



Paloma Casado, Subdirectora General de Calidad y Cohesión del Ministerio de Sanidad, presenta el proyecto de Abordaje de la DRE en el SNS



Durante la celebración del XI Foro de debate SENPE-ABBOTT Paloma Casado, Subdirectora General de Calidad y Cohesión del Ministerio de Sanidad presentó el proyecto de abordaje de la Desnutrición Relacionada con la Enfermedad en el Sistema Nacional de Salud.

[> leer más](#)



XI Foro de debate SENPE- ABBOTT: La importancia de la detección y el abordaje de la desnutrición relacionada con la enfermedad en los distintos ámbitos asistenciales del Sistema Nacional de Salud

“Los proyectos piloto para actuar contra la desnutrición hospitalaria en España funcionan y son coste eficientes”, así lo ha señalado el Dr. Miguel León, presidente de la Sociedad Española de Nutrición Parenteral y Enteral (SENPE), durante la celebración el pasado 20 de junio del XI Foro SENPE-Abbott. En este encuentro ...

[> leer más](#)



Entrevista al Dr. Juan Luis Buron, Director Gerente del Complejo Asistencial Universitario de León; y a la Dra. María Ballesteros, miembro del Grupo Interterritorial de la Alianza másnutridos

Dr. Juan Luis Burón, podría explicar el proyecto sobre “Detección y tratamiento precoz de la desnutrición en el paciente oncohematológico hospitalizado” que están desarrollando en el Complejo Asistencial Universitario de León?

Los pacientes oncohematológicos son un grupo de especial alto riesgo de desnutrición ...

[> leer más](#)



En 2011 el coste de la desnutrición relacionada con la enfermedad en Holanda fue de 1800 millones de euros

Por encargo de la VNFKD (Association of Dutch Infant and Dietetic Food Industries) la compañía holandesa SEO Economic Research ha realizado un estudio con el fin de responder a dos preguntas:

- ¿Cuál es el coste de la desnutrición relacionada con la enfermedad (DRE) para la sociedad holandesa?
- ¿Cuáles son los costes y beneficios que conlleva el uso de nutrición médica en casos de desnutrición relacionada con la enfermedad ...

[> leer más](#)

Paloma Casado, Subdirectora General de Calidad y Cohesión del Ministerio de Sanidad, presenta el proyecto de Abordaje de la DRE en el SNS



Durante la celebración del XI Foro de debate SENPE-ABBOTT Paloma Casado, Subdirectora General de Calidad y Cohesión del Ministerio de Sanidad presentó el proyecto de abordaje de la Desnutrición Relacionada con la Enfermedad en el Sistema Nacional de Salud.

En la presentación la Dra. Casado detalló las razones del desarrollo de este proyecto, quiénes lideran la lucha contra la DRE, los objetivos, la metodología y la estructura del mismo. Entre las razones fundamentales para el abordaje de la desnutrición relacionada con la enfermedad destacan su alta prevalencia en enfermos crónicos, la necesidad de abordarla en todos los niveles asistenciales y las consecuencias en la salud y la calidad de vida de los enfermos así como su coste económico y social.

Asimismo, la Dra. Casado, detalló el listado de **sociedades científicas y asociaciones médicas que participan** en la lucha contra la DRE: SENPE, SEEN, SEGHN, SEGG, Consejo General de Enfermería y ADENYD, SEMERGEN, SEMG, SEMI y, por parte del Ministerio de Sanidad, la Subdirección General de Calidad y Cohesión, la Subdirección General de Cartera Básica de Servicios del Sistema Nacional de Salud y el Fondo de Cohesión.

Los **objetivos** del proyecto son la creación de un marco para el abordaje de la DRE en el SNS que sea transversal y para toda la población (infantil, adulta y anciana), la valoración y prevención de la DRE, aumento de la calidad de vida, atención de calidad y equitativa y eficiencia del Sistema Nacional de Salud.

La **metodología** que se está aplicando es colaborativa: partiendo del trabajo de un grupo multidisciplinar de expertos, la búsqueda de evidencia científica, la identificación de puntos críticos y necesidades, se conforma un documento de partida que será revisado por las CC.AA para consensuar un documento marco definitivo que pueda ser presentado en el Consejo Interterritorial del SNS.

Finalmente, la Dra. Paloma Casado explicó en profundidad la **estructura** del borrador de partida del Documento Marco para el abordaje de la DRE en el Sistema Nacional de Salud, en el que se proponen 5 líneas estratégicas y 11 objetivos específicos (OE).

Línea estratégica 1.

La DRE como elemento prioritario y transversal en el marco de las estrategias y políticas de salud del SNS:

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

OE 1.2: Impulsar la participación de la ciudadanía y la capacitación de personas con DRE y sus cuidadores.

OE 1.3: Disminuir las desigualdades en salud desde un enfoque de determinantes sociales de la salud.

Línea Estratégica 2.

Prevención y diagnóstico precoz de la DRE en la atención sanitaria:

OE 2.1: Mejorar la prevención de la DRE.

OE 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.

Línea Estratégica 3.

Tratamiento de la DRE basado en la evidencia científica:

OE 3.1: Promover una atención sanitaria segura para el paciente.

OE 3.2: Adecuar el uso de las medidas terapéuticas para el tratamiento de la DRE.

Línea Estratégica 4.

Continuidad asistencial y atención centrada en el paciente:

OE 4.1: Promover la comunicación y transferencia de información en las transiciones asistenciales.

OE 4.2: Proporcionar una atención sanitaria integral centrada en el paciente.

OE 4.3: Promover la coordinación entre profesionales y entre ámbitos asistenciales.

Línea Estratégica 5.

Investigación y formación de profesionales sanitarios sobre la DRE:

OE 5.1: Promover la formación de profesionales sanitarios y la investigación sobre la DRE y su abordaje.

XI Foro de debate SENPE-ABBOTT: La importancia de la detección y el abordaje de la desnutrición relacionada con la enfermedad en los distintos ámbitos asistenciales del Sistema Nacional de Salud



“Los proyectos piloto para actuar contra la desnutrición hospitalaria en España funcionan y son coste eficientes”, así lo ha señalado el Dr. Miguel León, presidente de la Sociedad Española de Nutrición Parenteral y Enteral (SENPE), durante la celebración el pasado 20 de junio del XI Foro SENPE-Abbott. En este encuentro se han debatido la desnutrición hospitalaria y su impacto, los últimos avances del proyecto más nutridos en la lucha contra la desnutrición relacionada con la enfermedad así como los pasos que se han ido dando en España en este campo.

“Para seguir avanzando en España es necesario que tanto todos los profesionales sanitarios como las autoridades sanitarias y la dirección de los hospitales tomen conciencia de la importancia de la valoración nutricional de los pacientes y de tomar las medidas oportunas. Esto requiere, más que una gran inversión, un cambio de cultura para hacer de determinadas prácticas como el cribado nutricional una práctica habitual en los hospitales, igual que al paciente se le toma la temperatura por ejemplo”, añade el Dr. León.

El elevado coste para la Sanidad de la desnutrición relacionada con la enfermedad (DRE)

El Foro ha contado con la presencia de la Dra. Niamh Rice, Directora de la Irish Society for Clinical Nutrition and Metabolism (IrSPEN) y consultora en Nutrición, que ha comparado el caso irlandés con el español y el de otros países, y se ha centrado en el coste que supone la DRE. *“El coste sanitario de la desnutrición hospitalaria es el doble que el de la obesidad y se estima que en Europa asciende a 170.000 millones de euros. La DRE o riesgo de DRE es un problema que afecta al 5% de la población, es decir, alrededor de unos 30 millones de personas”, señala esta especialista. “Una de cada 3 personas hospitalizadas tendrá desnutrición, lo que incrementa en un 30% la estancia en el hospital y multiplica por 3 el riesgo de infecciones serias y otras complicaciones. Además la DRE multiplica por 12 el riesgo de mortalidad en el hospital y por 4 el de mortalidad en los tres años siguientes. Todo esto además de aumentar la tasa de reingresos hospitalarios (doble de posibilidades de reingreso en los siguientes 45 días)”, añade.*

En España se estima que la DRE afecta a 1,7 millones de adultos (4,4% de la población). En nuestro país uno de cada cuatro pacientes hospitalizados presenta desnutrición al ingreso hospitalario, y esta condición puede empeorar durante

la estancia en el hospital. Además, sólo en hospitales la estancia media de un paciente anciano desnutrido es de 11 días mientras que en un paciente normonutrido es de 8 díasⁱ.

En términos económicos, la diferencia más significativa se presenta en el caso de los pacientes que se desnutren durante la estancia hospitalaria con respecto a los que no presentan desnutrición en ningún momento. En este caso el coste es de cerca del 50% más (12.237€ frente a 6.408€). En el caso de los pacientes que ingresan con riesgo nutricional el coste hospitalario es de unos 1.400€ más por estancia en el hospital que el de los pacientes que no presentan ese riesgo en el momento del ingresoⁱⁱ.

Casos de éxito en España

El Foro ha contado con dos mesas de debate: una *mesa institucional*, en la se han dado cita representantes de la Administración sanitaria española implicados en la lucha contra la DRE como Paloma Casado, Subdirectora General de Calidad y Cohesión del Ministerio de Sanidad y el Dr. Carles Blay, Responsable operativo del programa de prevención y atención de la cronicidad del Departament de Salut de la Generalitat de Catalunya. Y una *mesa de Best Practices*, en la que se han expuesto los casos de implantación de medidas relacionadas con la desnutrición ligada a la enfermedad en distintos hospitales españoles. Estos proyectos, han sido realizados bajo el marco del proyecto más **nutridos**, y han sido posibles gracias a la colaboración de los profesionales, hospitales y Administración.

Canarias, un cribado nutricional que detecta a los pacientes con peor pronóstico clínico

En el Hospital Universitario Nuestra Señora de Candelaria han diseñado un método de cribado denominado CIPA que está instaurado ya en 11 plantas de hospitalización y está previsto que a final de año esté implantado en todas las plantas asignadas (excepto en críticos y servicios con baja prevalencia de malnutrición). Su principal característica es la capacidad de detectar a los pacientes con peor pronóstico clínico (mayor estancia media y mortalidad), validado en pacientes con patología no quirúrgica.

Castilla y León, una mejora significativa en todos los parámetros contemplados

La Unidad de Nutrición y Dietética (UNCyD) del Complejo Asistencial de León (CAULE) realizó un cribado nutricional entre noviembre de 2011 y noviembre de 2013, para implantar un protocolo nutricional en el paciente oncohematológico hospitalizado.

Entre los principales resultados obtenidos tras comparar la situación nutricional en el momento del ingreso y después de la intervención nutricional destacan: una mejoría en la ingesta (con un aumento en el consumo de la dieta prescrita del 80% al 90%), y un aumento de los pacientes que lograron una ingesta calórica suficiente para cubrir las necesidades energéticas (del 50'3% al 70'9%) y proteicas (del 44'3% al 64%). En estos pacientes, se observó una tendencia a una menor estancia hospitalaria con respecto a los que no cubrieron sus necesidades energéticas y proteicas (3,5-4,5 menos). Además se produjo una mejora significativa en los parámetros nutricionales evaluados (peso, albúmina, prealbúmina, RPB y colesterol total).

Cataluña, un proyecto coste-eficiente

La Unidad de Soporte Nutricional del Hospital Vall d'Hebron ha seguido avanzando en el cribado nutricional al ingreso hospitalario iniciado en 2012, y se han consolidado ampliamente en algunos servicios con elevada prevalencia de desnutrición (hemato-oncología, cirugía vascular, neumología) En estos servicios, el 48 % de los pacientes que ingresan están desnutridos o en situación de riesgo nutricional.

Para poder dar respuesta a los pacientes desnutridos detectados en la comunidad que no pueden acudir al hospital (pacientes en programa de Atención Domiciliaria, ATDOM), la Unidad de Soporte Nutricional ha consensuado una consulta virtual a distancia con los equipos de atención primaria de su área geográfica de referencia. Se han protocolizado los datos relevantes que deben ser recogidos por enfermería o médico de familia, para poder evaluar las necesidades nutricionales del paciente y poder realizar un plan nutricional. En el último año, se han atendido en esta consulta más de 250 pacientes, la mayoría (75 %) desnutridos y un 20 % en situación de riesgo nutricional. El principal motivo de consulta ha sido la disfagia, seguido de pérdida de peso. El tratamiento nutricional ha consistido en la mayoría de los casos de consejo dietético

para enriquecer la dieta, y módulo de espesantes, en segundo lugar suplementación nutricional oral.

La consulta virtual de nutrición es una herramienta útil para aquellos pacientes que precisan atención domiciliaria, y acerca las Unidades de Nutrición de los Hospitales de referencia a los Equipos de Atención Primaria de su área de referencia, haciéndola más accesible.

Madrid, la situación de la desnutrición en los hospitales

A lo largo del año 2014 se ha implantado en el Hospital General Universitario Gregorio Marañón un Protocolo de Detección Precoz de la Desnutrición mediante Cribado Nutricional al Ingreso. La herramienta de cribado utilizada ha sido el NRS 2002, realizado por el personal de enfermería de las plantas de hospitalización, seguido de una valoración nutricional y un plan de cuidados nutricionales por el personal de la Unidad de Nutrición Clínica y Dietética. Los resultados de la fase de implantación muestran que el 19% de los pacientes hospitalizados están en riesgo nutricional, tienen una mayor estancia hospitalaria, una tasa de reingresos a los 30 días del 25%, y una mortalidad del 5%.

Andalucía, un sistema consolidado de detección, diagnóstico, tratamiento y registro

El equipo de Soporte Nutricional del Hospital Virgen de la Victoria de Málaga (UGC Endocrinología y Nutrición - UGC Farmacia) disponen de un sistema de detección, diagnóstico, plan terapéutico y registro (INFORNUT) implantado desde hace 15 años en el centro. Se basa en un método informatizado de cribado analítico (FILNUT) completado con valoración nutricional (MUST) que ha reportado tasas de diagnóstico de desnutrición que triplican la media de la comunidad andaluza en los últimos 10 años.

Los pacientes con desnutrición registrada en el momento de recibir el alta presentan una alto índice de complejidad que se traduce en elevadas tasas de mortalidad (x4), estancia media (x3) y reingreso (x2).

Aún con las limitaciones de todo proceso, el sistema de filtro, valoración e información ha facilitado el acceso al diagnóstico de la desnutrición o al conocimiento del riesgo de padecerla, a la prescripción de los procedimientos y /o suplementos para remediarla, así como su adecuada documentación y codificación clínica, con las repercusiones consiguientes en índice de complejidad y justificación de costes.

En definitiva, los proyectos puestos en marcha en Canarias, Castilla y León, Cataluña, Madrid y Andalucía demuestran que el cribado nutricional como herramienta habitual es útil y coste eficiente, que debería trasladarse a todos los hospitales españoles, de forma que se convierta en una práctica más y que esté interiorizada por los gestores y profesionales sanitarios, con el fin de mejorar la calidad asistencial del paciente.

ⁱ Based on extrapolating results from Elia UK 2009 costing report

ⁱⁱ Estimate based on available local studies and age adjusted comparisons with large scale studies in Europe.

Entrevista al Dr. Juan Luis Buron, Director Gerente del Complejo Asistencial Universitario de León; y a la Dra. María Ballesteros, miembro del Grupo Interterritorial de la Alianza másnutridos



Dr. Juan Luis Burón, podría explicar el proyecto sobre “Detección y tratamiento precoz de la desnutrición en el paciente oncohematológico hospitalizado” que están desarrollando en el Complejo Asistencial Universitario de León?

Los pacientes oncohematológicos son un grupo de especial alto riesgo de desnutrición, y además esta desnutrición influye de manera importante en el pronóstico de su enfermedad de base. Todo esto lo conocíamos por estudios previos que habíamos realizado en nuestro hospital. Por eso en 2011, la Unidad de Nutrición Clínica y Dietética de la Sección de Endocrinología y Nutrición del CAULE nos planteó como objetivo iniciar un protocolo de detección y tratamiento precoz en estos pacientes. Este estudio fue el primer paso de un proyecto que pretende mejorar de forma integral el abordaje nutricional de los pacientes hospitalizados, comenzando por aquellos de mayor riesgo, los oncohematológicos.

Se planificó un cribado nutricional inicial, que daría lugar a una valoración nutricional y aquellos pacientes que lo necesitaran recibirían una intervención nutricional y posteriormente un seguimiento y reevaluación. El método elegido para el cribado nutricional fue el Malnutrition Screening Tool (MST), ya que es sencillo y rápido, no requiere personal especializado para su empleo y está validado en pacientes oncológicos y durante la hospitalización aguda. Se hace en todos los pacientes el primer día de ingreso por parte del personal de Enfermería de la planta y es revisado diariamente por la Unidad de Nutrición.



Dra. María Ballesteros, ¿qué prevalencia de desnutrición

tienen los pacientes hematológicos?

En distintos estudios realizados, se han comunicado prevalencia de desnutrición en los pacientes oncohematológicos entre 27-50,4% (Horsley P et al. Bone Marrow Transplant 2005; 35: 1113-1116; Baltazar Luna et al. Nutr Hosp 2013; 28(3): 1259-1265). Nuestro grupo hizo un estudio hace unos años en el que observamos que en nuestro hospital era de 47,7% (Calleja Fernández A, et al. Nutr Hosp. 2012;27(1):70), es por ello que nos pareció un grupo de pacientes especialmente vulnerable en el que debíamos centrarnos y comenzamos el protocolo de detección y tratamiento precoz de la desnutrición en el paciente oncohematológico hospitalizado.

Dr. Juan Luis Burón, *¿cómo está contemplada la atención nutricional del paciente durante el ingreso?*

En el momento actual tenemos instaurado y a pleno funcionamiento el cribado nutricional en la planta de Hematología y acabamos de terminar el estudio piloto de implantación en Medicina Interna. En el resto de los casos, la atención nutricional se hace a demanda de los médicos responsables de los pacientes, mediante interconsulta a la Unidad de Nutrición. Durante el pasado año, esto significó que la Unidad de Nutrición atendió a 1131 pacientes hospitalizados (8,1% más que en el 2013) y seguidos durante 11.473 días.

Dra. María Ballesteros, *¿qué evolución/mejoría existe en estos pacientes durante su estancia en el hospital?*

Cuando realizamos un cribado nutricional de forma precoz, no se produce deterioro nutricional durante el ingreso, a diferencia del deterioro observado en estudios previos en estos mismos pacientes, tanto en datos antropométricos como bioquímicos.

Podemos decir que nuestro programa de cribado e intervención nutricional precoz en pacientes oncohematológicos es eficaz para conseguir una mejoría de la ingesta, en un grupo de pacientes en el que esto es un logro difícil puesto que su enfermedad y los tratamientos conllevan anorexia, síntomas gastrointestinales y alteraciones del gusto. Esto implica que un 21% más de pacientes alcanzan sus requerimientos nutricionales y que se consigue una estabilización nutricional. Y para ello no es necesario recurrir a cosas que impliquen grandes consumos de recursos, ya que mayoritariamente se consiguió con intervenciones sencillas y poco más de un 25% de los pacientes requirieron soporte nutricional.

Puesto que no disponíamos de un grupo control sin atención nutricional, porque no nos parecía éticamente correcto, estudiamos las diferencias en estancia hospitalaria en función de si los pacientes cubrían adecuadamente sus requerimientos. Y sí se pudo evidenciar una tendencia a una estancia media superior en los pacientes que no alcanzaron sus requerimientos, especialmente en lo referido a proteínas.

Dr. Juan Luis Burón, *¿qué conclusiones saca después de estos años de experiencia con el cribado nutricional en hematología?*

Las conclusiones que quiero resaltar son:

- La Unidad de Nutrición es esencial dentro del Hospital, porque tiene una actividad muy transversal, que afecta por un lado a todos los servicios Médicos y Quirúrgicos, pero también a los servicios no asistenciales donde su intervención se hace esencial con el fin de mejorar nuestra eficiencia.
- Este trabajo transversal ayuda a la transformación del hospital, caminando hacia el trabajo en procesos y el trabajo en equipo multidisciplinar, que es algo que no se puede imponer, sino que debe ser algo que fluya y penetre dentro de las rutinas de la Organización.
- La mejora de la atención al paciente en su doble vertiente clínica y de satisfacción, mejora los resultados en salud del paciente y sobre todo mejora la satisfacción con la alimentación recibida que se comprueba en el desbarasado de las comidas. Esto se consigue con muy pequeñas intervenciones, y mucha dedicación, sobre todo cambiando rutinas, para poner el énfasis en el paciente que debe ser el centro de nuestra actuación.

Dra. María Ballesteros, *¿está previsto ampliar este programa de cribado a otras unidades del Complejo Asistencial de León?*

Como hemos comentado anteriormente, acabamos de terminar el estudio piloto para la implantación en Medicina Interna, con unos resultados estupendos, y estamos organizándolo con el servicio de Interna para hacerlo en la

práctica clínica real. En otros servicios, hemos preferido empezar por un cribado aún más precoz, antes del ingreso, así que estamos haciendo cribado nutricional en la consulta de Oncología, sin dar lugar a que el paciente tenga que ingresar, ya que en ese momento ya sería tarde. Del mismo modo, también tenemos establecido un protocolo de cribado nutricional en la consulta de Cirugía para los pacientes con cáncer colorrectal que van a ser intervenidos, para poder abordar una posible desnutrición antes de cualquier intervención quirúrgica, ya que sabemos que si el paciente se interviene estando desnutrido, la probabilidad de complicaciones es mucho mayor.

Dr. Juan Luis Burón y Dra. María Ballesteros, ¿cómo recibieron la noticia de que la experiencia sobre “Detección y tratamiento precoz de la desnutrición en el paciente oncohematológico hospitalizado” ha sido reconocida como Buena Práctica por el SNS?

Dra. María Ballesteros: A la Unidad de Nutrición, nos lo comunicaron desde SACYL, el Jefe de Servicio de Programas Asistenciales, D. Manuel Villacorta, que durante todo el proceso de selección de las posibles Buenas Prácticas, primero a nivel de la comunidad, y luego a nivel nacional, ha sido un apoyo inestimable.

Dr. Juan Luis Burón: Fue una gran satisfacción, pero sobre todo el reconocimiento externo al esfuerzo y dedicación realizado nos da ánimos para seguir adelante en la mejora continua en la que estamos enfrascados, ya que cada vez que mejoramos algo descubrimos inmediatamente puntos nuevos para emprender acciones. Este reconocimiento nos da nuevas energías para emprender estos nuevos proyectos, como la extensión del cribado a otras áreas como Medicina Interna, la consolidación de la Unidad de Disfagia o el establecimiento de nuevas alianzas estratégicas entre servicios para mejorar la atención nutricional en nuestro Área.

En 2011 el coste de la desnutrición relacionada con la enfermedad en Holanda fue de 1800 millones de euros



Por encargo de la VNFKD (Association of Dutch Infant and Dietetic Food Industries) la compañía holandesa SEO Economic Research ha realizado un estudio con el fin de responder a dos preguntas:

- ¿Cuál es el coste de la desnutrición relacionada con la enfermedad (DRE) para la sociedad holandesa?
- ¿Cuáles son los costes y beneficios que conlleva el uso de nutrición médica en casos de desnutrición relacionada con la enfermedad?

A partir de estas dos premisas, las principales conclusiones del estudio serían las siguientes:

- En Holanda, el coste de la desnutrición relacionada con la enfermedad fue de 1800 millones de euros en 2011, a los que habría que añadir el coste sanitario de las personas que están en sus casas y que no está cuantificado en este estudio.
- En 2011, el 22% de los pacientes hospitalizados y el 17% de los ancianos en residencias sufrieron DRE.
- La desnutrición relacionada con la enfermedad causa alrededor de 400 muertes al año en Holanda.
- El tiempo de ingreso de pacientes desnutridos es un 28% mayor que en el caso de pacientes que no sufren desnutrición.
- Las residencias de ancianos gastan de media 10.597€ por persona desnutrida al tratar la DRE.
- El uso de nutrición médica con las personas mayores enfermas y desnutridas se traduce en beneficios netos entre 1.433 y 3.105 euros por persona.
- Cada euro invertido en el tratamiento de una persona desnutrida supone un ahorro para la sociedad entre 1,90 a 4,20 euros.

Para ver el informe completo, pinche [aquí](#)