

**18^e
Congrés
de la Societat
Catalana
d'Endocrinologia
i Nutrició**

**12 i 13 de novembre
de 2015**
Col·legi Oficial
de Metges de Barcelona



La Desnutrición Ligada a la Enfermedad

Dra J Alvarez Hernández

Endocrinología y Nutrición

Hospital Universitario Príncipe de Asturias

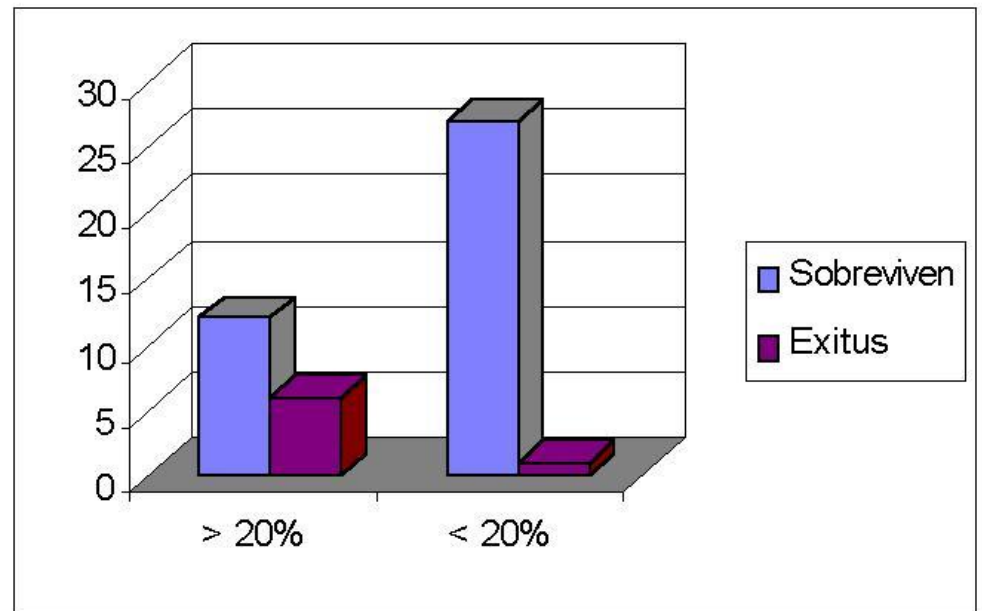
DESNUTRICIÓN



Percentage of weight loss: A basic indicator of surgical risk in patients with chronic peptic ulcer

Hiram O. Studley, M.D

From the Department of Surgery of the University Hospitals and the Western Reserve University School of Medicine..
Cleveland



JAMA 1936, 106(6):458-460

The Skeleton in the Hospital Closet



Dr. Butterworth

“I suspect that one of the largest pockets of unrecognized malnutrition in America exists not in the rural slums or the urban ghettos, but in the private rooms and wards of our big city hospitals.”

Butterworth, Nutrition Today, 1974

AYUNO

Procesos
diagnósticos y
terapéuticos

ENFERMEDAD

DESNUTRICIÓN

Reducción
Ingesta

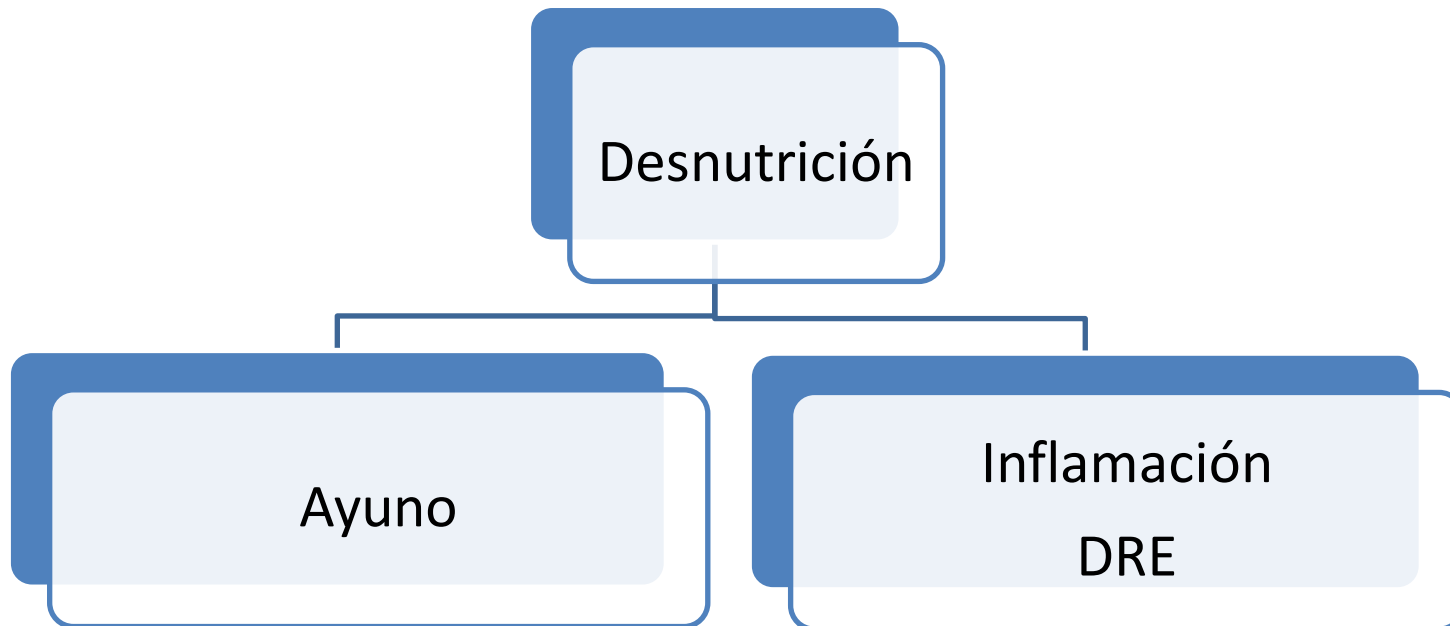
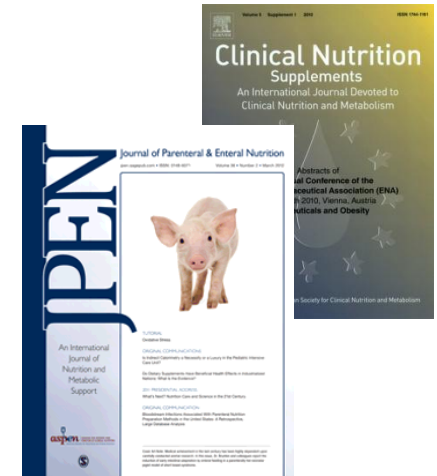
Reducción
Absorción

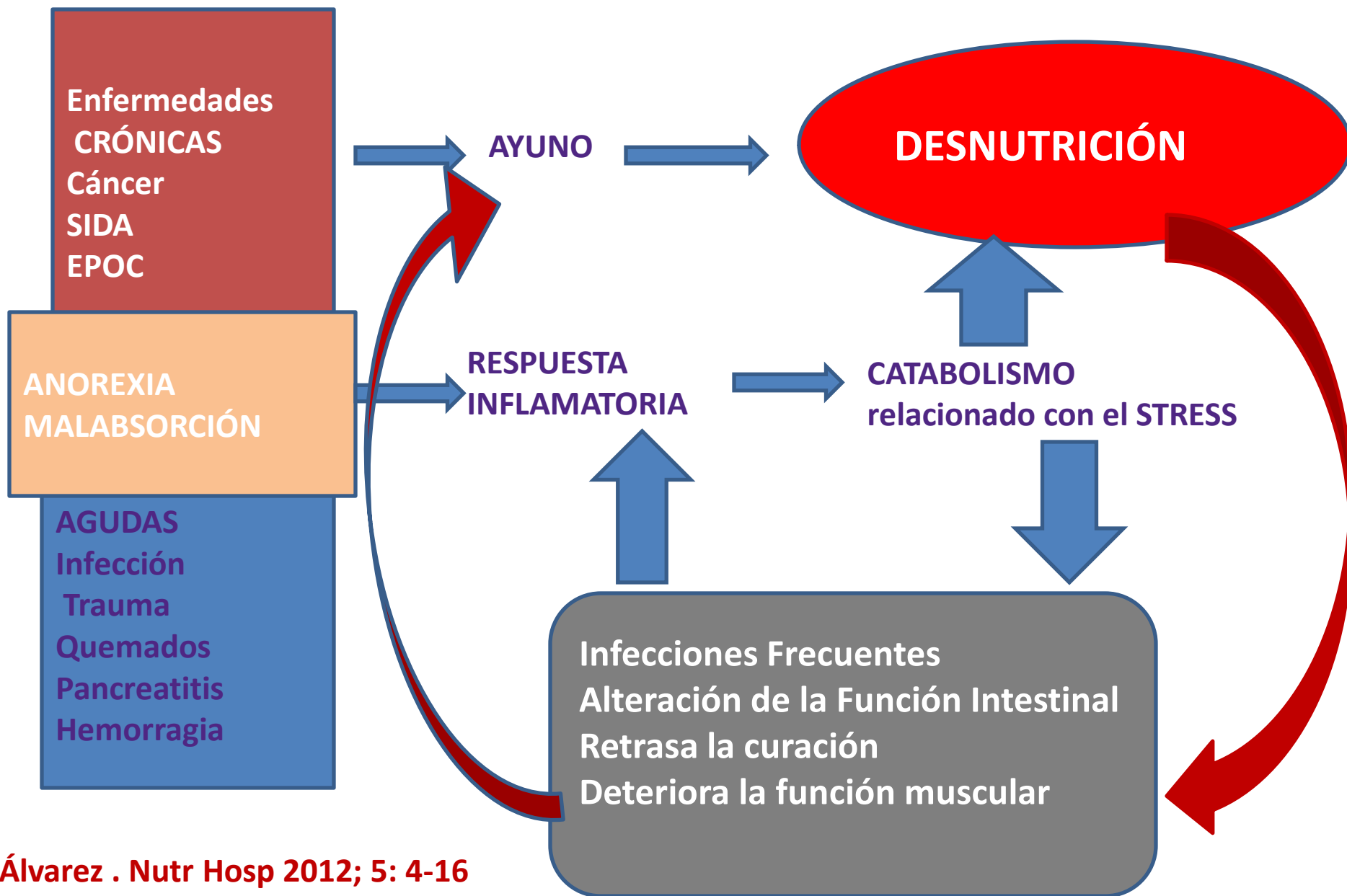
Aumento de
Requerimientos

**FALTA DE SENSIBILIZACIÓN DE
PROFESIONALES E INSTITUCIONES**

Adult Starvation and Disease-Related Malnutrition: A Proposal for Etiology-Based Diagnosis in the Clinical Practice Setting From the International Consensus Guideline Committee

Gordon L. Jensen^a, Jay Mirtallo^b, Charlene Compher^c, Rupinder Dhaliwal^d, Alastair Forbes^e, Rafael Figueredo Grijalba^f, Gil Hardy^g, Jens Kondrup^h, Demetre Labadariosⁱ, Ibolya Nyulasi^j, Juan Carlos Castillo Pineda^k, and Dan Waitzberg^l







Desnutrición hospitalaria. Prevalencia.

Autor	Año	País	Pacientes	Edad media	Método VN	% DCP
Kelly	2000	Gran Bretaña	219 M y Q	60	IMC < 18,5	13%
Braunschweig	2000	EEUU	404 M y Q	53,5	VGS	54%
Middleton	2001	Australia	819 M y Q	65	VGS	36%
Correira	2001	Brasil	4000 M y Q	50,6	VGS	48,1%
Kyle	2003	Suiza-Alemania	1760 M y Q		Bioimpedancia (%FFM)	31% Suiza 17% Alemania
Wyszynski	2003	Argentina	1000 M y Q		VGS	47%
Kruizenga	2003	Holanda	7660 M y Q		Pérdida peso > 10%	25%
Rasmussen	2004	Dinamarca	634 M y Q	71	NRS-2002	39,9% en riesgo
Planas	2004	España	440 M y Q	57,3	Antropometría VGS	72,7% 46%
Burgos	2006	España	129 Oncol	59	VGS	55 %

EuroOOPS: An international, multicentre study to implement nutritional risk screening and evaluate clinical outcome[☆]

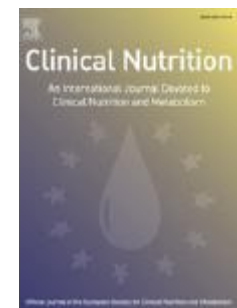


Table 3 Number and percent of patients 'at-risk' by specialty, region and department

Speciality	Region	Department ^a	N	% 'At-risk'	
Geriatrics	Western Europe	E	86	57	
		GW	123	48	
Gastroenterology	Eastern Europe	NO	343	36	
	Western Europe	CH	200	27	
Oncology	Eastern Europe	RT	156	17	
	Middle East	TO	182	37	
Internal Medicine	Eastern Europe	HNG	150	51	
		RH	207	44	
		VF	295	45	
	Middle East	AU	273	11	
		GA	18	67	
		HD	169	38	
	Western Europe	GM	68	49	
		HUPA	133	46	
		LI	368	16	
		MS	102	35	
Surgery		Eastern Europe	IG	558	20
		Middle East	TS	56	55
Western Europe	GH	169	31		
	GM	126	13		
	HC	434	18		
	HUPA	38	24		
	NRS	473	16		
	UZ	15	87		
	Intensive care	Eastern Europe	UP	42	100
Middle East		AS	86	97	
		MU	76	87	
		ZH	105	93	

Results: Of the 5051 study patients, 32.6% were defined as 'at-risk' by NRS-2002. 'At-risk' patients had more complications, higher mortality and longer lengths of stay than 'not at-risk' patients and these variables were significantly related to components of NRS-2002, also when

COSTES DE LA DESNUTRICIÓN HOSPITALARIA

Autor, año	n	Pacientes	Sin malnutrición	Con malnutrición	Diferencia (días)	Diferencia (%)
Robinson 1987	100	Servicios médicos	9,2	15,6	6,4	70%
Epstein 1987		Servicios quirúrgicos	21,5	30,1	8,6	40%
Cederholm 1995	205	Geriatría	18,0	43,0	25,0	139%
Chima 1997	173	Servicios médicos	4,0	6,0	2,0	50%
Naber 1997	155	Medicina interna	12,6	20,0	7,4	59%
Edington 2000	850	Varios servicios	5,7	8,9	3,2	56%
Potter 2002	147	Varios servicios	8,0	16,0	8,0	100%
Pérez de la Cruz 2004	650	Varios servicios	6,3	10,6	4,3	68%
Correia 2003	9348	Varios servicios	10,1	16,7	6,6	65%
Kyle 2004	652	Varios servicios	5,1	10,2	5,1	100%
Pirlich 2006	1886	Varios servicios	11,0	15,0	4,0	36%
Ockenga 2005	541	Gastroenterología	7,7	11,9	4,2	55%
Amaral 2007	469	Varios servicios	7,6	14,7	7,1	93%
Media podnerada	15176		9,5	15,5	6,1	64%

2009

DIRIGIDO



PATROCINADO



PREvalencia de Desnutrición Hospitalaria Y Costes asociados en ESpaña

Nutrición Hospitalaria

Nutr Hosp. 2010;25(6):1020-1024
ISSN 0212-1611 • CODEN NUHOEQ
S.V.R. 318

Prevalence and costs of hospital malnutrition in Spain: methods and development of the PREDyCES® study

Planas Vila¹, J. Álvarez Hernández², A. García de Lorenzo³, S. Celaya Pérez⁴, M. León Sanz⁵, P. García-Lorda⁶ and M. Brosa⁷

Nutrición Hospitalaria

Nutr Hosp. 2012;27(4):1049-1059
ISSN 0212-1611 • CODEN NUHOEQ
S.V.R. 318

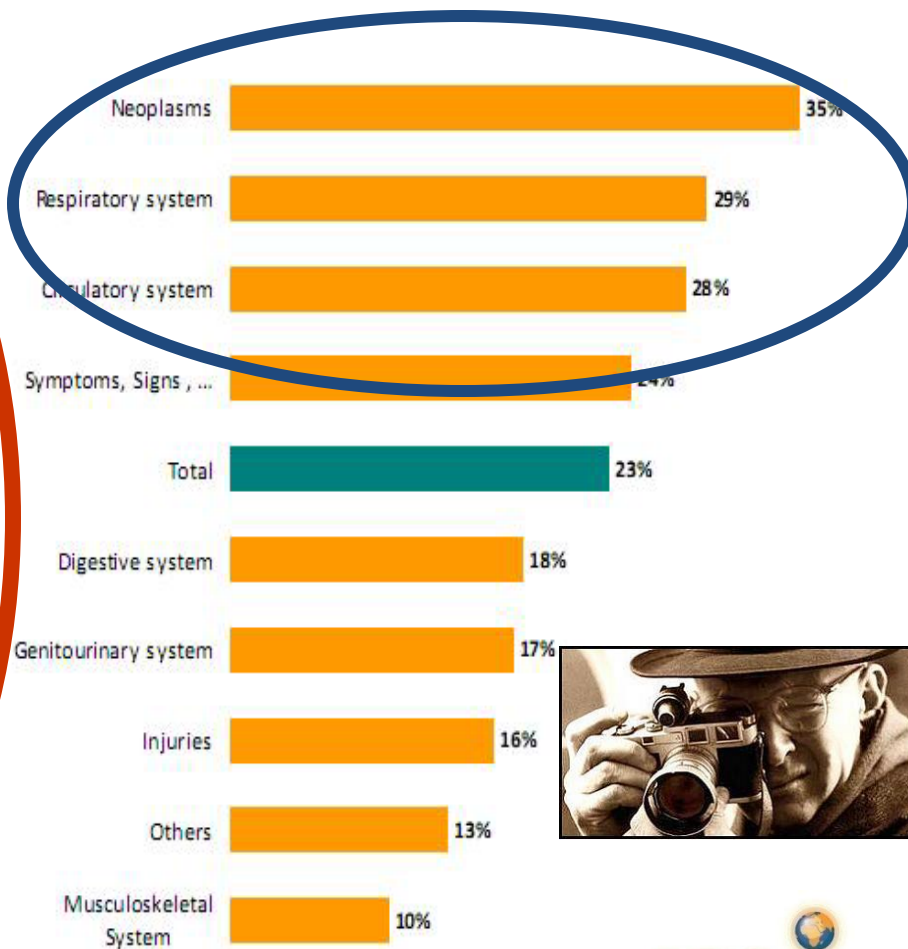
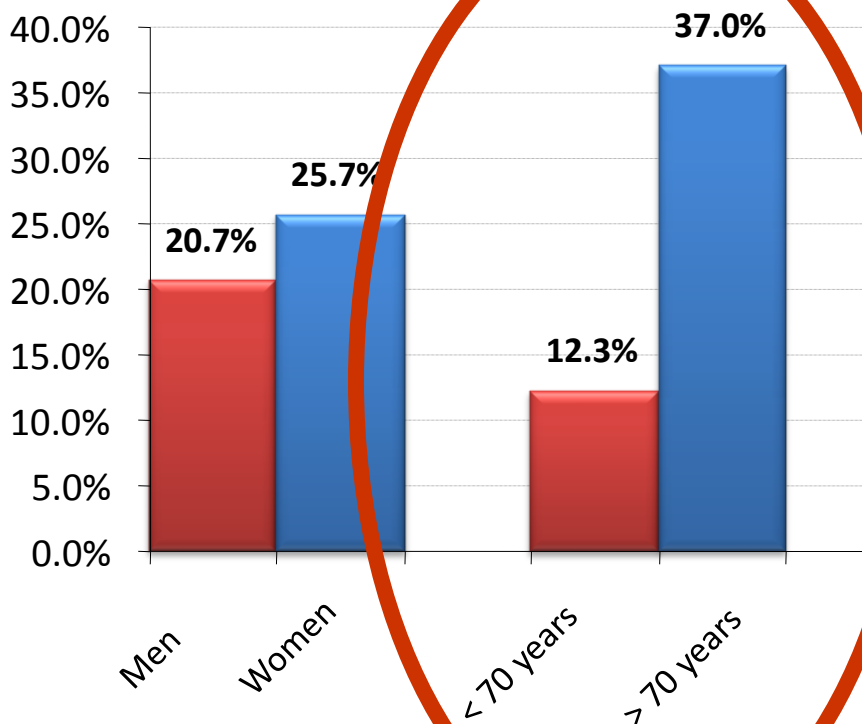
Original
Prevalence and costs of malnutrition in hospitalized patients; the PREDyCES® Study

J. Álvarez-Hernández¹, M. Planas Vila², M. León-Sanz³, A. García de Lorenzo⁴, S. Celaya-Pérez⁵, P. García-Lorda⁶, K. Araujo⁶, B. Sarto Guerri⁷; on behalf of the PREDyCES® researchers

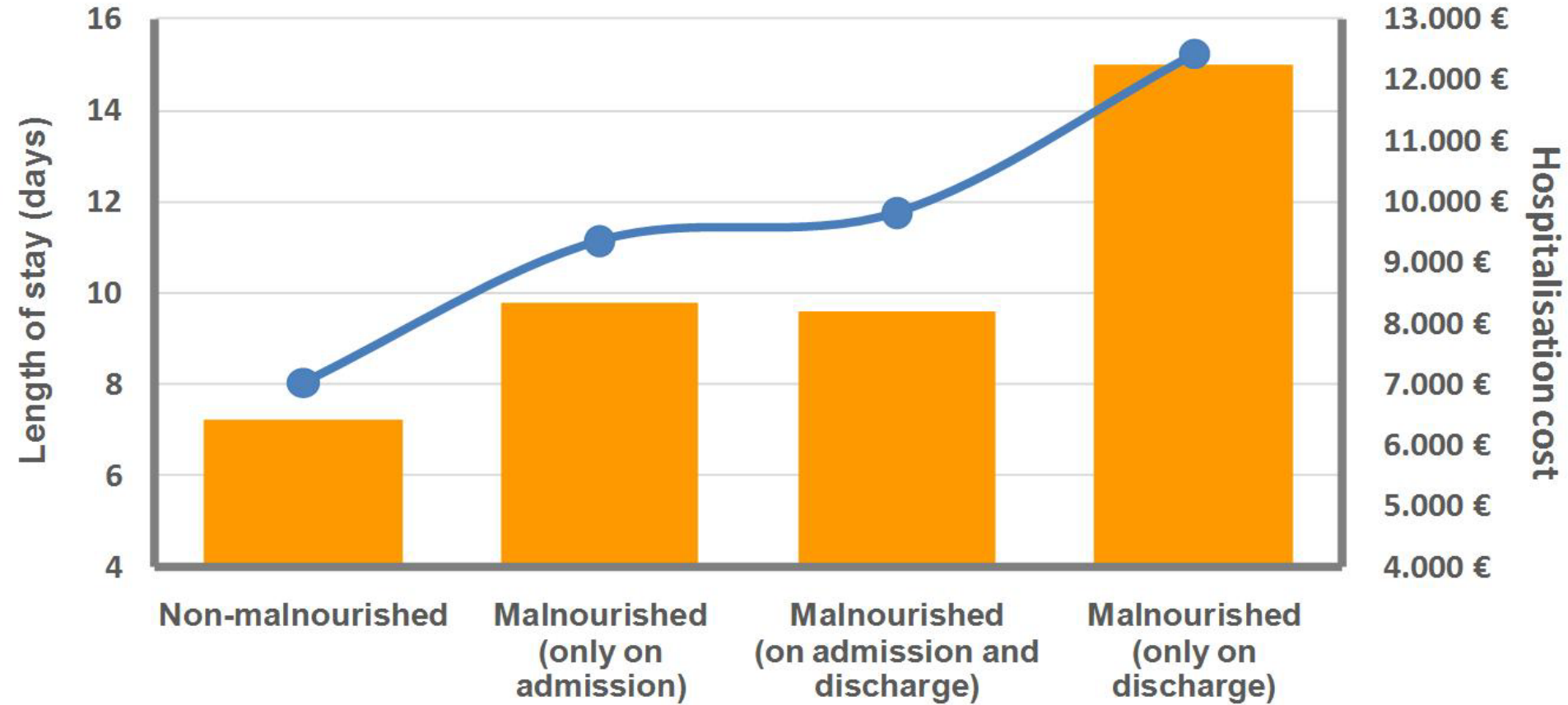
¹Hospital Universitario Príncipe de Asturias. ²Escola de Ciències de la Salut, Universitat de Vic, Barcelona. ³Hospital Universitario 12 de Octubre, Madrid. ⁴Hospital Universitario La Paz, Madrid. ⁵Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa, Zaragoza. ⁶Departamento Médico, Nestlé Health Science, Spain. ⁷Hospital Vall D'Hebrón, Barcelona, España.

Prevalencia de desnutrición (NRS2002 ≥ 3)

23 %



Estudio PREDYCES[®]



2010

Original

Prevalence of malnutrition and its etiological factors in hospitals

R. Burgos¹, B. Sarto¹, I. Elío², M. Planas¹, M.^a Forga³, A. Cantón⁴, R. Trallero⁵, M.^a J. Muñoz⁶, D. Pérez⁷, A. Bonada⁸, E. Saló⁹, M.^a Lecha¹⁰, G. Enrich¹¹, J. Salas-Salvadó⁸; on behalf of the Group for the Study of Malnutrition in Hospitals in Catalonia*



28,9%

	<i>NRS-2002 positives</i>	<i>NRS-2002 negatives</i>	<i>P</i>
Age, years, mean ± SD	68.5 ± 16	59.6 ± 17	0.001
Charlson index, mean ± SD	2.78 ± 2.1	1.5 ± 1.7	<0.0001
Type of admission, %			
Medical	39.0	61.0	
Surgical	19.6	80.4	<0.0001
Type of Admission; %			
Scheduled	22.3	78.7	
Emergency	34.3	65.7	<0.0001
Socio-economic group; %			
“Manual” workers	26	74	
“Non-manual” workers	34	66	0.003
Hospital stay, days, mean ± SD	10.5 ± 9.5	7.7 ± 7.8	<0.0001
Destination on discharge; %			
Home	83.6	94.4	
Convalescent home	7.8	4.3	<0.0001
Death	8.6	1.3	

“No se puede tolerar ya que una institución de la salud agrave la mortalidad y morbilidad de los pacientes” (Blackburn)

“La desnutrición en los pueblos es un signo de pobreza; en los hospitales es un signo de ignorancia” (Wretlin)

Iniciativas de Lucha contra la DRE

COUNCIL OF EUROPE



CONSEIL DE L'EUROPE



nutritionDay
WORLDWIDE



ESPEN
THE EUROPEAN
SOCIETY FOR
CLINICAL
NUTRITION AND
METABOLISM

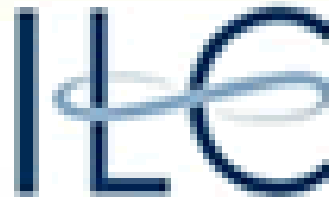
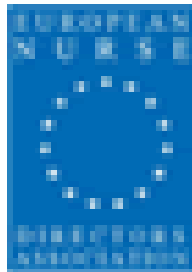


The European
Nutrition for Health Alliance





The European Nutrition for Health Alliance



Des soins de santé et une couverture sociale accessibles à tous



Founded 1950



2003



CONSEJO DE EUROPA
COMITE DE MINISTROS

Resolución ResAP(2003)3 Sobre Alimentación y Atención Nutricional en H ospitales

(Aprobado por el Comité de Ministros el 12 de noviembre de 2003 durante la reunión número 860 de los representantes de los ministros)

En los países desarrollados, un porcentaje no desdeñable de los pacientes que ingresan en los centros hospitalarios con cuadros agudos presentan algún tipo de desnutrición. Esta situación nutricional alterada, ya desde el ingreso, no siempre se identifica como tal, lo que pudiera acarrear un agravamiento de la misma. A ello hay que sumar la aparición de nuevos cuadros de desnutrición entre la población ingresada. Todas estas situaciones configuran un escenario preocupante y de gran trascendencia clínica.

Consciente de la gravedad del problema, el Consejo de Europa elaboró, el año 2002, un documento técnico sobre la desnutrición en los hospitales, para ir más allá, en noviembre de 2003, aprobando por 18 países, incluida España, una **Resolución sobre Alimentación y Atención Nutricional en Hospitales**.

Esta Resolución incide de forma taxativa en el inaceptable número de pacientes desnutridos en los hospitales, analizando los efectos negativos que conlleva esta situación (duración de la estancia hospitalaria, tiempo de rehabilitación, calidad de vida, costes...).

Aunque este análisis, y las recomendaciones subsiguientes, ya se venían apuntando desde varios foros y sociedades científicas, como la SENPE, la Resolución del Consejo de Europa aporta una orientación sistemática al problema, contemplando de forma ordenada y sin ambages los distintos ámbitos del problema, de su abordaje y de su prevención.

El Consejo de Europa, en su carácter de Organismo Internacional Gubernamental, pero no supranacional, carece de competencia para dictar normas obligatorias. Sin embargo, la Resolución Aprobada, además de concitar el compromiso político de los firmantes, recoge elementos de obligada consideración sobre la valoración nutricional, la identificación y prevención de las causas de la malnutrición, el soporte nutricional, la alimentación convencional y la alimentación artificial. A la vez, incide en la debida distribución de responsabilidades entre autoridad sanitaria, gerencia hospitalaria y clínicos; destaca la importancia de la comunicación y aborda el complejo tema de la formación a todos los niveles. Y no desatiende el campo de las cocinas hospitalarias, en sus vertientes de nutrición, calidad y seguridad alimentaria.

18 estados miembros Implica políticos, gestores, profesionales sanitarios (AP y AE), Investigadores, ONG activas en este campo y pacientes





The European
Nutrition for Health Alliance



THE EUROPEAN
SOCIETY FOR
CLINICAL
NUTRITION AND
METABOLISM



Ministry
of Health

Warsaw, 2011-10-06

Palac Kultury i Nauki

THE FIGHT AGAINST MALNUTRITION FINAL DECLARATION

**FOUR KEY ACTIONS TO ADDRESS DISEASE-RELATED MALNUTRITION:
SCREENING, AWARENESS, REIMBURSEMENT & EDUCATION**

- 33 millones de europeos están en Riesgo de Desnutrición
- 170 billones de euros /año (más del doble del gasto en Obesidad)

EU Parliament Octubre 2008
Malnutrition & Obesity key
Priorities in the 2008 – 2013
HEALTH STRATEGY



“Together for health: a Strategic Approach for the EU 2008-2013”

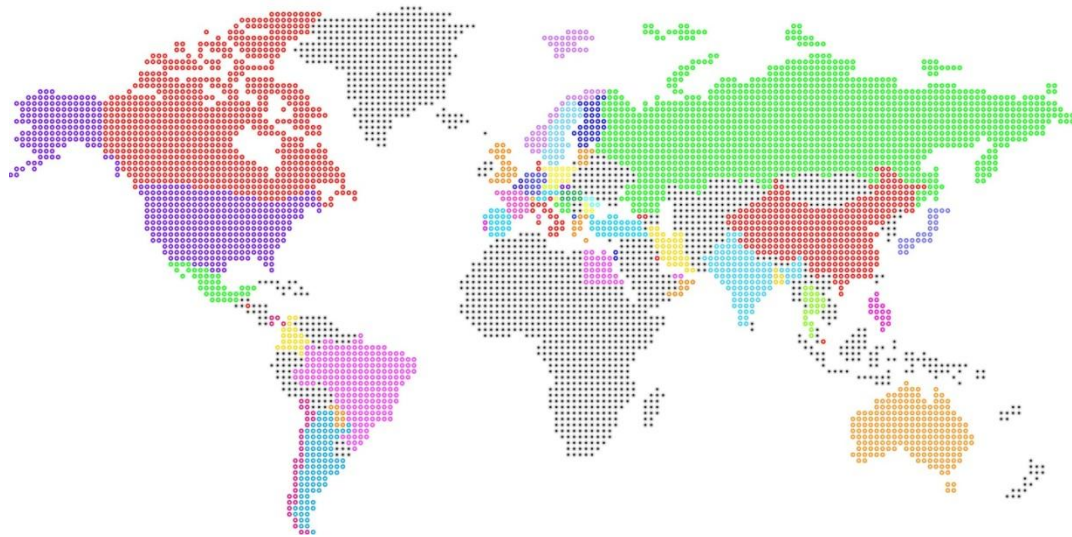


THE EUROPEAN
SOCIETY FOR
CLINICAL
NUTRITION AND
METABOLISM

19
Noviembre
2015



nutritionDay
WORLDWIDE



Benchmark Your Nutrition Care

- > One day patient data collection
- > Check outcome
- > Get comparison with most recent international reference database.



Open for:
Hospital Wards
Intensive Care Units
Nursing Homes

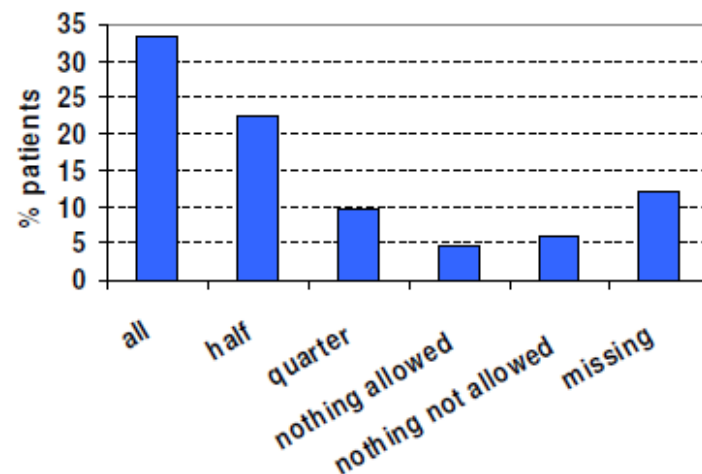
Find all information on:
www.nutritionday.org

2004.....2015
57 países / 30 idiomas
169.055 pacientes
1993 centros
5357 unidades

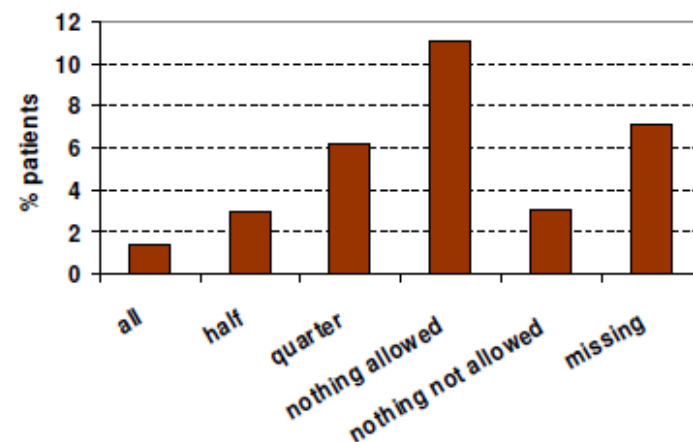


A snapshot
on nutrition care

LUNCH EATEN ON
NUTRITIONDAY
EUROPE



Death in hospital
before 30 days
following ND
Europe



Los resultados en España son iguales

A destacar:

La **mortalidad a 30 días** se correlaciona con la ingesta, especialmente en el grupo de pacientes que no comen nada aún teniéndolo permitido

PREMIOS 2008 – 2013

Mejor Iniciativa en la Lucha contra la DRE

- 2008.....BAPEN (Gran Bretaña)
- 2009DAPEN y el Consejo Danés de Salud
- 2010.....NESPEN (Holanda)
- 2011..... SENPE (España)
- 2012..... GRESPEN (Grecia)
- 2013IrsPEN (Irlanda)





**CONSENSO
MULTIDISCIPLINAR**
sobre el abordaje de
la desnutrición hospitalaria
en España



**Nutrición
Hospitalaria**

Nutr Hosp. 2011;26(4):701-710
ISSN 0212-1611 • CODEN NUHOEQ
S.V.R. 318

Original
**Multidisciplinary consensus on the approach to hospital malnutrition
in Spain**

A. García de Lorenzo¹, J. Álvarez Hernández², M. Planas³, R. Burgos⁴ and K. Araujo⁵; the multidisciplinary consensus work-team on the approach to hospital malnutrition in Spain

2011





**CONSENSO
MULTIDISCIPLINAR**
sobre el abordaje de
la desnutrición hospitalaria
en España



Fighting the malnutrition battle: THE POWER OF PARTNERSHIPS



THE INITIATIVE:
To build a compelling case for implementation of a national strategy to fight malnutrition in an economic crisis and actively contribute to advancing Ireland as a model of 'best practice' nutritional care.

Rice N, Dowsett J and O'Hanlon C on behalf of IRSPEN, Dublin, Ireland.

The key aims of IRSPEN's strategy were:

- To establish malnutrition as a common, costly but preventable problem within the Irish healthcare service (urgently).
- To build a 'consensus' for the implementation of a national strategy to ensure good nutritional care for patients (screening, care plans, nutrition quality standards, training and public awareness).
- To take an active role in addressing deficits in nutrition education, policy and practice.

KEY ACTIVITIES

IRSPEN adopted a highly focused strategy, drawing on 'best practice' examples, adapting and localising key initiatives, and developing collaborations and partnerships to extend our sphere of influence.

STEPS TAKEN TO ACHIEVE OBJECTIVES 2011 - 2013

Robust Evidence base Published local prevalence data - large scale national survey (2012)	Advocacy for action Alliance with patient organisations	Education for better practice National training of GPs and non-consultant doctors in 18 groups (2012)	National standards for better care and care Benchmarking of ONS (2012)	Implementation of National Screening Member screening programme
Cost of malnutrition plan (published 2012)	CALL TO ACTION May 2013	Education for better practice with GPs	IRSPEN - Hospital dietitians and generalist education	Implementation of about 12 in major teaching hospitals
Report on cost of malnutrition of programme (published 2012)	IRSPEN established as a not-for-profit (2011)	2 national IRSPEN training programmes	Other guidelines: National Nutrition Foundation (2012), The Department of the Taoiseach (2012)	Other actor on large community screening 2013

Plug activities into Media and Government engagement to change nutrition 'agendas' and support awareness and advocacy goals

- Key step 1: Developing a Local Evidence-base (urgently)**
By collaborating with HSE, IRSPEN generated up to date, large scale local prevalence data that would have been impossible to generate alone, providing a basis for all communications and stakeholder engagements.
- Key step 2: Building a robust business case for action**
IRSPEN focused on unearthing all communications and stakeholder engagements with up to date, local health economic data. This was developed by adapting health economic modelling developed by Yale and Bristol, and by NIC (UK) using costing and calculation data.
- Key step 3: Driving awareness and generating news**
Allied to ongoing engagement with political stakeholders and senior health service executives, IRSPEN hosted two major conferences with health economic seminars in November 2011 and March 2012, maximizing reach and profile by combining invited policy makers and conference attendees with highly topical agendas. Media interest was generated through use of economic headlines and inviting international experts to challenge local policy, coupled with continued articles to keep undernutrition and its management in the public press.
- Key step 4: Educating doctors and developing future nutrition 'champions'**
IRSPEN has made training of doctors a key strategic aim, partnering with the Royal College of Physicians to pilot and train nutritionists with its SpR and non-consultant doctors, with ambitious plans to attract its reach from year 3 to year 6, via other colleges and the Irish Society of Gastroenterology.
- Key step 5: Driving a consensus for action - the 'power of partnerships'**
Recognising the enormous challenge of changing Government spending decisions in a cash strapped health service, IRSPEN has set out to develop strategic partnerships and collaborations, leveraging the support of patient advocacy groups and other influencers to achieve its goals.
- Key step 6: Supporting implementation 'bottom up' as well as 'top down'**
To foster best practice in individual centres from 'bottom up' as well as 'top down', IRSPEN has made modest funds available for best practice initiatives aimed at implementation of screening programmes.

THE POWER OF PARTNERSHIP



CONCLUSIONS AND THE FUTURE PLANS

Against unprecedented focus on spending cuts and growing negativity about the cost of medical nutrition, IRSPEN has managed to make rapid progress in its efforts to build a solid evidence base, increase malnutrition awareness, introduce nutrition training into post graduate medical education, and secure access to nutrition support for community patients. Lacking world renowned researchers in the field of medical nutrition in Ireland, IRSPEN has leveraged international influences to great effect. 'Borrowing' their expertise and plugging into our media, whilst generating essential local data using adaptations of models developed by world class experts. This has supported our engagement efforts with policy makers and the media. In the last 2 years, IRSPEN has made significant progress in shifting the opinions of policy makers from perceiving nutrition support as a source of unnecessary cost, to a means of achieving net savings. Whilst much remains to be done, we believe that our approach can be adapted and used by countries with little resource.

BACKGROUND

The economic crisis in Ireland sparked unprecedented cuts in health spending (€3 billion in 3 years) including plans to remove oral nutrition support from reimbursement based on advice of the National Centre for Pharmacoeconomics. Dietetic staffing numbers were reduced whilst other AHPs increased, reflecting the low value placed on nutrition in healthcare delivery. Lack of local data on malnutrition coupled with low awareness amongst doctors and policy makers were identified as major challenges. In December 2010, IRSPEN was established to advance Ireland as a model of best practice in nutritional care and address deficits in education, policy and practice. In 30 months since its establishment, and with very limited resources, IRSPEN has advanced its efforts to integrate nutrition into healthcare by adopting a highly focused and pragmatic approach that other smaller countries can replicate.

What makes this initiative innovative?

We have focused on achieving the most, in the shortest time frame, for the least outlay. Our strategy has been to leverage our relationships with our international colleagues, (to whom we owe much), prioritise the development of a robust, local evidence-base to support our stakeholder engagement efforts, and extend our influence and reach through strategic alliances and partnerships.

Resources utilised

The majority of IRSPEN work has been done voluntarily; funding for key activities has been generated by sponsorship from founding organisations, medical nutrition industry partners and conference membership fees, totalling less than €90k annually.

RESULTS - KEY ACHIEVEMENTS (2011 to 2013)

1. STRONG EVIDENCE BASE

- Developed robust prevalence data for hospital prevalence rates published in 2011/2012 as basis for all communications and costing work.
- Published 'Cost of Malnutrition in Ireland' (in press) in association with top health economist, establishing annual costs at over €1.6 billion or 10% of total health budget.
- Developed costing report of potential savings through implementation of national screening programme, demonstrating annual savings of €10 million and 20000 acute inpatient bed days per year.
- Produced first report on malnutrition in Ireland, utilising the most up to date prevalence and costing data, collating the evidence in one place.
- Produced first report on WPN in Ireland highlighting major problems in service configuration and resourcing, with detailed recommendations for a national model.



2. INCREASED AWARENESS

- IRSPEN has achieved extensive TV, radio and press response, with opportunities to view/hear/read of over 2.1 million (local 6.4 million) for 2012 annual conference. Maximum interest was generated via a health economic seminar with invited policy makers, highlighting the unaffordability of malnutrition to the Irish public finances. (Fig 2)
- Successfully changed the nutrition agenda - from 'a waste of money' in 2009/2010 to 'the need for action on malnutrition' in 2013.
- Use of website, newsletters, email marketing and mailing lists to communicate with membership and target audiences.



3. NUTRITION TRAINING FOR KEY SPR GROUPS NOW MANDATORY

- IRSPEN has delivered regular training modules in association with the RCPI since its inception and has now secured its module as a compulsory component of SpR training for certain groups.
- Further discussions are taking place with the College of Surgeons (RCSI) with a view to extending nutrition training into the curriculum.
- LLU was launched by IRSPEN in March 2013, with the first module planned for late this year, generating significant interest.



4. IMPLEMENTATION EFFORTS GAINING WIDE SUPPORT

- 2011: HSE confirmed its decision to reverse plans to cut reimbursement of ONS, accepting the use of screening as a more effective means of avoiding waste or misuse.
- 2012: Compulsory nutrition screening with the 'MUST' introduced for nursing homes.
- 2013: Phase 1 screening programme introduced into Dublin Area Teaching Hospitals.
- 2013: 'Alliance' established by IRSPEN with key patient advocacy groups, dietetic partners (NDI) to develop a 'Call to Action'.
- 2013: IRSPEN collaborate with ENRA and its partners patient organisations - EGAN and EWA - in organising a conference under the EU presidency, launching 'CALL TO ACTION: EVERY PATIENT DESERVES GOOD NUTRITIONAL CARE' with support from major local patient organisations, urging Government adoption of key action steps.
- 2013: Agreement 'in principle' by senior health service executives and Government representatives to implementing a screening programme, subject to local piloting and further discussions.



Next steps

IRSPEN's focus for the next three years is (1) to have screening made compulsory in all hospitals, (2) to pilot a screening model for primary care settings and (3) to drive the development and adoption of quality standards for the delivery of nutritional care across care settings. IRSPEN will seek (4) to extend compulsory education to other SpRs and non-consultant hospital doctors, and (5) drive major public awareness efforts via our patient advocacy group partners. However our major goal is to have full Government backing for the implementation of a national strategy for ensuring best practice nutritional care for all patients.

REFERENCES
1. Health and Wellbeing of the People of Ireland: Report of the Health Service Commissioning Group. Dublin: HSE, 2011.
2. National Centre for Pharmacoeconomics. Review of Oral Nutrition Support. Dublin: NCP, 2011.
3. National Centre for Pharmacoeconomics. Review of Oral Nutrition Support. Dublin: NCP, 2011.
4. National Centre for Pharmacoeconomics. Review of Oral Nutrition Support. Dublin: NCP, 2011.
5. National Centre for Pharmacoeconomics. Review of Oral Nutrition Support. Dublin: NCP, 2011.
6. National Centre for Pharmacoeconomics. Review of Oral Nutrition Support. Dublin: NCP, 2011.
7. National Centre for Pharmacoeconomics. Review of Oral Nutrition Support. Dublin: NCP, 2011.
8. National Centre for Pharmacoeconomics. Review of Oral Nutrition Support. Dublin: NCP, 2011.
9. National Centre for Pharmacoeconomics. Review of Oral Nutrition Support. Dublin: NCP, 2011.
10. National Centre for Pharmacoeconomics. Review of Oral Nutrition Support. Dublin: NCP, 2011.



Modelos Europeos de Lucha contra la Desnutrición

- Sensibilización de políticos, profesionales y población general
- Implicación de políticos y profesionales
- Estudios de prevalencia
- Evaluación de los costes
- Publicación de documentos (guidelines, consensos, etc.)
- Desarrollo de acciones formativas
- Desarrollo de herramientas de cribado
- Implementación del cribado en todos los niveles asistenciales
- Inclusión del cribado obligatorio en los centros considerandolo como indicador de calidad
- Desarrollo de webs *ad hoc*



The European Nutrition for Health Alliance

- **2011-13 Nutritional Screening and Follow up Care Campaign:**
 - WHO EURO Food and Nutrition Action Plan 2014-2020
- **ONCA “Optimal Nutritional Care for All”:**
 - **2014 (Bruselas, Dubrovnic)**
 - 4 focus countries: Alemania, Croacia, España, Turquía
 - 4 observer countries: Eslovaquia, Francia, Israel, Polonia
 - **2015 (Berlín)**
 - 13 countries: Alemania, Bélgica, Croacia, Republica Checa, Dinamarca, Francia, Holanda, Israel, Polonia, Eslovenia, España, Turquía y Reino Unido.



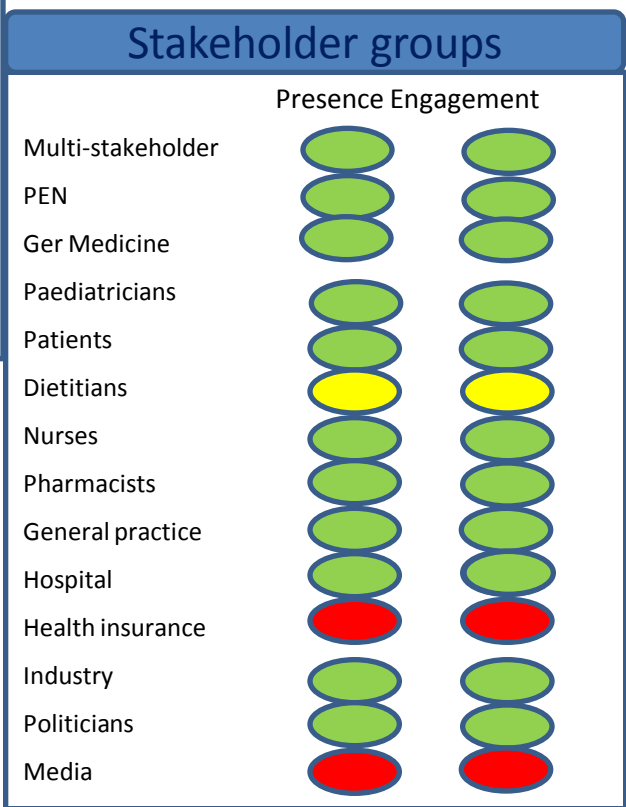
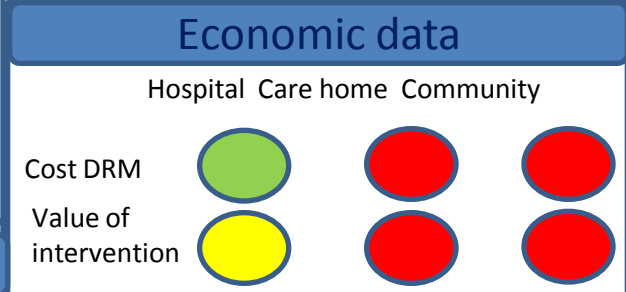
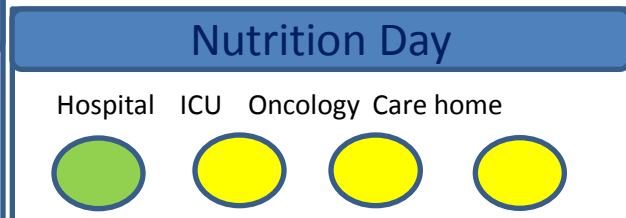
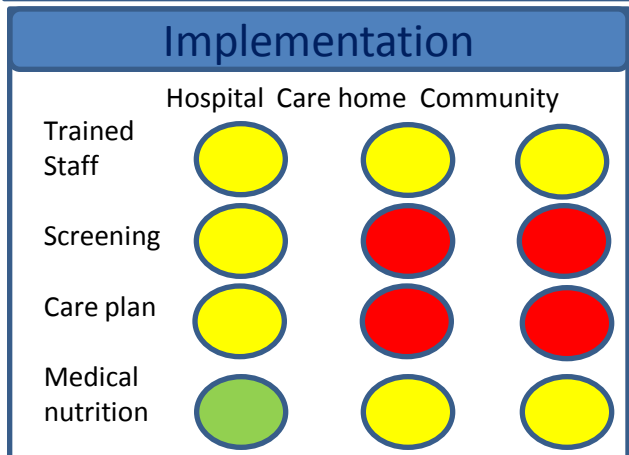
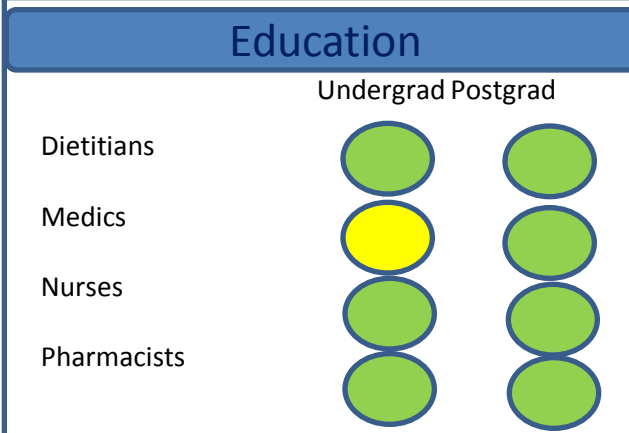
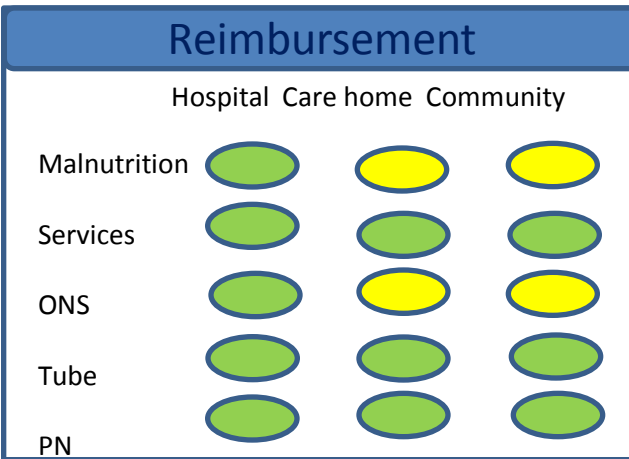
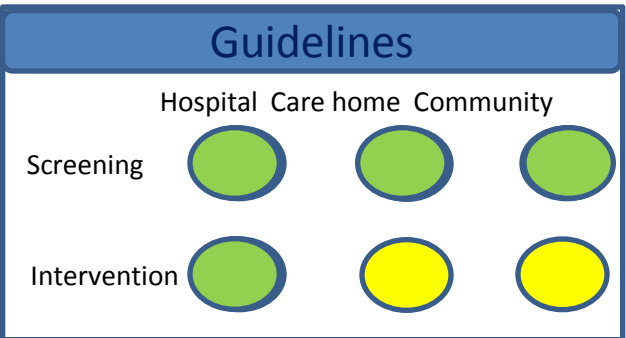
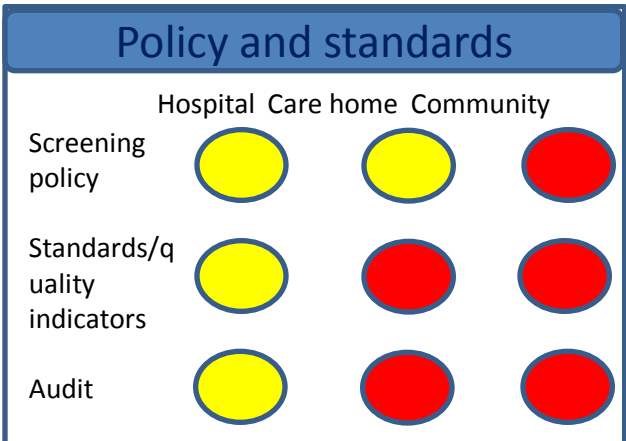
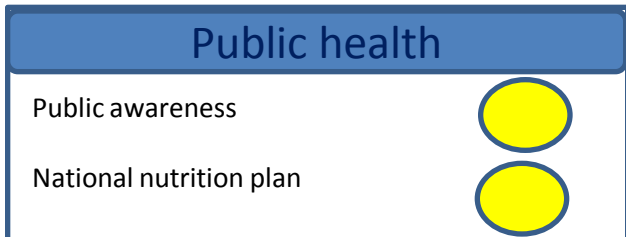
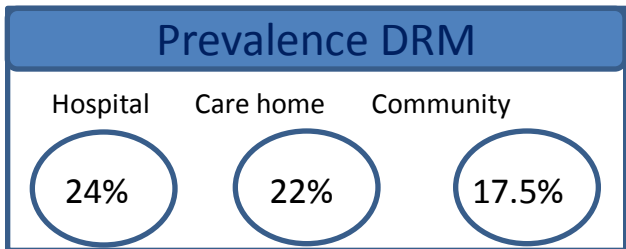
Bruselas 2014



Berlin 2015

Optimal nutritional care for all

Spain/  46,609.652 inhab./ 27-10-2015



OBJETIVOS

Corto Plazo

Aumentar el conocimiento y la importancia de la desnutrición y sus costes entre los **políticos y las Administraciones Públicas**, en todos los órdenes asistenciales.

Largo Plazo

Construir un **Plan Nacional de actuación contra la desnutrición** que incluya “cribado de desnutrición” al ingreso del paciente en residencias u hospitales.

Conseguir **iniciativas regionales** que incluyan actuaciones contra desnutrición y contemplen el cribado

Seis claves para la prevención y el manejo de la desnutrición



1. FORMACIÓN
de los equipos sanitarios.



2. IMPLANTACIÓN
de herramientas de cribado nutricional obligatorias en todos los centros sanitarios.



3. PROTOCOLOS DE TRATAMIENTO NUTRICIONAL
en Centros de Atención Primaria, Hospitales y Residencias de Ancianos.



4. PLAN DE MONITORIZACIÓN
de los cuidados y tratamientos nutricionales en la evolución del paciente desnutrido.



5. EVALUACIÓN DE RESULTADOS
en salud, considerando la calidad y los costes de las medidas establecidas.



6. REGISTRO
de los diagnósticos de los pacientes con desnutrición relacionada con al enfermedad, así como de las intervenciones realizadas que permita su correcta codificación.

GRUPO INTERTERRITORIAL



CATALUÑA

- Rosa Burgos Peláez (Barcelona)
- Cleofé Pérez Portabella (Barcelona)
- Clara Joaquín (Can Ruti)



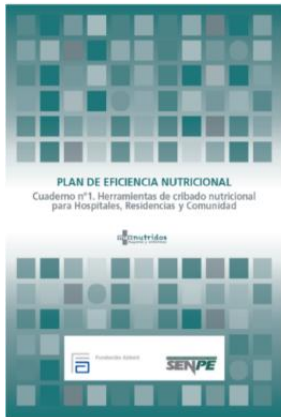
Portavoces en las 17 Comunidades Autónomas

Mejorar conocimiento proyecto y avances entre los asociados de **SENPE**

Identificar **oportunidades** para el proyecto e impulsar su implantación

2013

Cuadernos temáticos (5)



Newsletter (10)

Herramientas



Foros de Debate



www.alianzamasnutridos.com

Avances

Concienciación

- Difusión información entre 250 responsables políticos sobre desnutrición
- Presencia de la desnutrición en debates e iniciativas
- 68 encuentros institucionales con responsables políticos y de la administración

Iniciativas

- Puesta en marcha de proyectos pilotos en hospitales
- Estudio desnutrición en mayores en Comunidad de Madrid
- Inclusión en la estrategia de crónicos en la Cataluña
- Acuerdos formación enfermería
- Proposición No de Ley Congreso de los Diputados
- Moción en el Senado
- PNL en el Parlamento Canario
- Comparecencia en la Comisión de política Social del Parlamento Vasco
- Comparecencia en la Comisión de Sanidad del Parlamento de Cataluña
- El Parlament aprueba por unanimidad una resolución sobre DRE

Líneas de dialogo abiertas

- Ministerio Sanidad – identificación del problema y trabajo en varias líneas. Documento Marco para el abordaje de la DRE en el SNS.
- Contactos con responsables legislativos y ejecutivos a nivel nacional y regional

Avances

Proyecto
borrador
RD calidad
asistencial

Borrador de proyecto de Real Decreto de Calidad y Seguridad que incluiría un artículo específico haciendo referencia al abordaje de la desnutrición como criterio de calidad en el que ya incluye todo un apartado sobre el cribado, abordaje y medición de la desnutrición que cubriría todos los ámbitos asistenciales



Inclusión de expertos SENPE en diversos planes estratégicos:

- Grupo de trabajo Vía Clínica de Cuidados Perioperatorios
- Estrategia en enfermedades raras
- Estrategia de enfermedades neurodegenerativas
- Grupo de trabajo rehabilitación multimodal (ERAS)
- Grupo de trabajo de Desnutrición Relacionada con la Enfermedad

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

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

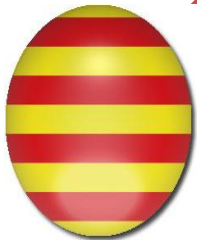
MINISTERIO DE SANIDAD, SERVICIOS SOCIALES E IGUALDAD

Borrador

Avances



- Incorporación herramientas de **cribado en modulo enfermería en Historia Electrónica**
- **Grupo de trabajo** másnutridos : AP, AE . Plan Estratégico de Endocrinología y Nutrición y Plan de Atención al Paciente con Enfermedades Crónicas . Elaboración de documento de Abordaje de Riesgo de Desnutrición y Desnutrición establecida en todos los niveles asistenciales (**Implantación cribado y medidas en toda la red asistencial**).
- Propuesta de programa formativo
- **Estudio de situación nutricional de mayores (DREAM+65)** Consejería de Sanidad y la Consejería de Asuntos Sociales de la CM.



- Inclusión de un Programa formativo en nutrición en la oferta formativa de la Dirección de Enfermería ICS. Dirigido a enfermería familiar y comunitaria / enfermería de hospital.
- **Proyecto de cribado nutricional H. Vall d'Hebron.** Inicio en otros hospitales.
- Taller de abordaje de la desnutrición en el V Congreso Nacional de Atención Sanitaria al Paciente Crónico organizado por el Departamento de Salud de la Generalitat
- Programa Atención al paciente crónico complejo. Introducción del cribado nutricional como parte del plan de intervención individual y compartido del paciente con complejidad.
- **Consenso catalán desnutrición. Cribado ligado a valoración nutricional y plan de actuación y monitorización.**
- **Resolución sobre DRE**



Tras la reunión de la Comisión de Sanidad del Parlament de Catalunya el pasado 12 de febrero, se ha aprobado, a instancias del Partido Popular, una resolución sobre la desnutrición relacionada con la enfermedad. Dicha resolución se aprueba con enmiendas por parte de los grupos del PSC, CiU y ERC.

El Parlamento de Cataluña insta al Gobierno catalán a:

- ***a) Implantar obligatoriamente en todos los hospitales de Cataluña métodos de evaluación de la desnutrición relacionada con la enfermedad aguda y crónica.***
- ***b) Implantar el cribado también a la atención primaria de salud en el Plan de intervención individual y compartido, priorizando los niños y los pacientes «frágiles» de patologías complejas.***
- ***c) Llevar a cabo planes de formación para los equipos sanitarios.***
- ***d) Establecer protocolos de tratamiento nutricional, registro y monitorización de las actuaciones para proceder a la evaluación de los resultados en salud.***
- ***e) Llevar a cabo la evaluación nutricional en las residencias geriátricas con financiación total o parcial del Departamento de Bienestar Social y Familia, los centros socio-sanitarios, los servicios de hospitalización e internamiento de salud mental, los hogares residencia y también los centros de atención diurna -hospitales de día y centros de día.***

Acelerando el proceso en 2015

<http://www.alianzamasnutridos.es>

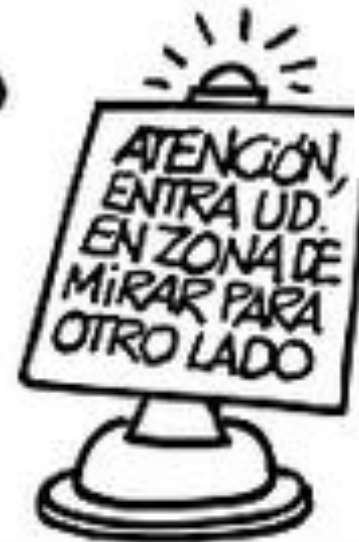


Hacia la Desnutrición Cero en Hospitales, Residencias y la Comunidad

Reflexiones finales

- La DRE es un problema global prevalente en todos los niveles de la atención sanitaria
- La DRE aumenta la morbimortalidad, incrementa la estancia hospitalaria, aumenta los costes y disminuye la calidad de vida de los pacientes
- Es necesaria la educación y formación de los profesionales sanitarios para su adecuada identificación y tratamiento
- Es necesario involucrar a las autoridades sanitarias para ser eficaces en la Lucha contra la DRE

DESNUTRICIÓN EN HOSPITALES RESIDENCIAS COMUNIDAD



Setiel

MOLTES
GRÀCIES!!

per la seva atenció