

**DOCUMENTO MARCO PARA EL ABORDAJE DE LA
DESNUTRICIÓN RELACIONADA CON LA
ENFERMEDAD EN LA COMUNITAT VALENCIANA**



Sociedad Valenciana de Endocrinología, Diabetes y Nutrición

Índice

Autores	3
Introducción	4
Justificación	5
Alcance	9
Objetivo	9
Metodología	10
Líneas estratégicas	10
Línea 1. La desnutrición relacionada con la enfermedad (DRE) como elemento prioritario y transversal en el marco de las estrategias de la Conselleria de Sanitat Universal i Salut Pública de la Comunidad Valenciana.	10
Línea 2. Prevención y diagnóstico precoz de la DRE en la atención sanitaria	12
Línea 3. Tratamiento de la DRE basado en la evidencia científica	14
Línea 4 Continuidad asistencial y atención centrada en el paciente	16
Línea 5. Investigación y formación de profesionales sanitarios sobre la DRE	19
Bibliografía	20

Autores

Grupo de trabajo de Nutrición de la Sociedad Valenciana de Endocrinología, Diabetes y Nutrición (SVEDYN).

Coordinadores:

Carlos Sánchez Juan
*Jefe de Sección de la Unidad de Endocrinología y Nutrición.
Hospital General Universitario de Valencia*

Ángel Luís Abad González
*Coordinador de la Unidad de Nutrición Clínica y Dietética.
Sección de Endocrinología y Nutrición
Hospital General Universitario de Alicante. ISABIAL.
Representante de La Junta de Directiva de la SVEDYN*

Resto de Autores:

Miguel Civera Andrés
*Jefe de Sección de la Unidad de Nutrición Clínica y Dietética.
Servicio de Endocrinología y Nutrición
Hospital Clínico Universitario de Valencia*

Katherine García Malpartida
*Médico especialista en Endocrinología y Nutrición
Unidad de Nutrición Clínica y Dietética. Servicio de Endocrinología y Nutrición
Hospital Universitari i Politècnic La Fe de Valencia*

Ángel Merchante Alfaro
*Jefe de la Sección de Endocrinología y Nutrición.
Hospital General Universitario de Castellón
Presidente de la SVEDYN*

Eva Perelló Camacho
*Médico especialista en Endocrinología y Nutrición
Unidad de Nutrición Clínica y Dietética. Sección de Endocrinología y Nutrición
Hospital Universitario de San Juan de Alicante.*

Silvia Veses Martín
*Médico especialista en Endocrinología y Nutrición.
Unidad de Nutrición Clínica y Dietética. Sección de Endocrinología y Nutrición.
Hospital Universitario Doctor Peset de Valencia*

Introducción

La Desnutrición Relacionada con la Enfermedad (DRE), también llamada Desnutrición Clínica, se define como una alteración de la composición corporal ocasionada por un déficit de nutrientes (debido a un descenso en la ingesta o un aumento de las pérdidas o los requerimientos) como consecuencia de una enfermedad aguda o crónica, que disminuye las funciones vitales y repercute de forma negativa en la evolución clínica de los pacientes que la sufren. Esta entidad, constituye un problema sanitario infravalorado, pero de elevada prevalencia y altos costes.

Las principales causas por las que se produce la DRE son las diferentes necesidades nutricionales de los pacientes en función de la enfermedad o enfermedades de base que padezcan (en mayor medida neoplásicas, respiratorias y cardiovasculares). Esta desnutrición se agrava por el ayuno asociado a las hospitalizaciones, cirugías y pruebas diagnósticas, los impedimentos mecánicos de determinadas patologías que dificultan la alimentación por la vía normal, las interacciones entre la nutrición y los tratamientos farmacológicos, así como los efectos secundarios derivados de los tratamientos. Puede afirmarse que la enfermedad favorece la desnutrición y la desnutrición empeora la enfermedad, estableciéndose un círculo vicioso entre ambas condiciones.

Aunque la desnutrición se identifica más comúnmente en centros sanitarios, particularmente en hospitales o centros sociosanitarios; la mayoría de las personas que están desnutridas o en riesgo de desnutrición viven en la comunidad. Los estudios realizados en los últimos años han demostrado que 1 de cada 4 pacientes adultos¹⁻⁴, uno de cada 5 niños ingresados en el hospital⁵, 1 de cada 3 pacientes incluidos en programas de atención domiciliaria⁶⁻⁹, 1 de cada 3 personas mayores del entorno comunitario están desnutridos o en riesgo de desnutrición⁶.

En el caso de la Comunidad Valenciana, se observó que la prevalencia de riesgo de DRE y la DRE establecida estaba presente en diferentes ámbitos de la población: ambulatoria, institucionalizada y hospitalizada. De esta forma se observó que 1 de

cada 3 pacientes institucionalizados, 1 de cada 6 pacientes ambulatorios y 1 de cada 4 pacientes hospitalizados, estaban desnutridos¹⁰.

La desnutrición puede afectar negativamente a todos los órganos corporales y desencadenar problemas físicos y psicosociales de gran alcance, como alteración de la respuesta inmunitaria, alteración de la cicatrización de las heridas, disminución de la fuerza muscular y cansancio, inactividad, apatía, depresión y autoabandono¹¹. En las personas mayores, especialmente las que viven en sus hogares, puede deteriorar gravemente su capacidad funcional, movilidad e independencia, condicionando una peor calidad de vida y desencadenando condiciones de dependencia.

En todos estos entornos, el problema de la desnutrición es a menudo pasado por alto, no detectado y no tratado.

Justificación

La nutrición juega un papel clave en nuestra sociedad, desde la adquisición de hábitos alimentarios saludables que contribuyen a prevenir problemas crónicos de salud como la diabetes, hasta el mantenimiento de un buen estado nutricional a lo largo de la vida que permita una respuesta óptima del organismo en los momentos de mayor necesidad como en la enfermedad.

En este sentido, la DRE constituye un problema de salud transversal con una importante repercusión sobre los resultados en salud de una población cada vez más envejecida y frágil.

Ya en 1974, en el informe Lalonde, 1974, "A new perspective on the health of Canadians", dentro de los determinantes de salud principales se incluyen entre otros, la alimentación como uno de los determinantes de mayor relevancia, gasto escaso y elevada repercusión sobre la salud.

Muchos otros organismos internacionales han puesto foco en la DRE, entre ellos la UE que en Junio de 2009, representantes de los Ministerios de Sanidad de sus Estados miembros y de otros grupos interesados se reunieron en Praga y publicaron una declaración y un conjunto de líneas de actuación con el lema «Detengamos la malnutrición relacionada con la enfermedad y las enfermedades debidas a la

malnutrición» La "Declaración de Praga" de 2009 reclamaba las siguientes acciones para combatir la desnutrición:

- Concienciación y educación públicas;
- Desarrollo y aplicación de directrices;
- Detección sistemática obligatoria;
- Investigación sobre desnutrición;
- Formación en asistencia nutricional para profesionales sanitarios y sociales;
- Aprobación de planes nacionales de asistencia nutricional con aplicación y financiación garantizada en todos los ámbitos asistenciales;
- Consideración de la desnutrición como un tema fundamental para las futuras Presidencias de la UE.

Posteriormente en la declaración de Varsovia de octubre de 2011, publicada durante la Presidencia polaca de la Unión Europea, se reforzaron las principales áreas para contrarrestar la amplia variedad de efectos adversos que puede tener la malnutrición en los pacientes y los sistemas sanitarios:

- Aplicación de la detección sistemática del riesgo nutricional en toda la UE
- Concienciación pública
- Políticas de reembolso
- Formación médica

Desde 2014, los países participantes utilizan cada vez más la iniciativa ONCA («Optimal Nutritional Care for All», Cuidados nutricionales óptimos para todos) como pilar fundamental en el que basar su trabajo. La campaña actúa como un paraguas, conectando las actividades existentes y permitiendo el desarrollo de las actividades planificadas basándose en que este esfuerzo multinacional para abordar la malnutrición impulse cada vez más acciones a nivel local en otros países.

Como se ha comentado anteriormente, la DRE se relaciona con un aumento de la morbilidad, prolonga las estancias hospitalarias y la tasa de reingresos y aumenta la necesidad y consumo de fármacos. Todo ello incrementa hasta en un 50% los costes del abordaje sanitario de estos pacientes. Los estudios realizados a nivel europeo indican que los costes asociados a la desnutrición y al riesgo de desnutrición en Europa son de 170.000 millones de euros. El coste del tratamiento de un paciente desnutrido es 2-3 veces mayor que el de un paciente no desnutrido¹²⁻¹³, superando con creces los costes del tratamiento del sobrepeso y la obesidad y la morbilidad relacionada¹²⁻¹⁴.

País	Población (aprox.)	Implicaciones económicas estimadas de la desnutrición
Inglaterra	60,8 millones	19.600 millones de euros - gasto público en desnutrición en 2011-12, que corresponde a más del 15 % del gasto total en salud y atención social ¹²
Alemania	82,4 millones	9.000 millones de euros , ascendiendo a 11.000 millones de euros en 2020 - Costes adicionales debidos a la desnutrición en todos los sectores asistenciales en 2003 ¹⁵
Países Bajos	16,8 millones	1.900 millones de euros - costes totales adicionales de la DRM en 2011, equivalentes al 2,1 % del gasto sanitario nacional holandés y al 4,9 % de los costes totales de los sectores sanitarios incluidos ¹⁶
República de Irlanda	4,1 millones	1.400 millones de euros - gasto público en desnutrición en 2007, el 10 % del presupuesto sanitario y social anual se dedicó al tratamiento de la desnutrición en Irlanda ¹⁷
Croacia	4,2 millones	97.400 millones de euros - coste total de la desnutrición en adultos en 2012 para diagnósticos seleccionados, representando el 3,4 % del presupuesto sanitario nacional croata ¹⁸

Figura 1: https://medicalnutritionindustry.com/files/user_upload/documents/medical_nutrition/MNI_Summary_Booklet_2018_FINAL_HR.pdf

Según el estudio nacional Predyces¹⁹ (Prevalencia de la Desnutrición y Costes Asociados en España en 2012), realizado en 1.700 pacientes de hospitales españoles repartidos por todas las comunidades autónomas, se observó que un 23% de los pacientes presentaban un claro riesgo de desnutrición al ingreso. Esta cifra se incrementaba en un 9,6% con los pacientes que desarrollaron la desnutrición durante su estancia hospitalaria.

En el caso de la Comunidad Valenciana, y según el estudio PREDYCES, la prevalencia de desnutrición y riesgo de desnutrición en los pacientes hospitalizados analizados fue de un 24,8%. El sobrecoste que supone el abordaje clínico de estos pacientes asciende a más de 104 millones de euros anuales.

Para confirmar estos datos, en 2016 se realizó un estudio para determinar la prevalencia del riesgo de desnutrición, en el Hospital General Universitario de Valencia²⁰. Este estudio fue realizado sobre una muestra de 1.099 pacientes ingresados en un hospital terciario y se obtuvieron unos resultados superiores a los encontrados en el estudio Predyces, ya que la prevalencia del riesgo de desnutrición encontrada fue del 33,5%.

Además de los estudios de costes e impacto presupuestario, existen multitud de estudios económicos en los que se analizan los beneficios de las intervenciones sobre la desnutrición. Un estudio realizado en Holanda muestra que el tratamiento de la DRE resulta en beneficios netos entre 1.433 y 3.105 euros por persona²¹. En él se estima que por cada euro invertido en el tratamiento de la persona con DRE supone un ahorro estimado de entre 1,9 y 4,2 euros, lo que demuestra que el tratamiento de la DRE es coste-efectivo.

En este declinar de iniciativas hacia los países miembros, el Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social, liderado por la Dirección de Salud Pública ha difundido y recomendado a las Comunidades Autónomas seguir el Documento Marco para el Abordaje de la DRE en el Sistema Salud de Salud (SNS) el cual ha servido de referencia al grupo de trabajo de nutrición de la SVEDyN para la elaboración de la propuesta de actuación en la Comunidad Valenciana²².

Por todo esto, y bajo este contexto de transformación de la sanidad valenciana hacia un modelo orientado a la mejora de la calidad de la atención y resultado coste-efectivo, este grupo considera de vital importancia la adecuación del marco nacional de actuación a la coyuntura autonómica, con el objetivo de garantizar a los ciudadanos valencianos un óptimo abordaje de este problema sanitario resaltando el conocimiento sobre este problema, la prevención, la detección temprana y la óptima intervención de una manera efectiva y eficiente.

Alcance

En este documento se pretende establecer un marco para el abordaje de la DRE tanto aguda como crónica bajo el marco de las líneas estratégicas de Conselleria de Sanitat Universal i Salut Pública de la Comunidad Valenciana de una manera transversal y multidisciplinar.

Los objetivos y recomendaciones desarrollados van dirigidos a toda la población adulta, especialmente aquella más sensible a la DRE, como pueden ser los ancianos, con una acción multidisciplinar que defina las responsabilidades de cada una de las especialidades y niveles asistenciales con rol activo sobre la desnutrición.

Sería recomendable la implantación de estas líneas de acción dentro del modelo de integración y continuidad asistencial utilizando el modelo de rutas asistenciales de la consejería con el fin de adaptar estas líneas básicas de actuación a intervenciones concretas en cada uno de los departamentos con el paciente como centro de la intervención. De esta forma, la implementación debe tener en cuenta, además de las recomendaciones generales, la dispersión de la población, prevalencia y disponibilidad de recursos actuales y futuros de cada departamento de salud.

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 la Comunidad Valenciana, 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 del riesgo de DRE y mejorar el seguimiento de dichos pacientes como una atención integral.

Metodología

Este documento ha sido elaborado tomando como base el Documento Marco para el Abordaje de la DRE en el SNS y posteriormente consensuado por el grupo de nutrición de SVEDyN.

El punto de partida, junto al documento nacional, ha sido una revisión de la bibliografía disponible en busca de evidencia científica sobre la DRE y la situación actual de la Comunidad Valenciana.

A partir de las propuestas del grupo de nutrición de SVEDyN se elabora este primer documento que posteriormente será sometido a su validación contando con el resto de especialidades, autoridades y responsables sanitarios y con la participación activa de asociaciones de pacientes para la priorización de acciones así como el establecimiento de las responsabilidades y roles de cada especialidad que permita así su implementación en la Comunitat Valenciana.

Líneas estratégicas

Línea 1. La desnutrición relacionada con la enfermedad (DRE) como elemento prioritario y transversal en el marco de las estrategias de la Conselleria de Sanitat Universal i Salut Pública de la Comunidad Valenciana.

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, en línea con los objetivos de la política sanitaria a nivel nacional.

1.1.2. Impulsar la creación de un Comité Técnico Asesor multidisciplinar en la Comunidad Valenciana para la implementación, seguimiento y mejora del abordaje de la DRE, en el marco del plan de salud de la Comunidad teniendo en cuenta su competencia organizativa.

1.1.3. Fomentar la creación de comisiones en cada departamento con la participación de las Unidades de Nutrición Clínica y Dietética (UNCyD) dependientes de los Servicios de Endocrinología y Nutrición, y de los profesionales implicados en el abordaje de la DRE para favorecer un manejo integral e interdisciplinar de la misma.

1.1.4. Impulsar e incentivar 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 de la Comunidad Valenciana, que se debe al estado de enfermedad, pero no se vincula solo a algunas de ellas sino que puede surgir en cualquiera.

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 nutrición y hábitos saludables.

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 de la web oficial de la Conselleria (<http://www.san.gva.es/web/dgcal/publicaciones-de-la-conselleria-de-sanitat-para-pacientes>)

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, demencia, ancianos, etc.).

2.2.2. El resultado del cribado nutricional deberá registrarse de forma normalizada en SIA Abucasis, OrionClínic y en cualquier formato de historia electrónica que disponga la Consellería de Sanitat Universal y Salut Pública.

2.2.3. Fomentar la realización de una valoración nutricional que incluya la encuesta dietética, datos antropométricos, bioquímicos relevantes, 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 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.

2.2.5. 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 en SIA Abucasis, OrionClínic y en cualquier formato de historia electrónica que disponga la Consellería de Sanitat Universal y Salut Pública, con el fin de permitir una 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 al tratamiento (terapéutica y nutricional),

adecuación a cada caso, necesidades de los pacientes y detección de acontecimientos adversos.

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.

3.1.6 Fomentar la colaboración de las comisiones técnicas de nutrición con las comisiones de seguridad del paciente con el fin de evitar riesgos de seguridad del paciente asociados a la disfagia.

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 el primer escalón terapéutico en los protocolos de tratamiento de la DRE, así como su adecuada monitorización. En la medida de lo posible, ajustar a las preferencias, costumbres y cultura del paciente evitando caer en rutinas.

3.2.3 Iniciar mecanismos de seguimiento en pacientes en riesgo de desnutrición tanto en Atención Primaria como en hospitalización en los que se registre la ingesta en las comidas, y en los tratados, se revise la adherencia al tratamiento para ejecutar a tiempo las medidas correctivas necesarias.

3.2.4. 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.

3.2.5. Potenciar las UNCyD ya existentes en los Departamentos de Salud de la Comunitat Valenciana y fomentar las creaciones de nuevas unidades, allí donde no las hubiera, 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 (como por ejemplo consultas virtuales) 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. Impulsar la participación multidisciplinar de los profesionales incluidos en el SNS: desde gerencias, especialidades médicas y farmacéutico, enfermería, dietistas-nutricionistas y auxiliares, celadores, proveedores de comidas y administrativos.

4.2.2. 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 Abucasis y OriónClínic y en cualquier formato de historia electrónica que disponga la Consellería de Sanitat Universal y Salut Pública.

4.2.3. Favorecer la atención a las personas con DRE en el marco de los planes de atención domiciliaria implantados en la comunidad como las 24 unidades existentes de hospitalización domiciliaria o el programa “Menjar a Casa” (<http://www.inclusio.gva.es/es/web/mayores/-menjar-a-casa-a18>).

4.2.4. Potenciar la interacción entre Unidades de Nutrición Clínica y Dietética y Atención Primaria para mejorar la detección precoz del problema, la capacidad resolutoria de los profesionales y coordinar los procesos relacionados con la atención integral a las personas con DRE.

4.2.5. 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).

4.2.6. Establecer sistemas para la monitorización y seguimiento del manejo de la DRE, como los sistemas de alerta de Abucasis, de OrionClinic y los cuadros de mando de control de las personas con riesgo de desnutrición.

4.2.7. 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

Recomendaciones:

4.3.1. Favorecer la elaboración e implantación de rutas asistenciales integradas en relación con la nutrición clínica que organicen de forma multidisciplinar la detección, 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 y alineados con las características de la población de cada uno de los departamentos.

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. Incorporar la valoración nutricional como elemento basal en el programa de revisión y seguimiento de la farmacoterapia (REFAR).
<http://www.san.gva.es/web/dgfps/-refar-programa-de-revision-y-seguimiento-de-la-farmacoterapia>

4.3.6. 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.

4.3.7. 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 y especialidades 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 el Plan Estratégico de I+D en Sanidad de la Comunidad Valenciana y la coordinación con Fisabio. <http://fisabio.san.gva.es/inicio>

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.

Bibliografía

1. Russell C, Elia M. Nutrition screening survey in the UK and Republic of Ireland in 2011. Redditch: BAPEN; 2012.
2. Schindler K, Pernicka E, Laviano A, Howard P, Schütz T, Bauer P et al. How nutritional risk is assessed and managed in European hospitals: a survey of 21007 patients findings from the 2007-2008 cross-sectional nutritionDay survey. *Clin Nutr.* 2010;29(5):552-9.
3. Imoberdorf R, Meier R, Krebs P, Hangartner PJ, Hess B, Stäubli M et al. Prevalence of undernutrition on admission to Swiss hospitals. *Clin Nutr.* 2010;29(1):38-41.
4. Meijers JM, Schols JM, van Bokhorst-de van der Schueren MA, Dassen T, Janssen MA, Halfens RJ. Malnutrition prevalence in The Netherlands: results of the annual dutch national prevalence measurement of care problems. *Br J Nutr.* 2009;101(3):417-23.
5. Joosten KF, Zwart H, Hop WC, Hulst JM. National malnutrition screening days in hospitalised children in The Netherlands. *Arch Dis Child.* 2010;95(2):141-5.
6. Kaiser MJ, Bauer JM, Rämisch C, Uter W, Guigoz Y, Cederholm T et al. Frequency of malnutrition in older adults: a multinational perspective using the mini nutritional assessment. *J Am Geriatr Soc.* 2010;58(9):1734-8.
7. Suominen MH, Sandelin E, Soini H, Pitkala KH. How well do nurses recognize malnutrition in elderly patients? *Eur J Clin Nutr.* 2009;63(2):292-6.
8. Lelovics Z, Bozó RK, Lampek K, Figler M. Results of nutritional screening in institutionalized elderly in Hungary. *Arch Gerontol Geriatr.* 2009;49(1):190-6.
9. Parsons EL, Stratton RJ, Elia M. An audit of the use of oral nutritional supplements in care homes in Hampshire. *Proc Nutr Soc.* 2010;69:E197.
10. Castro-Vega I, Veses Martín S, Cantero Llorca J, Barrios Marta C, Monzó Albiach N, Bañuls Morant C et al. Prevalencia de riesgo de desnutrición y desnutrición establecida en población ambulatoria, institucionalizada y hospitalizada en un departamento de salud. *Nutr Hosp.* 2017;34(4):889-898.

11. Elia M, Russell C. Combating malnutrition: Recommendations for action. Redditch: BAPEN; 2009.
12. Elia M. The cost of malnutrition in England and the potential cost savings from nutritional interventions. Southampton: BAPEN and NIHR Southampton Biomedical Research; 2015.
13. Rodriguez-Mañas L, Abizanda P, Barcons N, Lizán L. Malnutrition in institutionalized and community-dwelling older adults in Spain: estimates of its costs to the national health system. *Value Health*. 2014;17(7):A507.
14. Morgan E, Dent M. The economic burden of obesity. Oxford: National Obesity Observatory; 2010.
15. Cepton. Malnutrition in Germany: A study on disease-related malnutrition and the benefits of clinical nutrition concepts. Munich: 2007.
16. Freijer K, Tan SS, Koopmanschap MA, Meijers JM, Halfens RJ, Nuijten MJ. The economic costs of disease related malnutrition. *Clin Nutr*. 2013;32(1):136-41.
17. Rice N, Normand C. The cost associated with disease-related malnutrition in Ireland. *Public Health Nutr*. 2012;15(10):1966-72.
18. Benkovi V, Kolčić I, Ivičević Uhernik A, Vranešić Bender D, Oreb I, Stevanović R et al. The economic burden of disease-related undernutrition in selected chronic diseases. *Clin Nutr*. 2014;33(4):689-93.
19. León-Sanz M, Brosa M, Planas M, García-de-Lorenzo A, Celaya-Pérez S, Hernández JÁ et al. PREDyCES study: The cost of hospital malnutrition in Spain. *Nutrition*. 2015;31(9):1096-102.
20. Chivu EC, Artero-Fullana A, Alfonso-García A, Sánchez-Juan C. Detección del riesgo de desnutrición en el medio hospitalario. *Nutr Hosp*. 2016;33(4):894-900.
21. Kok L, Scholte R. Malnutrition underestimated: The costs of malnutrition and the return on medical nutrition. SEO Economic Research; 2014.
22. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Documento marco para el abordaje de la desnutrición relacionada con la enfermedad (DRE) en el SNS. 2015.