



# Nutrición Hospitalaria

Nutrición Hospitalaria

ISSN: 0212-1611

info@nutricionhospitalaria.com

Grupo Aula Médica

España

## NUTRICIÓN ARTIFICIAL DOMICILIARIA

Nutrición Hospitalaria, vol. 24, núm. 1, mayo, 2009, pp. 45-51

Grupo Aula Médica

Madrid, España

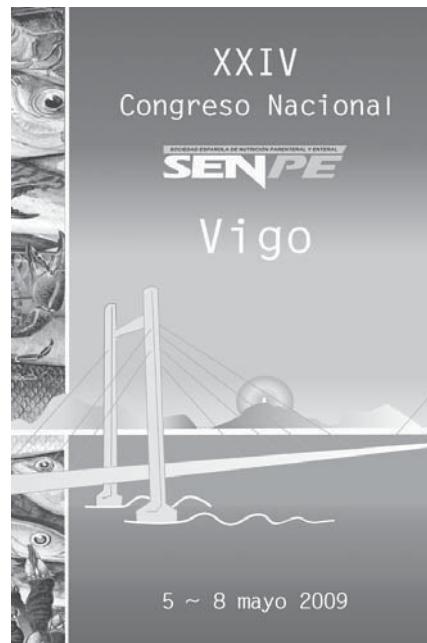
Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=309226750005>

- ▶ Cómo citar el artículo
- ▶ Número completo
- ▶ Más información del artículo
- ▶ Página de la revista en redalyc.org

redalyc.org

Sistema de Información Científica

Red de Revistas Científicas de América Latina, el Caribe, España y Portugal  
Proyecto académico sin fines de lucro, desarrollado bajo la iniciativa de acceso abierto



ÁREA TEMÁTICA  
**NUTRICIÓN ARTIFICIAL  
DOMICILIARIA**

**XXV CONGRESO NACIONAL**  
Vigo, 5 - 8 de mayo de 2009

## IMPLEMENTACIÓN DE LA PRESCRIPCIÓN ELECTRÓNICA ASISTIDA EN NUTRICIÓN ENTERAL DOMICILIARIA

Boyeras Vallespir B, Bobis Casas M<sup>a</sup>A, Pérez Plasencia A, Aguilar Salmerón R

<sup>1</sup>Hospital Universitari De Girona Dr. J. Trueta

**Introducción:** Las nuevas tecnologías aplicadas al ámbito sanitario son una herramienta útil para aumentar la seguridad en el uso de medicamentos y mejorar la calidad asistencial al paciente. La prescripción electrónica asistida (PEA) integrada con otras bases de datos del hospital y con el sistema de gestión de medicamentos permite disminuir los problemas relacionados con el tratamiento farmacoterapéutico y mejorar la eficiencia de los recursos utilizados.

**Objetivo:** Describir la implementación de un sistema de PEA a pacientes externos con Nutrición Enteral Domiciliaria (NED) en un hospital de referencia de nivel III.

**Material y métodos:** Se realizó una sesión informativa a los facultativos implicados en la atención a pacientes externos con NED: endocrinólogos, digestólogos, cirujanos, neurólogos, pediatras y dietistas. La formación específica del programa de PEA (Savac®) se llevó a cabo en tres sesiones por dos farmacéuticos del Servicio de Farmacia: el responsable de la Atención Farmacéutica a pacientes con NED y el responsable de la implementación de la PEA en el hospital.

**Resultados:** Los prescriptores acceden al programa de PEA a través de la estación clínica de trabajo, en la cual pueden visualizar los datos demográficos del paciente, informes médicos, analíticas, curso clínico y tratamiento farmacoterapéutico, tanto de Atención Especializada como de Atención Primaria. Desde la asistencia de consulta externa se accede a la pantalla de prescripción en la que se cumplimentan los datos antropométricos del paciente, la indicación de NED (CIM-9), el tipo de nutrición, la posología, la vía de administración y los equipos de administración, si proceden. Además existe un campo de texto libre que facilita la comunicación médico-farmacéutico. Una vez firmada la prescripción, ésta es visualizada por el farmacéutico el cual la valida, dispensa la nutrición y el material necesario, y escribe el curso clínico con las recomendaciones que haya dado al paciente. El programa también ofrece la posibilidad de imprimir una hoja educativa para el paciente con la nutrición que ha de tomar y las instrucciones de administración oportunas.

**Conclusiones:** Los sistemas de información integrados permiten el acceso on-line a toda la información farmacoterapéutica e historia clínica del paciente y la eliminación de todos los impresos en formato papel hasta ahora utilizados. La implementación de la prescripción electrónica asistida (PEA) desde la consulta externa ha supuesto una optimización de los recursos utilizados en el circuito de prescripción-validación-dispensación de la NED en nuestro hospital.

## NUTRICIÓN PARENTERAL DOMICILIARIA EN EL PACIENTE PEDIÁTRICO CON FIBROSIS QUÍSTICA DE PÁNCREAS

Moreno Villares JM, Valero Zanuy M<sup>a</sup>A, Gomis Muñoz P, Manzanares López-Manzanares J, García Hernández G, León Sanz M

Hospital 12 De Octubre

**Introducción:** El empleo de nutrición parenteral domiciliaria (NPD) en el paciente con fibrosis quística (FQ) es excepcional. En series amplias constituyen menos del 2% de los pacientes pediátricos (BANS, BAPEN, 2008).

**Objetivo:** Revisamos la experiencia de uso de NPD en un programa iniciado en 1993.

**Pacientes y métodos:** Estudio descriptivo, retrospectivo de los pacientes que recibieron NPD. Se revisaron la indicación, vía de acceso, edad al inicio, duración, causa de retirada y complicaciones. Los datos cuantitativos se dan como media o mediana y desviaciones o rango. Los cualitativos como frecuencia.

**Resultados:** De los 30 niños que recibieron NPD en este periodo, 4 padecía FQ (13,3%). Un paciente recibió NPD en dos ocasiones separadas más de un año y otro en tres. Dos iniciaron la NPD en los primeros 6 meses de vida y los otros dos en la edad prepuberal. La indicación en los dos pacientes más jóvenes fue un fracaso intestinal secundario a malformación congénita intestinal, mientras que en los dos más mayores fue por desnutrición refractaria al tratamiento enteral. Todos recibían NPD a través de un catéter tunelizado (Hickman®) colocado a propósito. La duración total de la NPD fue de 1385 días, con una media de 346 y un rango entre 30 y 425 días. En dos pacientes se retiró NPD cuando alcanzaron autonomía intestinal, otro cuando recibió un trasplante pulmonar y otro continua. Durante todo el periodo no hubo ninguna complicación infecciosa asociada a catéter y tres complicaciones mecánicas (dos roturas y un desplazamiento). En todos los niños se apreció una adecuada ganancia ponderal y mejoría de la función respiratoria.

**Conclusiones:**

1. En nuestra serie los pacientes con FQ constituyeron el 13% de los pacientes, cifra superior a la de otras series más amplias.
2. La tasa de complicaciones asociadas a la técnica es baja.
3. La NP prolongada consiguió una adecuada ganancia ponderal en todos los casos.

## PREVENCIÓN E INCIDENCIA DE OCLUSIÓN DEL CATÉTER Y TROMBOSIS VENOSA EN PACIENTES CON NUTRICIÓN PARENTERAL DOMICILIARIA (NPD)

Puiggros Llop C<sup>1</sup>, Virgili Casas N<sup>2</sup>, Chicharro Serrano M<sup>a</sup>L<sup>1</sup>, De la Cuerda Compes C<sup>3</sup>, Martínez Faldo C<sup>4</sup>, Garde Orbaiz C<sup>5</sup>, De Luis D<sup>6</sup>

<sup>1</sup>Hospital Universitario Vall D'Hebron. Barcelona. <sup>2</sup>Hospital Universitari de Bellvitge. <sup>3</sup>Hospital Universitario Gregorio Marañón. <sup>4</sup>Hospital Universitario de Asturias. <sup>5</sup>Hospital de Donostia. <sup>6</sup>Hospital Rio Ortega

**Introducción:** Hasta el momento actual no hay ninguna recomendación basada en la evidencia sobre la sistemática a seguir de cara a mantener la permeabilidad de los accesos venosos ni prevenir la trombosis venosa en pacientes en programa de nutrición parenteral domiciliaria.

**Objetivos:** Conocer la práctica habitual de cara al mantenimiento de los catéteres venosos centrales para NPD, y la incidencia de oclusión de los mismos y de trombosis venosa asociada, en nuestro país.

**Métodos:** estudio retrospectivo de los pacientes en activo en programa de NPD hasta noviembre de 2008 registrados por el grupo NADYA.

**Resultados:** Se han incluido un total de 49 pacientes (16 hombres y 33 mujeres) pertenecientes a 6 hospitales, con una media de edad de  $52,1 \pm 13,9$  años, y una duración media de la NPD de  $57,4 \pm 73,3$  meses, con una media de  $5,8 \pm 1,8$  días de NP a la semana. Las patologías más frecuentes son la enteritis rácica, las alteraciones de la motilidad intestinal y la isquemia mesentérica, (con un 20,4% de pacientes cada una de ellas), seguidas de la neoplasia activa (16,3%), siendo el síndrome de intestino corto (49,0%) y la obstrucción intestinal (28,6%) las principales indicaciones de la NPD. Factores predisponentes de trombosis venosa (aparte de la neoplasia): Diatesis trombótica (6,1%), enfermedad tromboembólica (6,1%), paciente encamado (6,1%), insuficiencia cardíaca (4,1%), tratamiento con estrógenos o progestágenos (2,0%) y obesidad (2,0%). El 77,6% de los pacientes recibe la NPD a través de un catéter tunelizado, y el resto a través de un reservorio implantado. Mantenimiento de la permeabilidad del catéter: en el 28,6% de pacientes se usa suero fisiológico y en el 69,4% heparina en distintas concentraciones: 20 U/ml (Fibrinol<sup>®</sup>) un 20,4%, al 1% un 26,5%, al 5% un 2,0%, al 1% un 18,4%, al 55 un 2,0%, retirándose esta del catéter previa la administración de la NPT en el 63,3% de los casos, en el 2%. Se han registrado 4 episodios de oclusión del catéter, 6 episodios de trombosis venosa (4 de ellos en 2 pacientes), y 3 episodios de tromboembolismo pulmonar. El 22,4% de los pacientes recibe anticoagulación sistémica.

**Conclusiones:** La incidencia de complicaciones tromboembólicas en este grupo de pacientes es baja. Existe una gran heterogeneidad en la profilaxis de la oclusión del catéter, siendo necesario unificar criterios en este sentido.

## NUTRICIÓN PARENTERAL DOMICILIARIA: REGISTRO NACIONAL 2008

Cuerda Compés C, Gómez Candela C, Puiggrós C, Virgili Casas N, Gómez Enterriá P, Moreno Villares JM, Luengo LM, Cardona D, Ordóñez J, Pérez de la Cruz A

Unidad De Nutrición. Hospital General Universitario Gregorio Marañón

**Objetivos:** Presentar los datos de nutrición parenteral domiciliaria (NPD) en España del año 2008.

**Material y métodos:** Estudio realizado con la base de datos del grupo NADYA ([www.nadya-senpe.com](http://www.nadya-senpe.com)) del registro de NPD (1 enero-15 diciembre 2008).

**Resultados:** Se han comunicado 127 pacientes (56% mujeres, 12% niños) de 21 hospitales, con 135 episodios de NPD. La edad media en los 14 años. En 54 casos tenían ingesta oral de alimentos y 13 nutrición enteral complementaria. La duración media de la NPD fue de 292 días (9% 2 años). En los 14 años: cáncer 19% (15% paliativo, 4% activo radical), enteritis rácica 16%, alteraciones de la motilidad 13%, isquemia mesentérica 11%. La vía de acceso fue recogida en el 30% de los casos (68% catéter tunelizado, 18% reservorio). Las complicaciones más frecuentes fueron las infecciones relacionadas con el catéter (0,53/1.000 días), de las cuales un 35% ocurrieron en niños. A lo largo del año finalizaron 23 episodios de NPD (18%, el 57% por fallecimiento, 26% paso a vía oral/enteral). El 49% presentaban una actividad normal, estando limitada en el 41%. Entre los adultos, el 59% eran autónomos y 41% requerían ayuda total/parcial. El hospital de referencia suministró la nutrición parenteral en el 75% de los casos y el material fungible en el 79%. El 31% fueron considerados candidatos a trasplante intestinal.

**Conclusiones:** El número de pacientes registrados es similar al año anterior, con lo cual la prevalencia de NPD en España sería de 2,75 pacientes/millón, que sigue siendo inferior a la media europea. Observamos errores en la cumplimentación de datos (vía de acceso) que pueden disminuir la fiabilidad del registro. El cáncer continúa siendo el diagnóstico más frecuente. Aunque la tasa de infecciones ha disminuido un 50% respecto al año anterior, observamos un aumento en los niños.

## NUTRICIÓN ENTERAL DOMICILIARIA: REGISTRO NACIONAL 2008

Frias L, Chicharro M<sup>a</sup>L, Cuerda C, Calañas A, García Luna PP, Irles JA, Rabassa-Soler A, Romero A, Camarero E, Martínez Olmos MA

Unidad De Nutrición. Hospital General Universitario Gregorio Marañón

**Objetivos:** Presentar los datos de nutrición enteral domiciliaria (NED) en España del año 2008.

**Material y métodos:** Estudio realizado con la base de datos del grupo NADYA ([www.nadya-senpe.com](http://www.nadya-senpe.com)) del registro de NED (1 enero-15 diciembre 2008).

**Resultados:** Se han comunicado 5.923 pacientes (52% varones, 5% niños) de 28 hospitales, con 6.046 episodios de NED. La edad media en los < de 14 años fue de 3,3 + 3,8 años y de 68,5 + 17,8 en los > de 14 años. La duración media de la NED fue de 299 días (6% < 3 meses, 5% 3-6 m, 13% 6-12 m, 26% 1-2 años y 49% > 2 años). El diagnóstico más frecuente fue la enfermedad neurológica 38%, seguido del cáncer (27%, la mayoría de cabeza y cuello 17%). Hubo información de la vía de acceso en el 27% de los casos (vía oral 46%, sonda nasogástrica 39%, gastrostomía 14% y yeyunostomía 2%). A lo largo del año finalizaron sólo el 9% de los episodios (533), el 51% por fallecimiento y el 37% por paso a vía oral. El nivel de actividad fue normal en el 87% de los niños, mientras que en los mayores de 14 años el 30% tenían una actividad limitada y el 36% estaban confinados en cama-sillón. Entre los adultos el 66% requerían ayuda total o parcial y el resto eran autónomos. La nutrición enteral fue suministrada por el hospital de referencia en el 67% de los casos y por la farmacia de referencia en el 30%. El material fungible fue suministrado por el hospital en el 83% de los casos y por atención primaria en el 16%.

**Conclusiones:** Aunque la participación en el registro de NED es buena (incremento del 19% en los pacientes registrados respecto al mismo período del año 2007), observamos errores en la cumplimentación de datos (vía de acceso, finalización) que pueden falsear la fiabilidad del registro. La patología neurológica continúa siendo el diagnóstico más frecuente y la vía oral la más empleada.

## EVOLUCIÓN DEL PERFIL ANALÍTICO HEPATO-BILIAR DE PACIENTES CRÍTICOS EN NUTRICIÓN PARENTERAL CON EMULSIONES LIPÍDICAS DE 3 GENERACIONES DISTINTAS

Fernández Morató J, Mateu-de Antonio J, Rodríguez Murillo JA, Grau Cerrato S, Luque Pardos S, Marín Casino M, Albert Bonamusa I

Hospital Del Mar

**Objetivos:** Comparar la evolución del perfil analítico hepato-biliar de pacientes críticos que recibieron nutrición parenteral total (NPT) con emulsiones lipídicas de 3 generaciones distintas.

**Material y métodos:** Estudio retrospectivo de 3 cohortes de pacientes críticos que requirieron NPT durante más de 5 días en una UCI de 18 camas de un hospital universitario terciario con 450 camas. Los pacientes fueron incluidos consecutivamente en las cohortes durante los siguientes períodos: cohorte SOJA entre 05 y 08/2002 (lipido: aceite de soja 100%, Intralipid 20%, Fresenius-Kabi), cohorte OLIVA entre 09 y 12/2002 (lipido: aceites de oliva:soja 80%:20%, ClinOleic 20%, Baxter) y cohorte OMEGA entre 04 y 10/2007 (lipido: aceites de soja:MCT:oliva:pescado 30%:30%:25%:15%, SMOflipid 20%, Fresenius-Kabi). Se recogieron datos demográficos, antropométricos, de aportes nutricionales y analíticos, incluyendo los valores de parámetros hepato-biliares al inicio y fin de la NPT [bilirrubina total (BT), alanina aminotransferasa (ALT), fosfatasa alcalina (FA), gamma-glutamil transferasa (GGT) y tasa de protrombina (TP)]. Como pruebas estadísticas se emplearon la prueba de Chi-cuadrado y ANOVA de un factor con prueba post-hoc de Tukey.

**Resultados:**

Datos Media (IC 95%)	Soja	OLIVA	OMEGA	p
n	16	23	25	–
Hombres	13 (81,25%)	15 (65,2%)	18 (72%)	0,549
Médico/Quirúrgico/Trauma	6/9/1	4/15/4	11/13/1	0,230
Edad media (años)	60,6 (53,6-67,6)	58,7 (50,0-67,4)	67,1 (61,5-72,8)	0,179
Peso (kg)	67,1 (60,0-74,3)	69,4 (64,7-74,2)	79,3 (74,0-84,6)*	0,004
IMC (kg/m <sup>2</sup> )	23,8 (21,8-25,7)	24,7 (23,5-26,0)	27,2 (25,5-29,0)***	0,010
Harris-Benedict (kcal/día)	1.430 (1.309-1.551)	1.428 (1.332-1.523)	1.526 (1.451-1.601)	0,198
Albúmina inicial (g/dl)	2,24 (2,05-2,44)	2,42 (2,18-2,67)	2,11 (1,83-2,39)	0,174
Duración NPT (días)	18,7 (10,8-26,6)	18,7 (12,1-25,2)	23,2 (15,1-31,3)	0,583
Kcal Totales/kg/día	22,8 (20,7-24,9)	22,6 (21,1-24,0)	19,2 (17,7-20,6)***	0,001
Proteína (g/kg/día)	1,18 (1,03-1,33)	1,16 (1,08-1,23)	1,09 (1,00-1,17)	0,346
Glucosa (g/kg/día)	3,43 (2,91-3,96)	3,58 (3,28-3,87)	2,96 (2,68-3,23)**	0,017
Lípidos (g/kg/día)	0,83 (0,76-0,91)	0,76 (0,69-0,82)	0,66 (0,57-0,75)*	0,013
Estancia (días)	46,5 (33,1-59,9)	45,4 (35,1-55,6)	56,4 (31,1-81,8)	0,551
Exitus	7 (43,75%)	11 (47,8%)	15 (60%)	0,540

Diferencia parámetros hepato-biliares entre fin e inicio NPT:

BT (mg/dL)	-0,18 (-0,91-0,56)	-0,85 (-2,52-0,83)	1,15 (-1,11-3,42)	0,198
ALT (U/dL)	1,6 (-10,8-14,0)	9,3 (-15,1-33,7)	-11,2 (-94,0-71,6)	0,830
FA (U/dL)	124,9 (55,6-194,1)	175,0 (49,4-300,6)	149,9 (25,5-274,4)	0,718
GGT (U/dL)	22,0 (-51,6-95,6)	137,2 (42,0-232,4)	191,9 (80,2-303,6)	0,065
TP (%)	4,30 (-4,79-13,39)	7,51 (0,50-14,51)	0,49 (-8,57-9,54)	0,418

\* p < 0,05 con respecto a SOJA.

\*\* p < 0,05 con respecto a OLIVA.

\*\*\* p < 0,05 con respecto a los otros 2 grupos.

GGT presenta una tendencia a la diferencia entre OMEGA y SOJA (p=0,051).

**Conclusiones:** Las limitadas diferencias observadas entre las cohortes estudiadas no se asociaron con una distinta evolución de los parámetros analíticos hepato-biliares. No parece existir toxicidad hepato-biliar diferencial entre las 3 generaciones de emulsiones lipídicas en pacientes críticos en NPT.

## COMPLICACIONES DE LA NUTRICIÓN ENTERAL POR SONDA EN FUNCIÓN DE LA VÍA DE ACCESO

Prieto Tenreiro A, Cao Sanchez P, Ríos Barreiro V, Durán Martínez R, Camarero Gonzalez E

Hospital Clínico Universitario De Santiago De Compostela

**Objetivos:** Comparar las diferencias existentes en características, frecuencia y tipo de complicaciones entre la vía nasogástrica (SNG) y la gastrostomía (GS).

**Material y métodos:** Se revisaron retrospectivamente todos los pacientes con nutrición enteral por sonda controlados en la Unidad de Nutrición en un periodo de 2 años. Se analizaron 4 grupos de complicaciones: digestivas (CD), mecánicas (CM), metabólicas (CMB) y respiratorias (CR).

**Resultados:** Se estudiaron 304 pacientes, 233 (76,6%) con SNG y 71 (23,3%) con GS, el 57,2% hombres con una edad media de  $74,5 \pm 16,3$  años.

Pacientes con SNG: 52,4% hombres con edad media 78,37 años. Principales diagnósticos: patología neurológica (79,5%) y tumoral (16,4%).

Pacientes con GS: 73,2% hombres con edad media 61,76 años. Principales diagnósticos: patología neurológica (52,7%) y tumoral (43,6%).

El 55,6% de los pacientes sufrió alguna complicación, las más frecuentes digestivas (42,1%) y mecánicas (15,8%). Ningún paciente requirió ingreso hospitalario ni suspensión de la nutrición por estas complicaciones.

	SNG	GS
<b>Complicaciones (%) *</b>	117 (50,2)	52 (73,2)
<b>CD (%)</b>	97 (41,6)	31 (42,6)
– Estreñimiento (%)	40 (17,2)	16 (22,5)
– Diarrea (%)	29 (12,4)	8 (11,3)
– Nauseas/Vómitos (%)	17 (7,3)	5 (7)
– Regurgitación (%)	2 (0,9)	2 (2,8)
– Plenitud	8 (3,4)	1 (1,4)
<b>CM (%) *</b>	21 (9)	27 (38)
– Salida sonda (%)	17 (7,3)	14 (19,7)
– Granuloma (%)	0 (0)	9 (12,7)
– Salida dieta (%)	0 (0)	4 (5,6)
– Infección (%)	0 (0)	2 (2,7)
<b>CMB (%)</b>	13 (5,6)	2 (2,8)
– Deshidratación (%)	12 (4,8)	2 (2)
– Hiponatremia (%)	2 (0,8)	2 (0,8)
<b>CR (%): Broncoaspiración</b>	7 (3,5)	4 (5)

\*  $p \leq 0,001$

### Conclusiones:

1. La SNG es la vía de acceso mayoritaria, principalmente en los pacientes más ancianos con patología neurológica.
2. La mitad de los pacientes con nutrición enteral por sonda, presentan alguna complicación, siendo estas más habituales con la GS que con la SNG, de forma significativa.
3. Las CD, sobre todo el estreñimiento, son las más frecuentes, con una proporción similar en ambos grupos.
4. Las complicaciones mecánicas con las GS son significativamente más frecuentes.
5. El riesgo de neumonía aspirativa es similar con la SNG que con la PEG.
6. No ha habido complicaciones mayores, que obligaran al ingreso hospitalario y/o suspensión de la nutrición
7. La NE por sonda es una forma segura de mejorar el estado nutricional, ocasionando escasa morbi-mortalidad.

## EVOLUCIÓN DE LA NUTRICIÓN ENTERAL DOMICILIARIA EN EL ÁREA DE SALUD DE LEÓN

Vidal Casariego A, Ballesteros M<sup>a</sup>D, Calleja Fernandez A, Brea Laranjo C, Fariza Vicente E, Cano Rodríguez I

Complejo Asistencial De León

**Introducción:** El registro NADYA contabilizó en 2006 3921 pacientes (100/106 habitantes) con NED, la mayoría varones (51%) de edad media 68,5 años, con patología neurológica (42%) y empleando la vía oral (44%, SNG 40%, PEG 14%). Estudiamos la frecuencia y características de la NED en el Área de Salud de León (344.783 habitantes en 2004, 351.108 en 2008).

**Métodos:** Estudio retrospectivo que analiza los pacientes con NED de la consulta de Nutrición en los años 2004 y 2008. Recogimos los datos sobre la edad y el sexo del paciente, la patología por la que se indica el soporte nutricional y la vía de acceso de la nutrición: oral, sonda nasogástrica (SNG), gastrostomía endoscópica percutánea (PEG) o yeyunostomía. Se consideraron aquellas nutriciones que aportaban  $\geq 1.000$  kcal/día. Los datos cuantitativos se expresan con la media y desviación estándar (DS), y los cualitativos como porcentajes.

**Resultados:** En el año 2004 se prescribió NED a 89 pacientes (258,1/106 habitantes), de los cuales el 52,8% eran varones y el 47,2% mujeres, con una edad media de 70,9 (DS = 30,1) años. En el 2008 se prescribió NED a 82 pacientes (233,5/106 habitantes), de los cuales fueron varones el 59% y mujeres el 41%, con una edad media de 68,5 (DS = 17,4) años. Las indicaciones más frecuentes en 2004 y 2008 fueron, respectivamente, las enfermedades neurológicas (53,9% y 51%), cáncer de cabeza y cuello (19,1% y 16%), enfermedades digestivas (16,9% y 16%). Las vías de administración en 2004 y 2008, respectivamente, fueron la oral (41,6% y 41%), SNG (41,5% y 27%), PEG (13,5% y 28%) y yeyunostomías (3,4% y 4%).

**Conclusiones:** El número y las características de los pacientes que reciben NED en el Área de Salud se ha mantenido estable en los últimos 4 años. El número de pacientes con NED es muy superior al comunicado por NADYA, si bien las características de los pacientes son similares. Ha aumentado hasta duplicarse el porcentaje de pacientes que reciben nutrición por PEG, que es superior al comunicado por NADYA pero todavía inferior al comunicado en estudios europeos (> 50%).