

A LA MESA DEL CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

Francisco Igea Arisqueta, Diputado del Grupo Parlamentario Ciudadanos, al amparo de lo dispuesto en el artículo 185 y siguientes, del vigente Reglamento de la Cámara, presentan la siguiente pregunta para la que se solicita **respuesta por escrito sobre el tratamiento de la Desnutrición Relacionada con la Enfermedad (DRE) en el Sistema Nacional de Salud.**

Congreso de los Diputados, 22 de septiembre de 2017

EXPOSICIÓN DE MOTIVOS

Podríamos calificar de “problema invisible” a la Desnutrición Relacionada con la Enfermedad (DRE). Esta desnutrición es una alteración de la composición corporal de la persona producida por un déficit de nutrientes en el organismo, ya pueda ser porque se disminuye la cantidad o calidad de la ingesta, o aumentan el consumo de nutrientes por parte del organismo o requerimientos del mismo por enfermedades presentes en el individuo. La desnutrición es muy habitual en muchas enfermedades, pero en numerosas ocasiones, es un factor que induce claramente a ella.

Existe numerosa evidencia, fruto de estudios internacionales y nacionales que tratan la desnutrición en los pacientes, y cómo esta afecta a los estados de salud. Por ejemplo, en España, contamos con el estudio PREDyCES (Prevalencia de la Desnutrición y Costes Asociados en España), entre otros. Este estudio arroja unos resultados preocupantes. Según sus resultados, la DRE afecta a todos los niveles de la atención sanitaria: Atención Primaria, Atención Especializada y Atención Sociosanitaria, teniendo una prevalencia elevada en todos ellos. El estudio apunta que uno de cada cuatro pacientes hospitalizados está en riesgo de desnutrición o desnutrido (23,7%) y este porcentaje aumenta al 37% entre los mayores de 70 años, afectando fundamentalmente a pacientes con enfermedades neoplásicas (35%), del sistema cardiocirculatorio (29%) y respiratorias (28%). Otros recientes estudios, como el DREAM +65, realizado recientemente en la Comunidad de Madrid, con ciudadanos mayores de 65 años, también confirma elevados estados de desnutrición en la población: la prevalencia de desnutrición fue 2,2% en sujetos atendidos en atención primaria, 0,4% en los centros de mayores, 15,6% en residencias y 21,7% en hospitales. En este mismo estudio el 10,9% de los pacientes atendidos en atención primaria estaban en riesgo nutricional, el 4,7% en los centros de mayores, el 30,9% en residencias y el 46,6% en hospitales.

La DRE se asocia a una peor calidad de vida, al incremento de complicaciones, comorbilidades, aumento de la mortalidad y a una peor gestión del gasto.

Habiendo sido reconocido el problema a nivel europeo, se han aplicado ya medidas correctoras en Holanda, que ha llevado a mejorar sensiblemente la situación.

A día de hoy, el Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad posee ya un documento que aborda la DRE con propuestas y medidas concretas realizado por profesionales especialistas en diferentes ámbitos, y de diferentes territorios autonómicos, pero que está pendiente de ser trasladado al Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud (ANEXO).

En relación a lo anterior, se formula la siguiente pregunta:

1. ¿Cuándo presentará el documento marco para el abordaje de la desnutrición relacionada con la enfermedad (DRE) en el SNS fruto del consenso de Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad y las CCAA para su aprobación en el Consejo Interterritorial del SNS?



Francisco Igea Arisqueta
Diputado del Grupo Parlamentario Ciudadanos

Documento Marco para el Abordaje de la Desnutrición Relacionada con la Enfermedad (DRE) en el SNS

**(Plan de implementación de la Estrategia para el
Abordaje de la Cronicidad en el SNS)**

MINISTERIO DE SANIDAD, SERVICIOS SOCIALES E IGUALDAD

Coordinación Científica

Mª Cristina Cuerda Compés. Sociedad Española de Nutrición Parenteral y Enteral (SENPE).

Grupo Técnico de Expertos

Miquel León Sanz. Sociedad Española de Nutrición Parenteral y Enteral (SENPE).

Julia Alvarez Hernández. Sociedad Española de Endocrinología y Nutrición (SEEN).

José Manuel Moreno Villares. Sociedad Española de Gastroenterología, Hepatología y Nutrición Pediátrica (SEGHNP).

Rosa López Mogil. Sociedad Española de Geriátrica y Gerontología (SEGG). Sociedad Española de Médicos de Residencias (SEMER).

Mª Lourdes de Torres Aured. Consejo General de Enfermería. Asociación de Enfermeras de Nutrición y Dietética (ADENYD).

María Luisa López Díaz –Ufano. Sociedad Española de Médicos de Atención Primaria (SEMERGEN).

Isabel Jimeno Sanz. Sociedad Española de Médicos Generales y de Familia (SEMG).

Alberto Ruiz Cantero. Sociedad Española de Medicina Interna (SEMI).

Grupo de Trabajo de Profesionales Referentes de Comunidades Autónomas en Desnutrición Relacionado con la Enfermedad (DRE)

Andalucía: Gabriel Oliveira Fuster, Jefe Sección Endocrinología Hospital Regional de Málaga.

Aragón: Alejandro Sanz Paris, Jefe de Sección de Endocrino, Hospital Universitario Miguel Servet, Area de Nutrición

Asturias (Principado): Carmen Mosquera Tenreiro, Jefa de Sección de Programas y Promoción de la Salud. Dirección General de Salud Pública

Baleares (Islas): Josefina Olivares Alcolea, Servicio Endocrino del Hospital Son Llatzer

Canarias: Roberto Gómez Pescoso, Técnico del Servicio de Atención Especializada. Dirección General de programas Asistenciales. Servicio Canario de la Salud

Cantabria: Coral Montalbán Carrasco, Servicio de endocrinología h Nutrición del Hospital Universitario Marqués de Valdecilla

Castilla-La Mancha: Juan Carlos Valenzuela Gámez, Jefe Servicio Farmacia Hospital Alcázar de San Juan

Castilla y León: Daniel de Luis Román, Servicio de Endocrinología y Nutrición. Hospital Clínico de Valladolid.

Cataluña: Rosa Burgos Peláez, Coordinadora de la Unidad de Soporte Nutricional. Hospital de la Vall d'Hebrón

Extremadura: Luis Miguel Luengo Pérez, FEA en Endocrinología y Nutrición. Profesor Asociado de la Universidad de Extremadura. Hospital Infanta Cristina de Badajoz

Galicia: Javier Ventosa Rial. Jefe del Servicio de Procesos y Programas Asistenciales de la dirección general de Asistencia Sanitaria del Servizo Galego de Saúde y Miguel Angel Martínez Olmos, Facultativo del servicio de Endocrinología y Nutrición del Complejo Hospitalario Universitario de Santiago de Compostela.

Madrid: Susana Belmonte Cortés, Técnico de Apoyo del Servicio de Nutrición y Trastornos Alimentarios
Murcia (Región de): Carmen Sánchez Alvarez, Jefe de Sección de Medicina Intensiva del Hospital Universitario Reina Sofía

Navarra (Comunidad Foral): Ana Zugasti Murillo, Médico Endocrinólogo, de la Sección de Dietética y Nutrición del Servicio de Endocrinología y Nutrición del CHN

País Vasco: Iñintza Larrañaga Unanue Médico Especialista en Endocrinología y Nutrición del Hospital de Mendiara

Rioja (La): Angela Martín Palmero, FEA de Endocrinología

Comunidad Valenciana: Francisco José Pomares Gómez, Facultativo Especialista en Endocrinología y Nutrición. Hospital Universitario San Juan de Alicante

Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad

Subdirección General de Calidad y Cohesión:

Paloma Casado Duráñez. Subdirectora General

José Melquiades Ruíz Olano. Consejo Técnico

Carmen Arias López, Jefa de Servicio

Carolina Rodríguez Gay, Jefa de Servicio

Subdirección General de Cartera Básica de Servicios del Sistema Nacional de Salud y Fondo de Cohesión.

Pilar Díaz de Torres, Consejera Técnica

Dolores Gómez-Martino Arroyo. Jefa de Servicio

Coordinación Técnica

Subdirección General de Calidad y Cohesión

Los componentes del Grupo Técnico de Expertos y del Grupo de Trabajo de Profesionales Referentes de Comunidades Autónomas en Desnutrición Relacionado con la Enfermedad (DRE) declaran que no tienen intereses que puedan condicionar sus aportaciones en relación con los objetivos y recomendaciones de este documento.

C.DIP 48094 22/09/2017 13:49

Glosario de términos:

Desnutrición relacionada con la enfermedad (DRE): Es una alteración de la composición corporal producida por un déficit de nutrientes (por disminución de la ingesta o aumento de las pérdidas o de los requerimientos) como consecuencia de una enfermedad aguda o crónica, que disminuye las funciones vitales y repercute de forma negativa en la evolución clínica

Cribado nutricional: Método utilizado para la evaluación del riesgo nutricional en poblaciones, que utiliza herramientas validadas y de fácil aplicación.

Valoración nutricional: Método clínico para la evaluación del estado nutricional que permite establecer el diagnóstico de desnutrición y determinar su gravedad y su fisiopatología. Utiliza datos obtenidos de la encuesta dietética, parámetros antropométricos (peso, talla, índice de masa corporal, pérdida de peso, pliegues cutáneos, circunferencias corporales), datos bioquímicos (influenciados por el estado inflamatorio como proteína C reactiva, proteínas viscerales), entre otros.

Citoquinas: Moléculas producidas en las células del sistema inmune que aumentan durante la enfermedad y la inflamación (aguda o crónica) y que favorecen la aparición de DRE por diferentes mecanismos (disminución de apetito, aumento del catabolismo proteico en el músculo, disminución de la síntesis de proteínas viscerales y musculares y aumento del gasto energético, entre otros).

Soporte nutricional especializado: Incluye la utilización de suplementos nutricionales orales, nutrición enteral o nutrición parenteral. Se debería utilizar en aquellos pacientes que no cubren sus requerimientos nutricionales mediante la ingesta de alimentos.

Suplementos nutricionales orales: Preparados comerciales constituidos por mezclas de macro y micronutrientes, utilizados para completar los requerimientos nutricionales en pacientes con una dieta insuficiente.

1. Introducción

La desnutrición relacionada con la enfermedad (DRE) se define como una alteración de la composición corporal producida por un déficit de nutrientes (por disminución de la ingesta o aumento de las pérdidas o de los requerimientos) como consecuencia de una enfermedad aguda o crónica, que disminuye las funciones vitales y repercute de forma negativa en la evolución clínica. En la enfermedad se produce un estado inflamatorio mediado por citoquinas que por distintos mecanismos pueden conducir a la desnutrición: anorexia, aumento del gasto energético, aumento de la síntesis de proteínas de fase aguda en detrimento de las proteínas viscerales como la albúmina, aumento del catabolismo proteico, ciclos metabólicos fútiles y aumento del espacio extracelular. En la DRE aguda el estado inflamatorio es importante, como ocurre en pacientes quemados, politraumatizados, sepsis grave, entre otros. En la DRE crónica el estado inflamatorio es leve o moderado y es característico de los pacientes con enfermedades crónicas (hepatopatía, enfermedad renal, cardiopatía, neumopatía, etc). La asociación de enfermedades crónicas, pluripatología, que aumenta con la edad, incrementa aún más el deterioro nutricional de las personas.

Así mismo, las dificultades socioeconómicas de determinados grupos vulnerables pueden agravar la desnutrición de personas con enfermedad.

La DRE afecta a todos los niveles de la atención sanitaria (Atención Primaria, Atención Especializada y Atención Sociosanitaria) y tiene una prevalencia elevada. Según los datos del estudio PREDyCES (Prevalencia de la Desnutrición y Costes Asociados en España), uno de cada cuatro pacientes hospitalizados está en riesgo de desnutrición o desnutrido (23,7%) y este porcentaje aumenta al 37% entre los mayores de 70 años, afectando fundamentalmente a pacientes con enfermedades neoplásicas (35%), del sistema cardiocirculatorio (29%) y respiratorias (28%)¹. Según los datos de un estudio reciente realizado en la Comunidad de Madrid en mayores de 65 años (DREAM +65, Desnutrición Relacionada con la Enfermedad en Ancianos de Madrid mayores de 65 años), la prevalencia de desnutrición fue 2,2% en sujetos atendidos en atención primaria, 0,4% en los centros de mayores, 15,6% en residencias y 21,7% en hospitales². En este mismo estudio el 10,9% de los pacientes atendidos en atención primaria estaban en riesgo nutricional, el 4,7% en los centros de mayores, el 30,9% en residencias y el 46,6% en hospitales². Los datos obtenidos en nuestro país son similares a los

¹ Alvarez-Hernández, Planas Vila M, León-Sanz M, García de Lorenzo A, Celaya-Pérez S, García-Lorda P, Araujo K, Sarto Guerri B; PREDyCES researchers. Prevalence and costs of malnutrition in hospitalized patients; the PREDyCES Study. *Nutr Hosp* 2012; 27: 1049-59.

² Cuerda C, Alvarez J, Ramos P, Abanades JC, García de Lorenzo A, Gil P, de la Cruz J, en nombre de los investigadores del estudio DREAM+65. Prevalencia de la desnutrición en ancianos en la Comunidad de Madrid. Estudio DREAM+65. *Nutr Hosp* (en prensa).

de otros estudios internacionales³. En cuanto a los pacientes pediátricos, en el estudio DHOSPE realizado en 32 hospitales españoles se encontró que un poco menos del 8% de los niños ingresados presentaban desnutrición moderada a intensa, mientras que la cifra de niños en riesgo de desnutrición era superior al 70%⁴.

La DRE aumenta la morbilidad y la mortalidad de los pacientes, ya que incrementa la susceptibilidad a las infecciones, favorece la aparición de úlceras por presión, fístulas y dehiscencias postoperatorias, retrasa la recuperación y disminuye la efectividad de los tratamientos, produciendo un deterioro en la calidad de vida. Además los pacientes desnutridos utilizan en mayor medida los recursos sanitarios, con mayor número de visitas al médico de atención primaria, estancias hospitalarias más prolongadas, mayor necesidad de centro de convalecencia al alta y mayor porcentaje de reingresos, lo que incrementa los costes sanitarios. Debido a ello y a su alta prevalencia, representa un problema de salud pública con una gran repercusión socioeconómica.

Las acciones para mejorar el abordaje de la DRE y la identificación precoz de pacientes en riesgo de desarrollarla pueden ayudar a avanzar en la prevención y en la disminución de la prevalencia de la misma, con un beneficio en la calidad de vida de los pacientes y un ahorro importante para el sistema sanitario.

En la aparición de la DRE interactúan una serie de factores no sólo biológicos, sino también emocionales y sociales. Es preciso conocer estos factores y su interrelación para realizar un abordaje integral, multidimensional e interdisciplinar. Para conseguir un mejor tratamiento de la DRE y mejorar la calidad de vida de las personas que la padecen es necesario contemplar junto al tratamiento nutricional, el control de la enfermedad aguda o crónica y promover estilos de vida saludables. Es importante realizar un abordaje de la DRE biopsicosocial y más centrado en la persona, a través de la información y formación de los pacientes y sus cuidadores, la formación de profesionales y la promoción del autocuidado, con un trabajo coordinado entre los servicios sanitarios y sociales.

A pesar de la magnitud del problema y del interés profesional, científico y social que supone la atención y el tratamiento de la persona con DRE, este problema está infravalorado o inadecuadamente tratado, en muchos casos por desconocimiento. En la actualidad no está

³ Sorensen J, Kondrup J, Prokopowicz J, Schiesser M, Krähenbühl L, Meier R, Liberda M; EuroOOPS study group. EuroOOPS: an international, multicentre study to implement nutritional risk screening and evaluate clinical outcome. Clin Nutr 2008; 27: 340-9.

⁴ Moreno Villares JM, Varea Calderón V, Bousoño García C, Lama Moré R, Redecillas Ferreiro S, Peña Quintana L; Sociedad Española de Gastroenterología, Hepatología y Nutrición Pediátrica. Evaluación del estado nutricional de niños ingresados en el hospital en España; estudio DHOSPE (Desnutrición Hospitalaria en el Paciente Pediátrico en España). Nutr Hosp 2013; 28: 709-18.

extendida la realización de cribado nutricional de forma generalizada en todos los niveles asistenciales. Ello conlleva que no se atiendan adecuadamente las necesidades nutricionales de muchos pacientes durante su enfermedad. Por otra parte la codificación de la desnutrición es escasa en los informes de alta de los hospitales, como se resalta en algunas publicaciones. Esto es extensible a los pacientes pediátricos. Las causas de la infravaloración de la DRE y de la inadecuación en su tratamiento son de naturaleza multifactorial, siendo los problemas más destacados la falta de sensibilización, de formación y de información de los profesionales sanitarios; el desconocimiento sobre la utilización de tratamientos de forma segura, efectiva y eficiente y la falta de seguimiento de los pacientes durante su hospitalización y entre los distintos niveles de atención sanitaria, entre otros.

El cribado nutricional y la valoración de la DRE son esenciales para detectar y proporcionar un adecuado tratamiento de la misma, así como para su prevención. Esta valoración ha de realizarse de una manera sistemática, teniendo en cuenta las necesidades de los pacientes.

2. Justificación

La DRE es un problema de salud cuyo abordaje resulta prioritario por su frecuencia y transversalidad en todos los niveles de la atención sanitaria y por su repercusión en la calidad de vida de las personas. El tratamiento de la DRE ha demostrado su coste-efectividad, con el consiguiente impacto en los resultados en salud y en la calidad de vida de los pacientes.

En el informe Lalonde, 1974, "A new perspective on the health of Canadians", dentro de los determinantes de salud se incluyen la biología humana, el sistema sanitario, los estilos de vida y el medio ambiente (alimentación, educación, vivienda...). En estos dos últimos, en los que la nutrición adquiere especial relevancia, el gasto es escaso y su repercusión muy alta.

Desde diversos organismos internacionales, entre ellos la Unión Europea (UE), se insta a los países a incluir la DRE entre sus prioridades políticas para que sus ciudadanos reciban la calidad de tratamiento adecuada.

La European Nutrition for Health Alliance (ENHA) fue fundada en 2005 para llamar la atención sobre la importancia y urgencia de la desnutrición y su tratamiento apropiado y crear una agenda en la UE y en los países miembros. Las acciones para luchar contra la DRE forman parte de la estrategia sanitaria de la UE "Together for health: a Strategic Approach for the EU 2007-2013". Estas líneas estratégicas continúan las recomendaciones propuestas por el Consejo de Ministros de la UE en la Resolución sobre Alimentación y Cuidado Nutricional en los hospitales, así como medidas encaminadas a su prevención y tratamiento⁵. Posteriormente en otras iniciativas como la Declaración de Praga de junio de 2009, los representantes de los Ministerios de Salud de los estados miembros de la Comisión Europea recalcaron expresamente la necesidad de sistematizar el cribado nutricional obligatorio como uno de los pasos esenciales para combatir la desnutrición en todos los niveles asistenciales⁶.

En el año 2014, la ENHA lanzó una campaña denominada "Optimal Nutritional Care for All" (ONCA) encaminada a impulsar el desarrollo de programas de cribado nutricional y planes de cuidados nutricionales en 8 países europeos (entre ellos España). En la reunión de la ONCA celebrada en Bruselas el 4-5 de noviembre de 2014, todos los participantes firmaron un acta en la que se comprometían a acelerar estos programas en sus respectivos países.

⁵ Council of Europe. Committee of Ministers. Resolution ResAP(2003)3 on food and nutritional care in hospitals (Adopted by the Committee of Ministers on 12 November 2003 at the 860th meeting of the Ministers' Deputies)

⁶ The Prague Declaration: A call for action to fight malnutrition in Europe (http://www.european-nutrition.org/index.php/topics/prague_declaration)

En todas las estrategias de salud del SNS se establecen un conjunto de objetivos y recomendaciones que permiten orientar la organización de los servicios hacia la mejora de la salud de la población y sus determinantes, la prevención de las condiciones de salud y limitaciones en la actividad de carácter crónico y su atención integral.

En el marco de estas estrategias se han identificado diferentes proyectos y líneas de trabajo para llevar a cabo la implementación, el seguimiento y la evaluación de las mismas. Entre estos proyectos se incluye el desarrollo de este Documento Marco para la mejora del abordaje de la DRE en el SNS.

La DRE repercute en la calidad de vida de los pacientes. La desnutrición deteriora el estado funcional de las personas y contribuye a la fragilidad y dependencia, condicionando una situación de vulnerabilidad en las personas mayores, reduciendo la autonomía y limitando o imposibilitando tareas tan cotidianas y necesarias como hacer la compra, cargar con bolsas, preparar la comida o el mismo hecho de comer ⁷.

La prevalencia de DRE aumenta en los grupos de más edad, siendo múltiples las características propias de las personas mayores que constituyen factores de riesgo para la DRE, entre ellas la presencia de pluripatología. El abordaje adecuado de la DRE en el paciente crónico puede mejorar su calidad de vida, favoreciendo un envejecimiento saludable y activo ⁸.

Por otra parte, la infancia es también un grupo de especial vulnerabilidad, debido a diversos factores:

- Ausencia de datos sobre prevalencia e impacto a largo plazo de la DRE en la infancia.
- Escasa uniformidad de las herramientas de cribado de la DRE en niños.
- El tipo de respuesta y tolerancia del niño a la DRE.
- Dificultad para la valoración de la DRE en el neonato y en el lactante.
- Las repercusiones sobre la salud a largo plazo, y si ocurre en edades tempranas, sobre su crecimiento y desarrollo posteriores.

Este conjunto de hechos hacen a la población infantil enferma especialmente susceptible de sufrir DRE evitable, tanto por infravaloración de la misma como por infratratamiento.

⁷ Envejecimiento y Nutrición. Pautas de intervención nutricional en anciano frágil. Antón Jiménez M, Artaza Artabe I, López Trigo JA, Martín Pérez E, Martínez Velilla N, Matía Martín P, Petidier Torregrossa R, Sociedad Española de Geriatría y Gerontología, IMC, 2014.

⁸ Ramos Cordero P. Guía de buena práctica clínica en geriatría. Fragilidad y Nutrición en el anciano. Sociedad Española de Geriatría y Gerontología, IMC, 2014.

La DRE incrementa el coste sanitario. En el estudio PREDyCES la desnutrición se asoció con un incremento en la estancia hospitalaria, especialmente en aquellos pacientes sin desnutrición al ingreso que la desarrollaron durante la hospitalización (15,2 vs 8 días de ingreso), con un coste adicional asociado de 5.829 euros por paciente¹.

El coste de la DRE a nivel europeo se calcula en 120.000 millones de euros⁹, 7.300 millones de libras en el Reino Unido¹⁰, 1.900 millones de euros en Holanda¹¹ y 97,35 millones de euros en Croacia¹².

Un reciente estudio realizado en Holanda muestra que el tratamiento de la DRE resulta en beneficios netos entre 1.433 y 3.105 euros por persona¹³. En él se estima que por cada euro invertido en el tratamiento de la persona con DRE la sociedad ahorra entre 1,9 y 4,2 euros, lo que demuestra que el tratamiento de la DRE es coste-efectivo.

⁹ Ljungqvist O, Man Fd. Undernutrition: a major health problem in Europe. *Nutr Hosp* 2009; 24: 369-70.

¹⁰ Elia M. The economics of malnutrition. *Nestle Nutr Workshop Ser Clin Perform Program* 2009; 12: 29-40.

¹¹ Freijer K, Tan SS, Koopmanschap MA, Meijers JM, Halfens RJ, Nuijten MJ. The economic cost of disease related malnutrition. *Clin Nutr* 2013; 32: 136-41.

¹² Benkovic V, Kolcic I, Ivcevic Uhernik A, Vranesic Bender D, Oreb I, Stevanovic R, Krznaric Z. The economic burden of disease-related undernutrition in selected chronic diseases. *Clin Nutr* 2014; 3: 689-93.

¹³ Kok L, Scholte R, Koopmans C. Malnutrition underestimated. The costs of malnutrition and the return on medical nutrition. SEO-report nr. 2014-11a. ISBN 978-90-6733-760-1.

3. Alcance

En este documento se pretende establecer un marco para el abordaje de la DRE tanto aguda como crónica en el SNS de una manera transversal.

Los objetivos y recomendaciones desarrollados van dirigidos tanto a población infantil como adulta y ancianos, aunque sería conveniente un abordaje más específico de la DRE en la infancia y en las personas frágiles por las peculiaridades y características que presenta.

4. Objetivo

El objetivo es proporcionar un marco de referencia para garantizar la calidad y equidad de la atención a las personas con DRE y para la prevención de la misma en el SNS, contribuyendo a la mejora de la calidad de vida de los pacientes y a la eficiencia en el uso de los recursos disponibles. Se establecen objetivos y recomendaciones orientados a promover la valoración de la DRE y mejorar su prevención y atención integral.

5. Metodología

Este documento ha sido realizado por consenso entre un grupo multidisciplinar de expertos a partir de una revisión de la bibliografía disponible en busca de evidencia científica sobre la DRE. El grupo de trabajo se constituyó con representantes de sociedades científicas y personas expertas vinculadas al abordaje de la DRE, que han contribuido a la identificación de puntos críticos y necesidades en la atención relacionada con esta circunstancia de salud.

A partir de sus propuestas se elabora un primer documento a valorar por el Grupo que, posteriormente se revisó por asociaciones de pacientes relacionadas.

Este documento ha sido aprobado en el Pleno del Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud celebrado en Madrid el XX de xxxxx de 2016.

Línea 1. La desnutrición relacionada con la enfermedad (DRE) como elemento prioritario y transversal en el marco de las estrategias y políticas de salud del SNS

Objetivo específico 1.1: Establecer un marco para la implementación de las recomendaciones orientadas a mejorar el abordaje integral de la DRE en el SNS

Recomendaciones:

1.1.1 Impulsar que el abordaje integral de la DRE se contemple en las estrategias y planes de salud autonómicos y del SNS, en línea con los objetivos de la política sanitaria a nivel nacional.

1.1.2. Impulsar la creación de Comités Técnicos Asesores multidisciplinares a nivel autonómico para la implementación, seguimiento y mejora del abordaje de la DRE, en el marco de los planes de salud existentes en cada CCAA y teniendo en cuenta su competencia organizativa.

1.1.3. Fomentar la creación de comisiones clínicas en cada centro con la participación de los profesionales implicados en el abordaje de la DRE para favorecer un manejo integral e interdisciplinar de la misma.

1.1.4. Impulsar iniciativas en todos los niveles de asistencia sanitaria y fomentar la coordinación entre los mismos, para el abordaje de la DRE con la finalidad de promover su incorporación como uno de sus objetivos de gestión.

1.1.5. Considerar el manejo de la DRE como un elemento transversal básico de la cartera común de servicios del SNS.

Objetivo específico 1.2: Impulsar la participación de la ciudadanía y la capacitación de personas con DRE y sus cuidadores

Recomendaciones:

1.2.1. Sensibilizar a la población general acerca de la necesidad de una adecuada valoración y abordaje de la DRE.

1.2.2. Favorecer la participación de los pacientes en los procesos de planificación y diseño de políticas relacionadas con el abordaje de la DRE.

1.2.3. Mejorar la información a los pacientes acerca de los mecanismos que conducen a la DRE, su valoración y las medidas existentes para su tratamiento y cuidados.

1.2.4. Promover intervenciones que favorezcan la capacitación y la implicación en su autocuidado de las personas con DRE y sus cuidadores, dirigidas a mejorar el afrontamiento de la misma y a preservar la calidad de vida.

1.2.5. Fomentar la participación de las personas con DRE en la toma de decisiones acerca de las opciones diagnósticas y terapéuticas relacionadas con su proceso de atención y autocuidado.

1.2.6. Promover la incorporación de recursos informativos y formativos dirigidos a personas con DRE y sus cuidadores impulsando la utilización de nuevas tecnologías en el marco de las iniciativas para la formación de pacientes, incluida la Red de Escuelas de Salud para Ciudadanos.

1.2.7. Facilitar la evaluación de la satisfacción de los pacientes y cuidadores en los programas dirigidos al abordaje de la DRE.

Objetivo específico 1.3: Disminuir las desigualdades en salud desde un enfoque de determinantes sociales de la salud

Recomendaciones:

1.3.1. Contemplar los determinantes sociales, incluyendo las desigualdades de género, en el diseño e implementación de las intervenciones que se desarrollen para el abordaje de la DRE.

1.3.2. Desarrollar actuaciones específicamente diseñadas para el abordaje de la DRE en grupos de población vulnerable como la infancia con enfermedad asociada, personas mayores, personas con falta de autonomía para las actividades de la vida diaria (con dificultades de comunicación o con deterioro cognitivo).

1.3.3. Velar por la equidad en el acceso a una información de calidad, a un diagnóstico precoz, a un tratamiento adecuado basados en la evidencia y a los cuidados necesarios.

Línea 2. Prevención y diagnóstico precoz de la DRE en la atención sanitaria

Objetivo específico 2.1: Mejorar la prevención de la DRE.

Recomendaciones:

2.1.1. Fomentar actuaciones que favorezcan estilos de vida saludables que puedan prevenir o retrasar la aparición de la DRE,

2.1.2. Asegurar que la dieta oral cumpla los requerimientos nutricionales de cada grupo poblacional en los distintos niveles de atención sociosanitaria.

2.1.3. Promover la identificación precoz de personas con riesgo de desarrollar DRE que contemple aspectos sociales.

2.1.4. Facilitar las intervenciones adecuadas a las personas con riesgo de desarrollar DRE.

2.1.5. Promover procedimientos de atención adaptados a la prevención y minimización del riesgo de DRE en los pacientes tanto en el ámbito hospitalario, como en centros de salud o de día y en centros sociosanitarios, basados en la mejor evidencia científica disponible.

Objetivo específico 2.2: Promover e impulsar el cribado nutricional y una valoración adecuada de la DRE, para detectar situaciones de riesgo o desnutrición y efectuar un seguimiento.

Recomendaciones:

2.2.1. Impulsar la implementación de un procedimiento de cribado nutricional que utilice herramientas validadas al ingreso en hospitales y residencias, así como en poblaciones en riesgo de desnutrición en atención primaria (paciente crónico complejo, paciente frágil, oncológico en tratamiento activo, demencia, ancianos, etc). Este cribado deberá repetirse de forma periódica en los casos en que su resultado ha sido negativo (pacientes sin riesgo nutricional) en la primera valoración.

2.2.2. El resultado del cribado nutricional deberá registrarse de forma normalizada en la Historia Clínica Electrónica.

2.2.3. Fomentar la realización de una valoración nutricional que incluya la encuesta dietética, datos antropométricos, bioquímicos, etc, en los pacientes con cribado positivo (pacientes en riesgo o desnutridos) por parte de los profesionales implicados en su abordaje y su registro.

2.2.4. Promover intervenciones que permitan valorar adecuadamente el estado nutricional en los pacientes pediátricos y neonatales y desarrollar actuaciones específicamente diseñadas para el abordaje de la DRE en la infancia.

2.2.5. Promover el desarrollo y el uso de herramientas de cribado nutricional en pacientes mayores con síndromes geriátricos: inmovilidad, disfagia, deterioro cognitivo y demencia, depresión, fragilidad, sarcopenia, úlceras por presión, estreñimiento, caídas, inestabilidad.

2.2.6. Desarrollar procedimientos de atención a la DRE en los pacientes candidatos a cirugía mayor durante todo el periodo perioperatorio, consensuados y basados en la mejor evidencia científica disponible, con el fin de disminuir la variabilidad injustificada en la atención, la morbilidad y la estancia hospitalaria.

Línea 3. Tratamiento de la DRE basado en la evidencia científica

Objetivo específico 3.1: Promover una atención sanitaria segura para el paciente

Recomendaciones:

3.1.1. Promover procedimientos consensuados para mejorar la seguridad en el manejo de la DRE, identificando e implementando prácticas seguras en su tratamiento.

3.1.2. Promover la integración de herramientas de ayuda a la prescripción en la práctica clínica y la incorporación de sistemas de alerta electrónicos a la Historia Clínica Digital, con el fin de promover la prescripción eficiente y segura de la dieta y el soporte nutricional especializado para el tratamiento de la DRE.

3.1.3. Favorecer el acceso a materiales informativos sobre las técnicas de soporte nutricional especializado e informar y formar a los pacientes/cuidadores sobre las precauciones que hay que adoptar para hacer un uso seguro de los mismos.

3.1.4. Promover programas específicos de seguimiento de los pacientes en tratamiento de la DRE para valorar la adherencia terapéutica, adecuación de los tratamientos, necesidades de los pacientes y detección de acontecimientos adversos relacionados con los mismos.

3.1.5. Fomentar la utilización de los sistemas de notificación de incidentes relacionados con la seguridad del paciente y el análisis de los mismos, orientado a la mejora y al aprendizaje en el área de la DRE.

Objetivo específico 3.2: Adecuar el uso de las medidas terapéuticas para el tratamiento de la DRE

Recomendaciones

3.2.1. Promover la elaboración de protocolos de tratamiento de la DRE adaptados a los distintos niveles de la asistencia sanitaria desde las instituciones sanitarias y las sociedades científicas, centrados en el paciente, con indicación de los estándares de elección y beneficios esperados, coste del tratamiento prescrito y alternativas de elección terapéutica, según criterios de eficiencia.

3.2.2. Promover la adecuación y calidad de la dieta oral como un primer eslabón de los protocolos de tratamiento de la DRE, así como su adecuada monitorización.

3.2.3. Mejorar la accesibilidad, disponibilidad y utilización segura del soporte nutricional especializado, incorporando las nuevas tecnologías para su manejo por los profesionales de las Unidades de Nutrición Clínica y Dietética o de los Equipos de Soporte Nutricional.

3.2.4. Fomentar la creación y/o potenciar la dotación existente de Unidades de Nutrición Clínica y Dietética o de Equipos de Soporte Nutricional en los centros Hospitalarios de referencia, así como de personal de referencia en Soporte Nutricional en otros centros, de acuerdo con la normativa vigente.

Línea 4 Continuidad asistencial y atención centrada en el paciente

Objetivo específico 4.1: Promover la comunicación y transferencia de información en las transiciones asistenciales

Recomendaciones

4.1.1. Promover mecanismos de información, comunicación, e interrelación presencial y no presencial, para los procesos relacionados con la DRE entre los profesionales de un mismo nivel y entre niveles asistenciales.

4.1.2. Fomentar que el plan de cuidados y soporte domiciliario al alta, contemple aspectos relacionados con la nutrición en los casos en que esté indicado.

4.1.3. Facilitar que en la historia clínica esté disponible la información nutricional para profesionales de distintos ámbitos asistenciales.

4.1.4. Promover la conciliación del tratamiento de la DRE en todas las transiciones asistenciales entre niveles y/o profesionales sanitarios.

Objetivo específico 4.2: Proporcionar una atención sanitaria integral centrada en el paciente

Recomendaciones:

4.2.1. Promover la implementación de guías de práctica clínica relacionadas con la DRE u otras herramientas de apoyo a la toma de decisiones basadas en la evidencia científica, fomentando su integración en la Historia Clínica Digital.

4.2.2. Favorecer la atención a las personas con DRE en el marco de los planes de atención domiciliaria que tengan implantados los servicios de salud de las CCAA.

4.2.3. Potenciar la interacción entre Unidades de Nutrición Clínica y Dietética o Equipos de Soporte Nutricional o referentes de Soporte Nutricional y Atención Primaria para mejorar la capacidad resolutive de los profesionales y coordinar los procesos relacionados con la atención integral a las personas con DRE.

4.2.4. Promover e impulsar la implementación, seguimiento y evaluación de planes individualizados de atención adaptados a las necesidades y preferencias de las personas con DRE y sus cuidadores, que contemplen aspectos relativos al manejo de la desnutrición (modificaciones dietéticas, suplementos nutricionales orales, nutrición artificial, soporte nutricional especializado).

4.2.5. Establecer sistemas para la monitorización y seguimiento del manejo de la DRE, como los sistemas de alerta en la historia clínica digital.

4.2.6. Fomentar el abordaje interdisciplinar de la DRE, la continuidad de cuidados y la evaluación y seguimiento del proceso de atención integral.

Objetivo específico 4.3: Promover la coordinación entre profesionales y entre ámbitos asistenciales

4.3.1. Favorecer que en la gestión por procesos asistenciales integrados y/o rutas asistenciales se contemplen aspectos relacionados con la prevención y el tratamiento de la DRE.

4.3.2. Desarrollar procedimientos asistenciales consensuados e interdisciplinarios relacionados con el abordaje de la DRE desde un enfoque biopsicosocial, basados en la evidencia, ajustados a estándares de calidad y seguridad.

4.3.3. Facilitar que en el marco de la coordinación sociosanitaria se contemple el abordaje biopsicosocial de las personas con DRE, garantizando la continuidad asistencial.

4.3.4. Potenciar la atención farmacéutica comunitaria de cooperación con los profesionales sanitarios, incluidos Farmacéuticos de Atención Primaria y Hospitalaria y de Farmacia Comunitaria, para optimizar la efectividad del soporte nutricional especializado y minimizar los eventos adversos relacionados con su administración.

4.3.5. Facilitar la transición entre niveles asistenciales y la continuidad de los cuidados en el paso de la edad pediátrica a la edad adulta y en pacientes con enfermedades crónicas más susceptibles de padecer DRE.

4.3.6. Promover la coordinación entre los niveles de asistencia sanitaria para favorecer la conciliación del soporte nutricional especializado.

Línea 5. Investigación y formación de profesionales sanitarios sobre la DRE

Objetivo específico 5.1: Promover la formación de profesionales sanitarios y la investigación sobre la DRE y su abordaje

Recomendaciones:

5.1.1. Sensibilizar a los profesionales en relación a la necesidad de un adecuado abordaje de la DRE que comprenda un cribado nutricional, una valoración nutricional y una atención multidisciplinar apropiada, en los distintos niveles de la atención sanitaria.

5.1.2. Promover que la formación de los profesionales en pregrado, posgrado y formación continuada, contemple la DRE incluyendo el conocimiento de la naturaleza multidimensional de la misma y su abordaje desde una perspectiva multidisciplinar.

5.1.3. Favorecer estudios epidemiológicos y de coste-efectividad que contribuyan a mejorar el conocimiento de la DRE.

5.1.4. Impulsar la investigación y la innovación en el manejo efectivo de la DRE enmarcada en la Estrategia Española de Ciencia y Tecnología y de Innovación.

5.1.5 Promover, en colaboración con la Red Española de Agencias de Evaluación de Tecnologías Sanitarias y Prestaciones del SNS la evaluación de procedimientos, técnicas y tecnologías relacionados con la atención a la DRE.