ha sido omitida, y que todas las discrepancias entre autores han sido adecuadamente resueltas y descritas.

Recibido: 30/01/2017
Aceptado: 28/02/2017

Ferrer Gómez M, Sánchez Romera JF, García Zafra MV, Cuenca Sánchez JR, Hernández Cascales AB, Aranda García A, Rausell Rausell VJ, Hernández Martínez AM. Implementación de una vía clínica de prescripción de nutrición enteral domiciliaria de Murcia. Perfiles y características muestrales. Nutr Hosp 2017;34:517-523

DOI: <http://dx.doi.org/10.20960/nh.839>

Correspondencia:

Juan Francisco Sánchez Romera. Servicio de Endocrinología y Nutrición. Hospital Clínico Universitario Virgen de la Arrixaca. Ctra. Madrid-Cartagena, s/n. 30120 El Palmar, Murcia
e-mail: jfsr69x@gmail.com

INTRODUCCIÓN

La revolución de la nutrición artificial se trasladó rápidamente desde las unidades de cuidados intensivos y servicios quirúrgicos al resto de especialidades, trascendiendo finalmente el ámbito hospitalario (1,2). Así, la utilización de la nutrición enteral domiciliaria (NED) ha ido aumentando en los países occidentales en las últimas décadas, siendo difícil conocer la prevalencia real de utilización de este tratamiento, así como la comparación entre los diferentes estudios. Las causas de estas limitaciones son múltiples. Entre ellas, encontramos la falta de registros nacionales fiables en la mayoría de los países, el elevado número de centros involucrados en el seguimiento de estos pacientes, así como la falta de existencia de un acuerdo claro respecto a la definición de NED (3). Sin embargo, lo que parece indiscutible es que permite al paciente permanecer en su entorno sociofamiliar, con similares garantías de seguridad y eficacia, siempre que se programen adecuadamente el tratamiento y el seguimiento del paciente. También se debe apuntar el significativo impacto económico de la NED en los sistemas sanitarios.

El escenario de la NED en la Región de Murcia y, por ende, en el Área Sanitaria I (A1) entre los años 2007 y 2010 estaba caracterizado por dos hechos relevantes: la gran variabilidad existente en la asistencia al paciente subsidiario de esta prestación y el elevado consumo de productos dietoterápicos (4). Por un lado, la Instrucción nº 2/2007 de 5 de julio (5) del Servicio Murciano de Salud (SMS) establecía que eran los especialistas adscritos a las unidades de nutrición hospitalaria, especialistas en Endocrinología y Nutrición, Medicina Interna, Oncología, Neurología, Digestivo y Nefrología, los responsables de la indicación. Se creó, por tanto, una considerable dispersión que conducía a la falta de criterios unificados en la asistencia, el diagnóstico, la indicación y el seguimiento. Por otro lado, el consumo de dietoterápicos mostraba una tendencia al alza, al igual que sucedía en el territorio nacional, pero con cifras bastante superiores a las de la media española. En las figuras 1 y 2 se puede apreciar esta evolución. Así, en 2010, el consumo de estos productos dietéticos mediante receta fue de 192.838 unidades de venta, por un importe de casi 17 millones de euros, lo que supuso un incremento en tres años cercano al 30% en envases y el 63% en importe (4). En ese periodo de tiempo el incremento de población en el A1 fue del 5,02% (6). El A1 contaba con un padrón de 255.078, 256.725 y 257.856 habitantes en los años 2010, 2013 y 2014 respectivamente, según datos del Centro Regional de Estadística de Murcia (CREM) del Padrón Municipal de Habitantes.

Respecto al perfil de los usuarios de NED (Tablas I y II), en el A1 de la Región de Murcia la edad media fue de $78,28 \pm 15,96$ años en el año 2010 (4). Las principales características de esta muestra discrepaban con los datos de la mayoría de los registros de NED publicados, tanto de grupos nacionales (7-14) como internacionales (15-17).

El objetivo principal de este trabajo es desarrollar y describir el procedimiento de la implementación de la "Vía clínica de asistencia al paciente subsidiario de nutrición enteral domiciliaria en la Región de Murcia". Posteriormente, y como objetivo secundario,

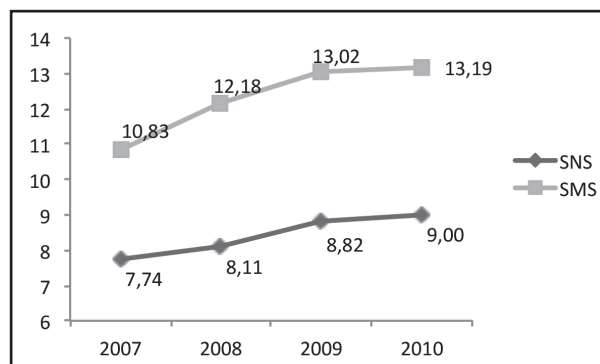


Figura 1.

Evolución de la nutrición enteral domiciliaria, unidades de venta/100 habitantes/año, en el Sistema Nacional de Salud (SNS) y el Servicio Murciano de Salud (SMS) (2007-2010) (con excepción de Cataluña y Galicia).

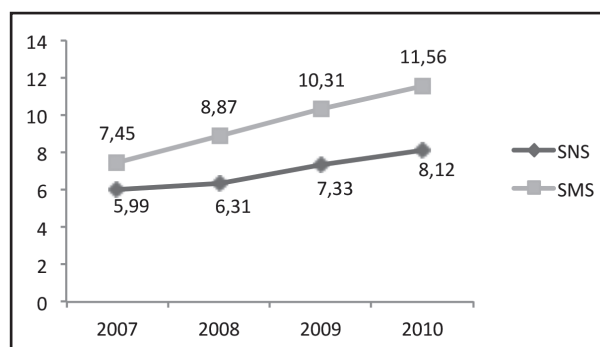


Figura 2.

Evolución del gasto en nutrición enteral domiciliaria, importe en euros/habitante/año, en el Sistema Nacional de Salud (SNS) y el Servicio Murciano de Salud (SMS) (2007-2010) (con excepción de Cataluña y Galicia).

se persigue analizar el perfil de los pacientes con NED antes y después de la implantación de la vía clínica, así como las características del soporte nutricional.

MATERIAL Y MÉTODOS

IMPLEMENTACIÓN DE LA VÍA CLÍNICA

Tras observar los datos de la NED en la Región de Murcia entre los años 2007-2010, a finales de 2010 se puso en marcha, desde el Área de Salud I Murcia Oeste del SMS, la confección de una vía clínica que cumpliera los requisitos planteados por la Guía NED del Sistema Nacional de Salud (SNS) (18), en su versión de 2008. De este modo, el proyecto "Implementación de una vía clínica de atención al paciente subsidiario de nutrición enteral domiciliaria en el Servicio Murciano de Salud" fue presentado por la Unidad de Nutrición (UN) del Área I al Comité de Dietas de la Región de Murcia, donde están representados el

Tabla I. Diferencias en los perfiles de usuarios de NED antes y después de la implementación de la vía clínica

Características		NED1 ^a		NED2 ^b		p
Edad		78,28 ± 15,96		76,30 ± 16,87		0,092
		NED1		NED2		p
		n	%	n	%	
Sexo	Varones	166	48,1	232	50,8	0,717
	Mujeres	179	51,9	225	49,2	
Grupo de patología	Neurológica	213	61,7	359	78,6	0,000
	Oncológica	29	8,4	59	12,9	
	Digestiva	20	5,8	22	4,8	
	Otras	68	19,7	12	2,6	
	Sin dx	15	4,3	5	1,1	
Patología anexo II ^c	Pat I	15	4,3	41	9,0	0,000
	Pat II	123	35,7	358	78,3	
	Pat III	5	1,4	21	4,6	
	Pat IV	9	2,6	30	6,6	
	Criterios insuficientes	104	30,1	4	0,9	
	No All	89	25,8	3	0,7	
Tipo de vía	Oral	296	85,8	276	60,4	0,000
	SNG	42	12,2	127	27,8	
	Gastrostomía	7	2,0	54	11,8	
Nutrición solicitada	No específica	167	48,4	188	41,1	0,000
	Específica	92	26,7	67	14,7	
	Módulo	86	24,9	202	44,2	
n		345		457		

^aMuestra de usuarios de nutrición enteral domiciliaria (excluyendo suplementos) del Área 1 de salud del Sistema Murciano de Salud en el año 2010, antes de la implementación de la vía clínica. ^bMuestra de usuarios de nutrición enteral domiciliaria (excluyendo suplementos) del Área 1 de salud del Sistema Murciano de Salud en los años 2013-14, después de la implementación de la vía clínica. ^cPatologías recogidas en la Instrucción 4/2012 (19), por la que se establece el procedimiento a seguir para facilitar la prestación de productos dietéticos en el ámbito del sistema sanitario público de la Región de Murcia. Patología All (con indicación en normativa regional - vía clínica) (nominal): pat I o alteraciones mecánicas de la deglución o del tránsito, que cursan con afagia o disfagia severa y precisan sonda; pat II o trastornos neuromotores que impidan la deglución o el tránsito y que precisen sonda; pat III o requerimientos especiales de energía y/o nutrientes; pat IV o situaciones clínicas cuando cursan con desnutrición; criterios insuficientes (patología indicada pero error en la vía de administración y/o la NED solicitada); y no All o patologías no indicadas.

Servicio de Inspección de Prestaciones Asistenciales (SIPA) y el Servicio de Gestión Farmacéutica del SMS, con su consiguiente aprobación. La UN y la Subdirección de Atención Primaria (AP), ambas del Área I, coordinaron la implantación de la vía como proyecto piloto. Así, se confeccionó de forma conjunta un documento para entregar a AP en las reuniones informativas realizadas en todos los centros de salud del área. Estas reuniones tuvieron como finalidad proporcionar a los facultativos de AP los conocimientos suficientes sobre el cambio en el funcionamiento del acceso a la prestación de NED, así como de los parámetros mínimos necesarios para detectar desnutrición y necesidad de soporte nutricional. Finalmente, los documentos a cumplimentar por estos médicos para solicitar la NED a la UN fueron incluidos en el programa de historia electrónica de la red de Primaria.

PERFIL DE LA MUESTRA

Diseño observacional y ambispectivo en el que se analizaron las muestras de NED (fórmulas no específicas, específicas y módulos) de adultos del Área I en el año 2010 y en los años 2013-14, recogiendo variables relativas a la patología del paciente, la patología que justifica la NED según normativa regional, la vía de administración y el tipo de nutrición, así como variables sociodemográficas. Así, encontramos una muestra antes de la implementación de la vía clínica (NED1) relativa al año 2010 y otra posterior (NED2), compuesta por las peticiones que desde AP se realizaron al Servicio de Endocrinología y Nutrición del Hospital Clínico Universitario Virgen de la Arrixaca (HCUVA) y que fueron aceptadas para prescripción por cumplir los requisitos pertinentes a la vía clínica en los años 2013-2014.

Tabla II. Diferencias en los perfiles de usuarios de NED (excluyendo suplementos) antes y después de la implementación de la vía clínica

Características		NED10 ^a		NED20 ^b		p
Edad		77,76 ± 15,84		74,53 ± 17,23		,026
		NED10		NED20		p
		n	%	n	%	
Sexo	Varones	127	48,5	133	51,2	0,540
	Mujeres	135	51,5	127	48,5	
Grupo de patología	Neurológica	141	53,8	172	66,2	0,000
	Oncológica	26	9,9	52	20,0	
	Digestiva	20	7,6	22	8,5	
	Otras	62	23,7	11	4,2	
	Sin dx	13	5,0	3	1,2	
Patología anexo II ^c	Pat I	12	4,6	36	13,8	0,000
	Pat II	46	17,6	172	66,2	
	Pat III	5	1,9	20	7,7	
	Pat IV	9	3,4	29	11,2	
	Criterios insuficientes	104	39,7	0	0	
	No All	86	32,8	3	1,2	
Tipo de vía	Oral	214	81,7	83	31,9	0,000
	SNG	41	15,6	124	47,7	
	Gastrostomía	7	2,7	53	20,4	
Nutrición solicitada	No específica	167	63,7	188	72,3	0,000
	Específica	92	35,1	67	25,8	
	Módulo	3	1,1	5	1,9	
n		262		260		

^aMuestra de usuarios de nutrición enteral domiciliaria (excluyendo suplementos) del Área I de salud del Sistema Murciano de Salud en el año 2010, antes de la implementación de la vía clínica. ^bMuestra de usuarios de nutrición enteral domiciliaria (excluyendo suplementos) del Área I de salud del Sistema Murciano de Salud en los años 2013-14, después de la implementación de la vía clínica. ^cPatologías recogidas en la Instrucción 4/2012 (19), por la que se establece el procedimiento a seguir para facilitar la prestación de productos dietéticos en el ámbito del sistema sanitario público de la Región de Murcia. Patología All (con indicación en normativa regional - vía clínica) (nominal): pat I o alteraciones mecánicas de la deglución o del tránsito, que cursan con afagia o disfagia severa y precisan sonda; pat II o trastornos neuromotores que impidan la deglución o el tránsito y que precisen sonda; pat III o requerimientos especiales de energía y/o nutrientes; pat IV o situaciones clínicas cuando cursan con desnutrición; criterios insuficientes (patología indicada pero error en la vía de administración y/o la NED solicitada); y no All o patologías no indicadas.

A continuación, se presentan las variables a analizar:

- Sexo y edad.
- Patología (nominal): neurológica, oncológica, digestiva, otras enfermedades, y sin diagnóstico facilitados.
- Patología All (con indicación en normativa regional - vía clínica) (nominal): pat I o alteraciones mecánicas de la deglución o del tránsito, que cursan con afagia o disfagia severa y precisan sonda; pat II o trastornos neuromotores que impidan la deglución o el tránsito y que precisen sonda; pat III o requerimientos especiales de energía y/o nutrientes; pat IV o situaciones clínicas cuando cursan con desnutrición; criterios insuficientes (patología indicada pero error en la vía de administración y/o la NED solicitada); y no All o patologías no indicadas.

- Vía (nominal): oral, sonda nasogástrica (SNG) y ostomía.
- NED solicitada (nominal): fórmula no específica, fórmula específica y módulo.

Para describir los diversos parámetros, criterios clínicos y evolución de la NED, se utilizó el programa IBM SPSS Statistics 22.0. Se manejaron técnicas descriptivas para calcular frecuencias en las variables cualitativas y, en su caso, medidas centrales y de dispersión para las cuantitativas. Para los análisis entre variables se usaron técnicas de significación como la t de Student y Chi cuadrado.

La utilización de información y datos sobre consumo de productos dietoterápicos cuenta con autorización de la Dirección General de Asistencia Sanitaria. El trabajo cuenta con el informe favorable del CEIC del HCUVA, conforme a los aspectos éticos de la Declaración de Helsinki.

RESULTADOS

IMPLEMENTACIÓN DE LA VÍA CLÍNICA

En el primer semestre del año 2011 se puso en marcha la vía clínica en el Área I y se presentó en el Comité de Dietas del SMS, con representantes de los responsables de NED de todas las áreas de salud. El buen funcionamiento de la iniciativa culminó en la publicación en el BORM de la Instrucción 4/2012 (19), que establecía el procedimiento para la prestación de productos dietéticos en el ámbito sanitario público de la región. Esta instrucción generalizó la vía clínica a todas las áreas de salud. Así, los miembros de las UUNN se convertían en los únicos con potestad para la indicación de NED en el SMS. La figura 3 representa el nuevo circuito a seguir para la prescripción de NED en el SMS.

El protocolo de asistencia nutricional establecía un circuito entre AP y la UN del área sanitaria correspondiente. Cuando AP identifica a un paciente, cumplimenta un "informe de propuesta", que es enviado a la UN de referencia, donde es valorado, cumplimentando el "informe para visado" (Anexo II) y realizando la primera receta si existe indicación. El Anexo II y la primera receta se envían a AP y son remitidos al SIPA. Este, una vez visado el Anexo II, lo reenvía a AP. En ocasiones, según complejidad, será necesaria la evaluación del paciente en la UN. La Atención Especializada, a través de interconsulta, solicitará también el Anexo II a las UUNN.

PERFIL DE LA MUESTRA

En la tabla I mostramos las principales características de las muestras NED1 y NED2. El número de peticiones/pacientes

ascendía a 345 en la NED1 y 457 en la NED2. En la tabla II mostramos las principales características de las muestras NED1 y NED2, tras eliminar las fórmulas espesantes NED10 y NED20 respectivamente. El número de peticiones/pacientes ascendía a 262 en la NED10 y 260 en la NED20.

DISCUSIÓN

En 1996, la creación en España, por parte del Pleno del Consejo Interterritorial del SNS, de un grupo de expertos para abordar la situación de la NED es el punto de partida de un proceso encaminado a intentar establecer unas directrices de actuación en un ámbito hasta entonces poco regularizado. Esto resultó en una orden ministerial para regular la prestación de productos dietoterápicos, la Orden de 2 de junio de 1998 (20), y una Guía de Práctica Clínica revisada en 2008 (18). Esta última revisión se realiza estando ya vigente el Real Decreto 1030/2006 de 16 de septiembre de 2006 (21), por el que se establecen la Cartera de Servicios Comunes del SNS y el procedimiento para su actualización, que deroga la orden anterior. Así pues, actualmente, para que un paciente sea subsidiario de financiación de la prestación de NED en España debe cumplir todos y cada uno de los requisitos establecidos en las mencionadas ordenanzas. La patología de base debe corresponder a alguna de las situaciones clínicas que recoge el Real Decreto 1030/2006 (21), la vía de administración es regulada por el mismo, las necesidades nutricionales no deben poder ser cubiertas con alimentos de consumo ordinario y el soporte nutricional debe suponer un beneficio en cuanto a mejora de calidad de vida o recuperación de su proceso, y que supere los riesgos que asocie. Se establece también en dicha

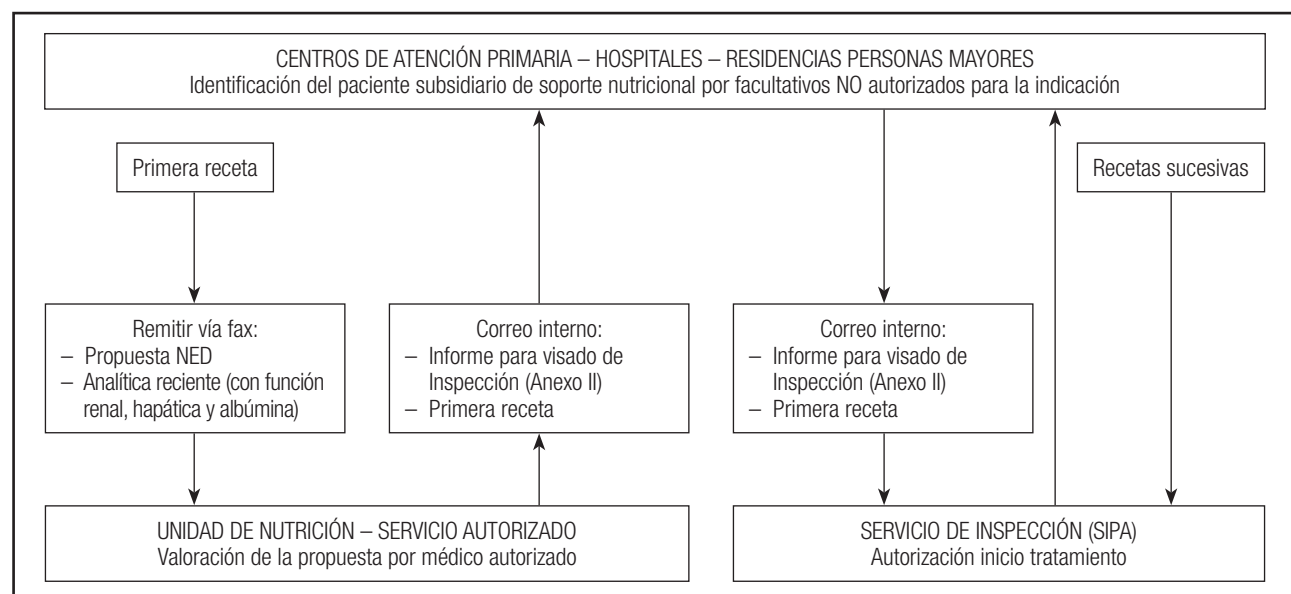


Figura 3.

Nuevo circuito para la prescripción de nutrición enteral domiciliaria en el Servicio Murciano de Salud (19).

publicación que los responsables de la indicación de los tratamientos de NED son los facultativos especialistas adscritos a la unidad de nutrición de los hospitales o aquellos que determine el Instituto Nacional de Salud o los Servicios de Salud de las CCAA en sus respectivos ámbitos de gestión y competencias, de acuerdo con los protocolos existentes para ello.

La puesta en práctica de esta legislación en las distintas CCAA presenta diferencias en cuanto a los facultativos con capacidad de realizar la indicación de la prescripción, ya que el Real Decreto 1030/2006 (21) deja abierta la posibilidad de que sean los propios Servicios de Salud de las CCAA quienes otorguen esa potestad. En la Región de Murcia, a través de la Instrucción 2/2007 (5) se estableció que la indicación de NED se podía realizar por pediatras y especialistas adscritos a las unidades de nutrición hospitalaria, especialistas en Endocrinología y Nutrición, Medicina Interna, Oncología, Neurología, Aparato Digestivo, Nefrología, facultativos pertenecientes al Plan de Cuidados Paliativos y, en el caso de las fórmulas para alergia o intolerancia a las proteínas de la leche de vaca, pediatras de AP previa realización del curso "Capacitación para el manejo de la intolerancia alimentaria y manejo de leches especiales" (modificación introducida mediante la Instrucción 1/2011 del 17 de mayo) (22).

Lo anteriormente expuesto pone de manifiesto la situación de la atención al paciente subsidiario de NED antes de la puesta en marcha de la vía clínica, objeto de este trabajo. La indicación del soporte nutricional recaía sobre las citadas especialidades, que remitían al SIPA el correspondiente informe (Anexo II) y la primera receta para su visado. El posterior seguimiento evolutivo podía llevarse a cabo tanto en Atención Especializada como en Primaria. La gran dispersión del proceso hacía imposible la existencia de criterios unificados de actuación en la atención a este tipo de patología. Por tanto, la puesta en marcha del proyecto piloto "Implementación de una vía clínica de atención al paciente subsidiario de nutrición enteral domiciliaria en el Servicio Murciano de Salud" culminó con el desarrollo del nuevo circuito a seguir para la prescripción de la NED en el SMS, tras la Instrucción 4/2012 (19), por la Dirección de Gerencia del SMS, que establece los facultativos competentes y el procedimiento a seguir para facilitar la prestación de productos dietéticos en el ámbito del sistema sanitario público de la región.

Con todo esto, este trabajo presenta dos realidades de la NED en Murcia. Por un lado, la existente antes de la implementación de la vía clínica desarrollada y que está representada en este trabajo por los pacientes de NED del Área I en el año 2010 (NED1), y por otro lado, la constituida por los pacientes de NED de los años 2013-2014 (NED2) de la misma área sanitaria. Al compararlas, observamos que no existen diferencias significativas en cuanto a edad y sexo. El porcentaje de ambos sexos se sitúa en torno al 50% y la edad media, por encima de los 75 años. En ambas muestras predomina la patología de base neurológica, que alcanza las dos terceras partes del total. La enfermedad oncológica parece infraestimada (8,4% en NED1 y 12,9% en NED2) en relación a cifras de otros registros. La British Association for Parenteral and Enteral Nutrition (BAPEN) (15) publica un porcentaje creciente del 25% en el año 2000, que llegó al 39%

en 2010, momento en el que la neurológica alcanza el 45,7%. El grupo NADyA (7-11), sin embargo, informa de una caída de la neoplasia como enfermedad de base del 41% en 1994 al 28% en 2013, con una prevalencia de los desórdenes neurológicos que asciende hasta el 60,6%. Esta modificación podría estar motivada por la exclusión desde el año 2010 de los pacientes con soporte oral en sus bases de datos (9). En cuanto a las cifras de la República Checa de 2011, presentan el cáncer como enfermedad más prevalente entre sus pacientes con NED, alcanzando un 45%, frente a un 34% correspondiente a problemas neurológicos (16). La posible explicación a nuestro perfil es que el seguimiento de pacientes oncológicos se realiza en dos consultas monográficas de nuestra unidad y no entran a formar parte de este circuito. Esto se debe a la importancia de nutrir/renutrir a los pacientes con cáncer, entre ellos de cabeza y cuello, colocando el soporte nutricional como parte importante en el tratamiento de una grave enfermedad con elevada mortalidad (23). En la NED1 se observa un 19,7% de enfermedades distintas a la neurológica, oncológica y digestiva, frente al 2,6% de la NED2. Así mismo, el grupo sin diagnóstico cae del 4,3% en la primera al 1,1% en la segunda. Estas últimas cifras de la NED1, en relación a otros registros, podrían estar indicando la necesidad de mejora de los criterios de indicación de soporte nutricional.

Si lo que comparamos ahora son ambas muestras, en lo referente a patologías recogidas en el Anexo II (patologías financiadas por el SNS) podemos apreciar que existe también una amplia diferencia entre las distribuciones. En la muestra NED1, aunque domina el grupo II de trastornos neurológicos hay un alto porcentaje de pacientes con criterios insuficientes (30,1%) y con diagnósticos no encuadrables en dicho anexo (25,8%). En la NED2, sin embargo, se observa una reducción drástica de estos dos porcentajes, al 0,9 y 0,7% respectivamente, a favor del grupo II, que alcanza el 78,3% del total.

En lo referente al tipo de vía utilizada, en ambas muestras es la oral la que encabeza el grupo, con un 85,8% en NED1 y un 60,4% en NED2. Esta caída en la segunda muestra se acompaña de un ascenso en la utilización de SNG, que se incrementa del 12,2% al 27,8%, y de la gastrostomía, que pasa del 2% al 11,8%. La comparación de estas cifras con la mayoría de los otros registros no es posible dado que en muchos de ellos se excluye la vía oral. Solamente los checos reportan un uso de esta vía del 59%, seguido de la gastrostomía, con un 29%, y de la SNG, con el 12% (16), cifras muy parecidas a las de la NED2. El registro NADyA hablaba de administración oral en un 64% en 2007; posteriormente, como hemos mencionado, solo recogen administración enteral (9).

Finalmente, cuando analizamos el tipo de fórmula solicitado, también encontramos modificaciones importantes entre NED1 y NED2. Destaca una reducción de la prescripción de fórmulas no específicas del 48,4% al 41,1% y, fundamentalmente de las específicas, del 24,9% al 14,7%, con un aumento importante de la utilización de módulos, pasando estos del 24,9% al 44,2% a expensas de espesantes principalmente. Estos cambios se podrían explicar por el trasvase de pacientes afectos de disfagia con dietas utilizadas como suplemento a módulos espesantes, así como el paso de dietas específicas a no

específicas en los casos en los que su uso no tiene suficiente evidencia científica.

Pasamos al análisis de las muestras NED10 y NED20 que excluyen los espesantes, frente a NED1 y NED2, respectivamente. Se observa una edad media menor en NED20, que puede resultar de eliminar prescripciones orales no indicadas en los pacientes muy mayores. Respecto al grupo de patología, en NED10 encontramos un aumento del grupo de *otras patologías*, con un leve descenso en las neurológicas. En NED20 se observa un aumento claro del grupo de *neoplasias*, mientras que los trastornos neurológicos descienden, especialmente los grupos *otras patologías* y *sin diagnóstico*. Al separar los espesantes, utilizados en su mayor parte en pacientes con disfagia neurológica, suben porcentualmente los otros grupos diagnósticos. Esto se aprecia de forma mucho más clara cuando la patología de base se clasifica según Anexo II; en la muestra NED10 el peso del grupo II cae, mientras que suben el grupo con *criterios insuficientes* y el de *enfermedades no indicadas en la normativa regional (vía clínica)* (19). En cambio, en la muestra NED20 la reducción en el grupo II va acompañada de un ascenso de los grupos I y IV. Los pacientes con *criterios insuficientes* o *sin diagnóstico* siguen representando apenas un 1,5% del total. En cuanto al tipo de fórmula, se aprecia un traslado de dietas específicas a no específicas en ambos casos.

Como principales limitaciones de este trabajo se encuentra la falta de inclusión de los pacientes procedentes de interconsultas de Atención Especializada y de las consultas monográficas del propio Servicio. Por otro lado, la metodología estandarizada basada en las dosis diarias definidas hubiese permitido plantear una evolución del consumo teniendo en cuenta los cambios en la presentación de la NED y/ o la población de referencia (24).

Podemos concluir que los perfiles de los pacientes con NED antes y después de la implantación de la vía clínica en el Área I difieren significativamente en la patología de base, la patología Anexo II (financiable por el SNS), la vía de administración y el tipo de fórmula utilizado. Queda clara la necesidad de centralizar la prescripción de NED para controlar la adecuada indicación, el tipo de fórmula y la vía de administración.

BIBLIOGRAFÍA

- Pérez de la Cruz AJ. Home nutritional support: A step towards humanization. *Med Clin (Barc)* 2008;131:293-4.
- De Luis D, Aller R, Culebras J. Recommendations for artificial nutritional support in critically ill patients. *Med Clin (Barc)* 2006;127:232-6.
- Moreno JM, Shaffer J, Staun M, et al. Survey on legislation and funding of home artificial nutrition in different European countries. *Clin Nutr Edinb Scot* 2001;20:117-23.
- Ferrer Gómez M, García Zafra MV, Cuenca Sánchez JR, et al. Nutrición enteral domiciliaria en la Región de Murcia. Perfil de la muestra, evolución del coste y perspectiva. Años 2007-2010. *Nutr Hosp* 2016;33:1022-26.
- Instrucción 2/2007 de 5 de julio, del Director Gerente del Servicio Murciano de Salud, por la que se establece el procedimiento a seguir para facilitar la prestación con productos dietéticos (junio de 2007).
- Servicio de Planificación y Financiación. Consejería de Sanidad. Evolución de la población. Región de Murcia 2003-2014. 2015. Disponible en: <http://www.murciasalud.es/pagina.php?id=154054>
- Gómez Candela C, De Cos Al. Domiciliary artificial nutrition. Annual Report 1994. NADYA Group. *Nutr Hosp* 1997;12:20-7.
- Cuerda C, Planas M, Gómez Candela C, group N-S. Trends in home enteral nutrition in Spain: Analysis of the NADYA registry 1992-2007. *Nutr Hosp* 2009;24:347-53.
- Frías L, Puiggròs C, Calañas A, et al. Home enteral nutrition in Spain: NADYA registry in 2010. *Nutr Hosp* 2012;27:266-9.
- Wanden-Berghe C, Matía Martín P, Luengo Pérez LM, et al. Home enteral nutrition in Spain; NADYA registry 2011-2012. *Nutr Hosp* 2014;29:1339-44.
- Wanden-Berghe C, Álvarez Hernández J, Burgos Peláez R, et al. A home enteral nutrition (HEN) - Spanish registry of NADYA-SENPE group for the year 2013. *Nutr Hosp* 2015;31:2518-22.
- Pérez Méndez LF, García-Mayor RV, Grupo de Trabajo de la Sociedad Gallega de Nutrición y Dietética. Current situation of domiciliary enteral nutrition in Galicia. A multicenter study. *Nutr Hosp* 2001;16:257-61. Disponible en: <http://www.aulamedica.es/gdcr/index.php/nh/article/view/3252/3252>
- De Luis DA, Aller R, Izaola O, et al. Experience of 6 years with home enteral nutrition in an area of Spain. *Eur J Clin Nutr* 2006;60:553-7.
- De Luis DA, Izaola O, Cuellar LA, et al. Experience over 12 years with home enteral nutrition in a healthcare area of Spain. *J Hum Nutr Diet* 2013;(Supl 1):39-44.
- Nutrition BANS-BAPEN. Annual BANS Report, 2011 Artificial Nutrition Support in the UK 2000-2010. United Kingdom: The British Association for Parenteral and Enteral Nutrition; 2011. Disponible en: http://www.bapen.org.uk/pdfs/bans_reports/bans_report_11.pdf
- Jirka A, Svanda J, Tesinsky P, et al. National registry of home parenteral and enteral nutrition in Czech Republic: The 2010 data. *Clin Nutr* 2011;(Supl 87). Disponible en: https://www.clinicalkey.es/service/content/pdf/watermarkd/1-s2.0-S1744116111702204.pdf?locale=es_ES
- Hebuterne X, Bozzetti F, Moreno Villares JM, et al. Home enteral nutrition in adults: A European multicentre survey. *Clin Nutr* 2003;22:261-6.
- Sistema Nacional de Salud. Guía de Nutrición Enteral Domiciliaria en el Sistema Nacional de Salud. Ministerio de Sanidad; 2008. Disponible en: <https://www.msssi.gob.es/profesionales/prestacionesSanitarias/publicaciones/docs/guiaNED.pdf>
- Instrucción 4/2012, de 12 de julio, de la Dirección Gerencia del Servicio Murciano de Salud, por la que se establece el procedimiento a seguir para facilitar la prestación de productos dietéticos en el ámbito del sistema sanitario público de la Región de Murcia. BORM 171 (25 de julio de 2012). Disponible en: <http://www.borm.es/borm/documento?obj=anu&id=548958>
- Orden de 2 de junio de 1998 para la regulación de la nutrición enteral domiciliaria en el Sistema Nacional de Salud. BOE 1998;139:19294-6. Disponible en: <https://www.boe.es/boe/dias/1998/06/11/pdfs/A19294-19296.pdf>
- Real Decreto 1030/2006, por el que se establece la cartera de servicios comunes del Sistema Nacional de Salud y el procedimiento para su actualización (15 de septiembre de 2006). Disponible en: <https://www.boe.es/buscar/pdf/2006/BOE-A-2006-16212-consolidado.pdf>
- Instrucción 1/2011 del Director Gerente del Servicio Murciano de Salud, por la que se modifica la Instrucción no 2/2007 de 5 de julio, por la que se establece el procedimiento a seguir para facilitar la prestación con productos dietéticos (17 de mayo de 2011).
- Oría Mundín E, Arias De La Vega F. Enteral nutrition support of head and neck cancer patients. *Med Clin (Barc)* 2009;132:59-61.
- Olveira G, Tapia MJ, Colomo N, et al. Usefulness of the daily defined dose method to estimate trends in the consumption, costs and prevalence of the use of home enteral nutrition. *Clin Nutr* 2009;28(3):285-90.