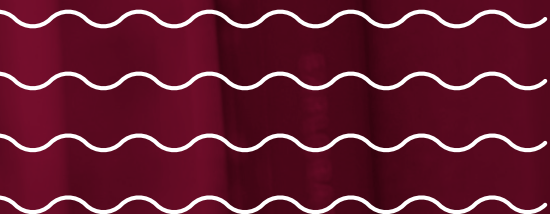


NAES

Nutrición y
atención en salud



Fascículo 6 (edición 2)
junio 2024

Impacto del uso de vías clínicas de atención integral en salud.

→ **Las vías clínicas son herramientas de gestión en salud** que contemplan una estructura multidisciplinaria. Su objetivo es estandarizar la atención de una población con una condición clínica, procedimiento o patología en común; determinando la secuencia de pasos necesarios, detallándolos y estableciendo el marco de duración de las intervenciones en salud^{1,2}. Se ha descrito que, el uso de vías clínicas favorece la estandarización del proceso de cuidado en salud y puede impactar positivamente no solo en los desenlaces clínicos si no también en el uso del recurso y el costo asociado a los servicios de salud incluyendo los relacionados con la atención nutricional³.

A nivel intrahospitalario el uso de herramientas de manejo integral que incluyen atención nutricional ha mostrado resultados positivos frente a indicadores nutricionales, una mejor adherencia a las prácticas basadas en evidencia en nutrición y una reducción del uso del recurso, entre otros, por ejemplo:

- Sujetos sometidos a cirugías gastrointestinales y pélvicas, atendidos después de la implementación de una vía clínica integral, pierden menos peso que los sujetos atendidos antes de la implementación (2.1% menos)⁴. En otra investigación en este tipo de población, se reportó una reducción de la estancia hospitalaria de 3 días y de la tasa de complicaciones moderadas a severas (del 25% al 8%), así como una disminución de 1.602 USD en los costos totales de hospitalización⁵.
- En otro escenario, 3 a 4 años posteriores a la aplicación de una vía clínica basada en evidencia para la atención nutricional de pacientes sometidos a tras-

plante de médula ósea, mostro una adherencia del 84% por parte del equipo de profesionales, y se redujo el tiempo entre la admisión y el primer contacto con el profesional en nutrición y dietética, se estableció que la atención debía ocurrir máximo a las 48 horas de ser admitido el individuo³.

- En individuos pediátricos con necesidad de cicatrización de heridas, una vía clínica de manejo nutricional enfocada a esta condición, ha llevado a una mayor identificación de deficiencias de micronutrientes, facilitando su corrección, así como a un seguimiento más estrecho de la ingesta de nutrientes, asegurando así, el aporte nutricional requerido para la cicatrización de las heridas⁶.

En atención ambulatoria, la revisión sistemática de Plishka y cols⁷ encontró evidencia de alta calidad que demuestra que las vías clínicas de manejo integral en enfermedad pulmonar obstructiva crónica reducen la tasa de readmisión hospitalaria en los pacientes con esta patología. También describen, que podrían ayudar a reducir las complicaciones y la estancia hospitalaria⁷.

Por último, en el ámbito domiciliario, Ferrer y cols⁸, realizaron un análisis 4 años después de la adaptación e implementación de una vía clínica de nutrición enteral domiciliaria, describiendo los siguientes resultados:

- Se encontró un cumplimiento de más del 95% de los indicadores de adherencia por parte de los profesionales, en términos de selección de fórmula, indicación patológica, vía de administración, educación y periodicidad del seguimiento individual.
- Se redujo el uso de fórmulas nutricionales especializadas particularmente las hipercalóricas, hiperproteicas, y se presentó un aumento del uso de fórmulas modulares⁹. También se registró una reducción

1. Lee XJ, *et al.* Aust Health Rev Publ Aust Hosp Assoc. 2018;43(4):9. 2. Romero Simó M, *et al.* Cir Esp. 2010;88(2):81-4. 3. Atkins L, *et al.* Support Care Cancer. 1 de marzo de 2019;27(3):951-8. 4. Den E, *et al.* Nutr Cancer. 2 de noviembre de 2020;1-8. 5. Zhang L, *et al.* Am Surg. marzo de 2015;81(3):252-8. 6. Thompson KL, *et al.* Nutr Clin Pract Off Publ Am Soc Parenter Enter Nutr. Agosto de 2014;29(4):473-82. 7. Plishka C, *et al.* Syst Rev. 2016;5(1):135. 8. Ferrer M, *et al.* Endocrinol Diabetes Nutr. abril de 2019;66(4):232-9. 9. Sánchez Romera JF, *et al.* Nutr Hosp. 17 de octubre de 2019;36(5):1019-26.

acumulada del 130% en la cantidad total de fórmula prescrita y de más de 23'000.000€ en los costos directos de la fórmula nutricional durante los 4 años posteriores a la implementación.

- En otra investigación realizada en un escenario de continuación de la atención nutricional después del alta hospitalaria, se describió que la atención bajo la directriz de una vía clínica en sujetos post – esofagectomía es una práctica segura, apoya la reducción en la pérdida de peso y favorece una mejoría en los puntajes de calidad de vida¹⁰.

Lo anterior visibiliza la importancia y necesidad de buscar y documentar alternativas de estandarización de los procesos de atención en salud por patologías, incluidos los relacionados con el proceso de cuidado nutricional, ya que el impacto en la gestión clínica y económica se ha descrito en distintos escenarios. Boydorr en alianza con el Centro Latinoamericano de Nutrición (CELAN) trabaja constantemente en la creación de vías clínicas de calidad y que cumplan las recomendaciones de manejo internacional.

Uso de fórmulas en polvo, un parte de seguridad.

El uso de fórmulas en polvo para la alimentación de individuos con vía de alimentación enteral, se ha considerado una barrera para garantizar la seguridad e inocuidad de la alimentación en las personas con necesidad de soporte nutricional enteral. No obstante, desde hace más de dos décadas se identificó que **cumplir con las prácticas adecuadas reconstitución y administración reduce el riesgo de contaminación y aumenta la seguridad del proceso**¹¹.

En relación con lo anterior, tanto a nivel intrahospitalario como ambulatorio, actuar en cada uno de los puntos críticos de control de la prescripción, recons-

titución y administración de fórmulas nutricionales en polvo, descritos por la American Society for Parenteral and Enteral Nutrition (ASPEN), aumenta la seguridad del uso de este tipo de fórmulas. Dentro de cada uno de estos puntos críticos, existen actividades que apoyan un proceso efectivo. Algunas de ellas son:

- Control de la prescripción: generar ordenes de prescripción específicas y claras en cuanto a la identificación, dosis y dilución del producto reduce el riesgo de errores de entrega y administración.
- Reconstitución: cumplir los requisitos de la preparación reduce el riesgo de contaminación (*Ver imagen 1*).
- Administración de fórmulas: usar equipos y herramientas apropiadas para la administración del producto nutricional¹².

En relación con la preparación, uno de los principales puntos críticos del uso de las fórmulas en polvo, es el tiempo máximo que pueden permanecer en suspensión a temperatura ambiente (aún más en zonas cálidas). Lakananurak y cols., encontraron que una fórmula en polvo reconstituida puede estar suspendida hasta 6 horas a temperatura ambiente (entre 25°C y 32°C), sin presentar sobrecrecimiento bacteriano¹³.

Otro aspecto importante, es que independientemente de la presentación de la fórmula (líquida o en polvo), la clave está en mantener prácticas de higiene y manipulación adecuadas. Galindo y cols. describieron que, aunque en el ámbito domiciliario el riesgo de contaminación es menor, existe para cualquier tipo de fórmula, y por eso es indispensable el entrenamiento a los cuidadores, para minimizar los riesgos de contaminación, y prevenir complicaciones asociadas al riesgo microbiológico en la administración de productos nutricionales por vía enteral¹⁴.

10. Liu K, *et al.* Dis Esophagus Off J Int Soc Dis Esophagus. 2020;33(2). 11. Carvalho MLR, *et al.* J Parenter Enter Nutr. 2000;24(5):296-303. 12. Boullata JI, *et al.* J Parenter Enter Nutr. 2017;41(1):0148607116673053. 13. Lakananurak N, *et al.* World J Clin Cases. 6 de octubre de 2020;8(19):4410-5. 14. Galindo C de O, *et al.* Nutr Clin Pract. 2020;0:1-14.

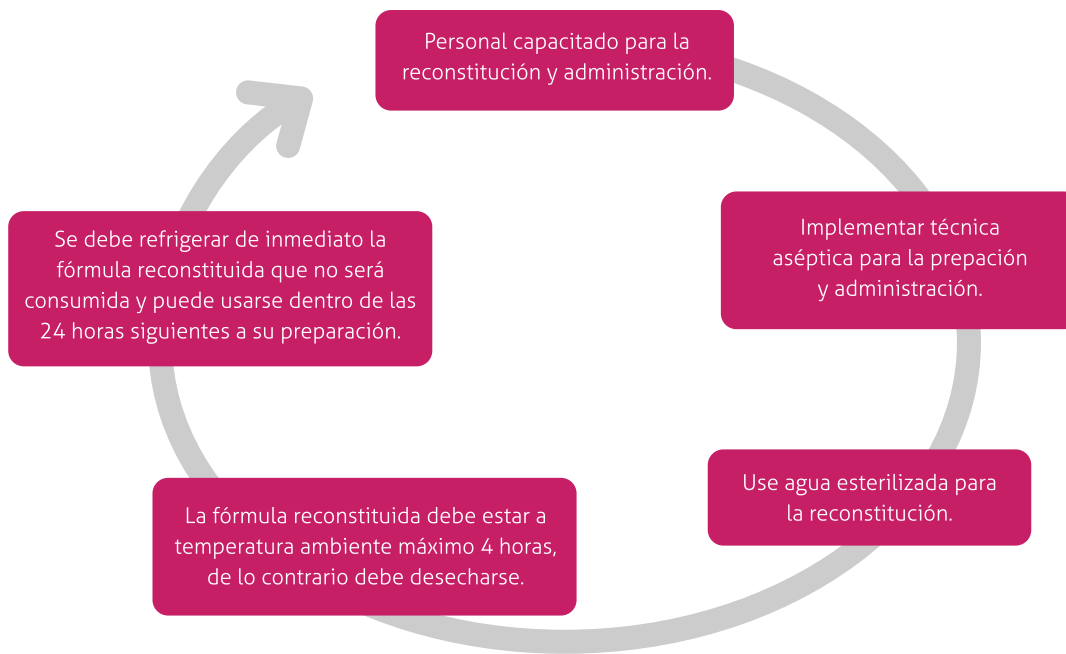


Imagen 1. Requisitos mínimos de preparación de fórmulas en polvo según ASPEN.

Modelos de contratación en el sistema de salud: DECRETO 441 DE 2022¹⁵

→ El 28 de marzo de 2022 el Ministerio de salud y Protección Social publicó el decreto 441 con el que se establecen los lineamientos de los modelos de contratación entre las entidades responsables del pago (ERP) o Entidades Promotoras de Salud (EPS), los prestadores de servicios y los proveedores de tecnologías en salud, con el fin de “*incentivar una adecuada gestión de la contratación y seguimiento a la ejecución*”.

El decreto actualiza el Capítulo 4 del Título 3 de la Parte 5 del Libro 2 del Decreto 780 de 2016, **y establece disposiciones que eliminen las barreras administrativas para los usuarios que se originen de los acuerdos de voluntades, priorizando la atención integral.**

Además, promueve que los pacientes con cáncer infantil y adulto, y VIH/SIDA, no requieran autorización por parte de las EPS para tener acceso a la prestación de servicios y tecnologías de salud incluidos dentro de los modelos de contratación o acuerdos de voluntades pactados entre el asegurador y la red de prestadores de servicios contratados. De igual forma, se elimina la autorización de los servicios y tecnologías que se en-

cuentran incluidos de forma obligatoria en las Rutas Integrales de Atención en Salud (RIAS) establecidas por el Ministerio de Salud y protección Social.

El decreto exigió que a partir del 1 de mayo de 2022 los nuevos contratos y del 1 de julio de 2022 los contratos antiguos entre las ERP y los prestadores fueran establecidos bajo estos lineamientos. Para establecer dichos contratos, el insumo inicial debe ser entregado por las ERP o EPS. Este insumo contempla 2 aspectos claves: el modelo de atención en salud y la caracterización de la población o análisis de situación de salud.

Una vez establecida esta información, las Instituciones Prestadoras de Servicios (IPS) están en capacidad de dar a conocer el modelo de prestación de servicios propuesto, la capacidad instalada por territorio y la oferta de servicios y tecnologías disponible.

Por último, en caso de que el contrato incluya un proveedor de tecnologías en salud, este debe presentar el modelo de disposición de entrega de la tecnología y la capacidad instalada y operativa.

Cada una de las partes, debe presentar los riesgos que considere que puedan afectar la ejecución del acuerdo de voluntades.

15. Decreto 441 de 2022. (2022) Recuperado de : <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/DIJ/decreto-441-de-2022.pdf>

Los requisitos mínimos que deben cumplir los nuevos acuerdos comprenden:

- Objetivo
- Duración del acuerdo
- Lugar de prestación del servicio o de entrega de la tecnología en salud
- Base de datos de la población a atender (requiere actualización constante)
- Listado de servicios de atención o tecnologías incluidas en el contrato
- Red de prestadores de servicios incluidos en el contrato
- Listado de guía de práctica clínica y protocolos de atención
- Nota técnica (según modalidad de pago)
- Tarifas
- Rutas Integrales de Atención en Salud obligatorias
- Identificación de otros servicios o tecnologías que requieran procesos de autorización
- Mecanismos de referencia o contrarreferencia
- Indicadores de seguimiento
- Lista de reporte de obligatorio cumplimiento por parte de las IPS
- Plazos de pago
- Condiciones para renovación o terminación del acuerdo
- Incentivos pactados

Finalmente, el decreto 441 describe las posibles modalidades de pago que pueden existir entre las EPS y las IPS; estas son:

1. Pago prospectivo:

- Pago individual por caso, conjunto integral de atenciones, paquete o canasta.
- Pago global prospectivo.
- Pago por capitación.

2. Pago Retrospectivo:

- Pago por evento.

El artículo 2.5.3.4.2.3, parágrafo 1 menciona que todas las modalidades de pago prospectivo requieren que exista la creación de una nota técnica como anexo y parte integral del acuerdo. Esta nota técnica debe incluir población objeto y caracterización, frecuencias de uso de servicios, costos para cada servicio o tecnología y periodicidad del monitoreo.

Otros aspectos que deben estar descritos en el acuerdo de voluntades incluyen los incentivos pactados (en pro de mejorar los resultados), los documentos requeridos en el proceso de facturación, la devolución de cuentas, glosas y pagos.

Es importante aclarar que los acuerdos de voluntades no incluyen de forma obligatoria todos los servicios o tecnologías en salud. Este puede ser el caso de los Alimentos de Propósito Médico Especial (APME) que son requeridos como parte del tratamiento nutricional de los pacientes con diagnóstico confirmado de alguna patología cubierta por este decreto y que no necesariamente están incluidos en el contrato y **deben surtir el trámite normal de Mipres en el ámbito ambulatorio.**

Tener en cuenta esto dentro de los acuerdos de voluntades disminuiría los tiempos de autorización y entrega de los APME, permitiría iniciar tratamientos de forma temprana y pertinente, ayudaría en el control del gasto actual dado por la generación de eventos adicionales y finalmente promovería la atención integral de población que requiere un manejo nutricional especializado para disminuir las complicaciones típicas de la desnutrición proteico-calórica secundaria o desnutrición relacionada con la enfermedad.

Lo anterior muestra una oportunidad para mejorar los resultados en salud, los cuales hacen parte de los indicadores de seguimiento de los acuerdos de voluntades, y que se podrían ver beneficiados al incluir dentro de los protocolos de atención el modelo de atención nutricional, las atenciones necesarias, la frecuencia de uso de productos de soporte nutricional especializado y de los espacios dedicados a la educación nutricional de estos pacientes.

**Nutrición moderna con
beneficios para el afiliado y el
sistema de salud.**

