



FontActiv



EXPLORANDO LA
TRAYECTORIA DIAGNÓSTICA
DE PACIENTES CON
DESNUTRICIÓN CLÍNICA

PROYECTO TRADEC

Material dirigido a profesional de la salud

RESUMEN

PROMOTOR DEL PROYECTO

Growing Brands
Avda. Cerdanyola 75-77
08172 Sant Cugat del Vallès (Barcelona)

TÍTULO DEL PROYECTO

PROYECTO TRADEC Explorando la trayectoria diagnóstica de pacientes con desnutrición clínica.

PARTICIPANTES

Especialistas en medicina interna, endocrinología y nutrición, nutricionistas, enfermería de nutrición y otras especialidades susceptibles de responsabilidad asistencial sobre el paciente en riesgo de desnutrición y fragilidad que realizan su labor asistencial en el ámbito hospitalario de España.

CENTROS EN LOS QUE SE PREVÉ REALIZAR

- Consultas hospitalarias y consultas externas de medicina interna, endocrinología, nutrición, geriatría, atención primaria y otras.
- Enfermería de nutrición y otras especialidades susceptibles de responsabilidad asistencial sobre el paciente en riesgo de desnutrición y fragilidad de todo el territorio nacional.

NÚMERO APROXIMADO DE PARTICIPANTES

190 médicos que atienden a pacientes con riesgo de desnutrición

DURACIÓN DEL PROYECTO

La duración del proyecto será de aproximadamente 12 meses



Recuerde descargar en su ordenador el documento pdf antes de cumplimentar las respuestas para que se registren correctamente todas sus respuestas.

INTRODUCCIÓN

La desnutrición se considera un estado derivado de una falta de ingesta o absorción de nutrientes causada por inanición, enfermedades o envejecimiento avanzado, solos o en combinación.¹

El envejecimiento fisiológico natural es un proceso multifactorial, progresivo e irreversible que conlleva una mayor predisposición a sufrir riesgo nutricional, debido a modificaciones del aparato digestivo, la alta prevalencia de gastritis atrófica, los mecanismos de respuesta de la sed deteriorados y un peor desempeño del sistema nervioso, entre otros factores.²

Dentro del cuidado global de los pacientes ancianos es importante determinar su estado nutricional, ya que este es uno de los factores ambientales del envejecimiento que pueden modularse, de manera que las mejoras en nutrición aportan beneficios tangibles a este colectivo, pudiendo prevenir y beneficiar el curso de enfermedades agudas y crónicas.³

A pesar de ello, actualmente, no existe un consenso en cuanto a la frecuencia de realización de un cribado nutricional.⁴ Asimismo, la valoración nutricional es a menudo obviada por el personal sanitario, probablemente por ser un aspecto complejo de evaluar por la etiología multifactorial de la desnutrición y a la amplia variabilidad de los sujetos⁴, sobre todo en el ámbito de la atención primaria.⁵

1. Cederholm T, Barazzoni R, Austin P, et al. ESPEN guidelines on definitions and terminology of clinical nutrition. *Clin Nutr.* 2017;36(1):49-64. doi:10.1016/j.clnu.2016.09.004. 2. Drevet S, Gavazzi G. Dénutrition du sujet âgé. *La Rev Médecine Interne.* 2019;40(10):664-669. doi:10.1016/j.revmed.2019.05.003. 3. Muñoz Díaz B, Arenas de Larriva AP, Molina-Recio G, Moreno-Rojas R, Martínez de la Iglesia J. Estudio de la situación nutricional de pacientes mayores de 65 años incluidos en el programa de atención domiciliar de una población urbana. *Aten Primaria.* 2018;50(2):88. doi:10.1016/j.aprim.2017.02.006. 4. Camina-Martín MA, de Mateo-Silleras B, Malafarina V, et al. Valoración del estado nutricional en Geriatría: declaración de consenso del Grupo de Nutrición de la Sociedad Española de Geriatría y Gerontología. *Rev Esp Geriatr Gerontol.* 2016;51(1):52-57. doi:10.1016/j.regg.2015.07.007. 5. Camina-Martín MA, de Mateo-Silleras B, Malafarina V, et al. Valoración del estado nutricional en Geriatría: declaración de consenso del Grupo de Nutrición de la Sociedad Española de Geriatría y Gerontología. *Rev Esp Geriatr Gerontol.* 2016;51(1):52-57. doi:10.1016/j.regg.2015.07.007. 6. World Health Organization (WHO). Diet, nutrition and the prevention of chronic diseases: report of a joint WHO/FAO expert consultation, Geneva, 28 January - 1 February 2002. Published 2002. Accessed October 29, 2023. <https://www.who.int/publications/i/item/924120916X>. 7. Larriba Llamas T, Benito Ruiz E, Perón Sánchez I, Burillo Nebra M, Benito Bustamante C, Fernández-Giro Torrado S. Estudio de la malnutrición en personas mayores de 65 años: revisión sistemática. *Rev Sanit Investig.* Published online 2022. Accessed October 29, 2023. https://revistasanitariadeinvestigacion.com/estudio-de-la-malnutricion-en-personas-mayores-de-65-anos-revision-sistemática/?utm_content=cmp-true. 8. Baixauli López V, Vanrell Garau B, Lluil Vila R, González González A, Servera Barco M. Detección y seguimiento de desnutrición en ancianos no institucionalizados por el farmacéutico comunitario en las Islas Baleares. *Farm Comunitarios.* 2017;9(1):5-13. doi:10.5672/FC.2173-9218(2017/VOL9).001.02.

JUSTIFICACIÓN DEL PROYECTO

Durante las últimas décadas se está produciendo un envejecimiento acelerado de la población en los países desarrollados. La Organización Mundial de la Salud, reconoce a la población anciana como uno de los grupos más vulnerables desde el punto de vista de la nutrición,⁵ con datos de desnutrición que alcanzan el 50,0% entre la población de ancianos hospitalizados y el 40,0% entre aquellos que viven en condiciones de institucionalización.⁶

El presente proyecto pretende valorar la trayectoria diagnóstica de pacientes con desnutrición clínica ya que, a pesar de su alta prevalencia, este síndrome está infradiagnosticado en geriatría.^{4,7} Son pocas las evaluaciones exhaustivas de las diferentes formas de desnutrición por lo que, en muchas ocasiones, este factor de morbimortalidad pasa desapercibido por todos los niveles asistenciales hasta que sus consecuencias son muy evidentes.⁸

En definitiva, resulta esencial una identificación temprana de los pacientes mayores expuestos a los factores de riesgo de desnutrición para permitir un abordaje preventivo en el desarrollo de esta condición.⁷

LOS OBJETIVOS DEL PROYECTO

- Evaluar el **recorrido, las derivaciones y el tiempo** que requiere la identificación de sujetos con desnutrición.
- Determinar los **profesionales y comunidades clave involucrados** en el diagnóstico de esta alteración.
- Identificar las posibles **lagunas en el ámbito de la nutrición** en relación al proceso diagnóstico precoz y preventivo de la desnutrición.
- Explorar **factores asociados a la variabilidad del cribado nutricional en los protocolos clínicos**.
- Proporcionar **recomendaciones basadas en evidencia** para mejorar el proceso asistencial y diagnóstico de las personas mayores en riesgo nutricional.

ESTE PROYECTO ES FUNDAMENTAL DEBIDO A LAS SIGUIENTES RAZONES

- **Salud del paciente con desnutrición clínica:** Los cambios fisiológicos, sociales y psicológicos convierten a la población de edad avanzada en un colectivo altamente susceptible de presentar alteraciones nutricionales que, a su vez, repercuten negativamente en el curso de las enfermedades. Comprender y abordar los signos y síntomas de este trastorno es esencial para mejorar la calidad de vida de este colectivo.
- **Escasez de Investigación:** Aunque el correcto cribado nutricional es la base fundamental para un temprano diagnóstico y tratamiento de la desnutrición, no existe un consenso en cuanto a la frecuencia de realización de este.
- **Información Clínica Relevante:** Los resultados de este proyecto observacional proporcionarán información clínica relevante que puede utilizarse para mejorar la atención médica, la toma de decisiones terapéuticas y la calidad de vida de los pacientes.

En resumen, el análisis de los datos del proyecto observacional permitirá conocer el recorrido, las derivaciones y el tiempo que requiere la identificación de sujetos con desnutrición. Además, este esfuerzo busca ofrecer a los pacientes con trastornos catabólicos el mejor tratamiento nutricional posible, acortar el proceso diagnóstico, optimizar su estado global de salud y reducir los costes de las complicaciones asociadas.

PERFIL DEL FACULTATIVO

NOMBRE DEL PARTICIPANTE

1. GÉNERO

Femenino Masculino Otro

2. NACIONALIDAD

Española
Otros países de la UE
Europea no perteneciente a la UE
Latinoamericana
Otra. Especificar:
.....

3. EDAD

..... (años)

4. PROVINCIA DONDE EJERCE

.....

5. ÁMBITO

Público Privado Ambos

6. TIPO DE CENTRO DONDE VISITA

Centro de salud
Hospital
Consulta privada
Centro geriátrico
Otro. Especificar:
.....

7. ESPECIALIDAD

Atención Primaria	Nutricionista
Geriatría	Enfermería de Nutrición
Medicina Interna	Dietista
Endocrinología y Nutrición	Oncología
Otras. Especificar:	

8. AÑOS DE EJERCICIO

..... (años)

PERFIL DEL PACIENTE

A. INFORMACIÓN PERSONAL DEL PACIENTE CON DESNUTRICIÓN Y EXPERIENCIA:

1. INFORMACIÓN DEMOGRÁFICA

1.1 EDAD

..... (años)

1.2 GÉNERO

Femenino Masculino Otro

1.3 TIPO DE PACIENTE

- Paciente hospitalizado
- Paciente en institución geriátrica o residencia
- Paciente que vive en su domicilio
- Paciente en rehabilitación
- Paciente con enfermedad crónica
- Paciente posthospitalizado

B. TRAYECTORIA DIAGNÓSTICA DE LA DESNUTRICIÓN:

1. SÍNTOMAS INICIALES

1.1 ¿CUÁLES FUERON LOS PRIMEROS SÍNTOMAS O CAMBIOS EN LA SALUD QUE EL PACIENTE NOTÓ POR LA DESNUTRICIÓN? Puede marcar más de una opción.

Cambios en la composición corporal, pérdida de grasa y masa corporal no intencionados

Problemas gastrointestinales

Cambios en la piel y el cabello

Cicatrización retrasada de heridas

Falta de energía, fatiga y debilidad

Dificultad para concentrarse

Cambios en el estado anímico

Depresión y apatía

Mareos

Frío permanente

Otros síntomas. Especificar:

.....

1.2 ¿LOS PRIMEROS SÍNTOMAS COINCIDIERON CON LA TOMA DE ALGÚN FÁRMACO?

Si No

En el caso de respuesta **afirmativa**, especifique el fármaco, por favor:

.....

1.3. ¿LOS PRIMEROS SÍNTOMAS COINCIDIERON CON ALGÚN PROCESO QUE REQUIRIERA UN AUMENTO IMPORTANTE DE LA DEMANDA DE CALORÍAS?

Si No

En el caso de respuesta **afirmativa**, especifique por favor:

.....

2. PRIMERA CONSULTA MÉDICA

2.1 EN RELACIÓN CON ESTE PACIENTE, ¿FUE DERIVADO A SU CONSULTA DESDE OTRO MÉDICO O ESPECIALISTA?

Si No

En caso **afirmativo**, ¿podría indicar la especialidad del médico o especialista que realizó la derivación?

Médico de Atención Primaria	Farmacéutico
Nutricionista o dietista	Otro. Especificar:
Enfermería	.....
Endocrino	

3. EVALUACIONES Y PRUEBAS INICIALES

3.1 MARQUE LAS PRUEBAS REALIZADAS SEGÚN CORRESPONDA (previas si el paciente llega a su consulta con ellas, repetidas por usted o pruebas adicionales realizadas a las pruebas previas)

	Previas	Repetidas	Añadidas
Composición corporal mediante el estudio de medidas antropométricas (peso y altura, envergadura del codo o la muñeca, perímetro del brazo y pliegues cutáneos)			
Situación del metabolismo mediante el estudio de parámetros analíticos (análisis de sangre, orina o heces)			
Historia clínica (recogida de datos de identidad, antecedentes personales y familiares y tratamientos farmacológicos)			
Exploración clínica (examen de piel, pelo, dientes, lengua, encías, labios y ojos)			
Informe/cuestionario psicossocial sobre educación y hábitos (como estilo de vida, situación económica, ambiente cultural y factores étnicos)			
Informe/cuestionario específico sobre sus hábitos alimentarios o historia dietética			
Ecografías del músculo Bioimpedanciometría (análisis de la cantidad aproximada de músculo, hueso, agua y grasa a través de una balanza especial que conduce un tipo de corriente eléctrica débil que atraviesa todo el cuerpo)			
Cuestionarios o escalas de evaluación nutricional (a partir de las respuestas dadas se obtienen a unas puntuaciones que clasifican a los pacientes según el grado de desnutrición)			
Comprobación de acumulación de líquido en las extremidades o el abdomen			

3.2 ¿SE OBSERVARON RESULTADOS PREOCUPANTES O INUSUALES EN LAS PRUEBAS REALIZADAS?

	Sí	No
Pruebas iniciales		
Pruebas repetidas		
Pruebas añadidas		

3.3 ¿FUE DIAGNOSTICADO DE DESNUTRICIÓN?

Si No

En caso **afirmativo**, indique por favor qué especialista diagnóstico la desnutrición:

3.4 ¿CUÁNTO TIEMPO HA TRANSCURRIDO DESDE LA PRIMERA VISITA EN SU CONSULTA?



3.6 ¿CÓMO SE REALIZÓ LA EVALUACIÓN NUTRICIONAL QUE CONDUJO AL DIAGNÓSTICO DEFINITIVO DE DESNUTRICIÓN? Puede marcar más de una opción

Con medidas antropométricas (p.e. peso, altura. Relación peso-altura, composición de la grasa y músculo corporal)

Con medidas bioquímicas a partir de un análisis de sangre

Con ecografías del músculo

Con bioimpedanciometría (análisis de la cantidad aproximada de músculo, hueso, agua y grasa a través de una balanza especial que conduce un tipo de corriente eléctrica débil que atraviesa todo el cuerpo)

Con cuestionarios o escalas de evaluación nutricional (a partir de las respuestas dadas se obtienen unas puntuaciones que clasifican a los pacientes según el grado de desnutrición)
 Comprobación de acumulación de líquido en las extremidades o el abdomen
 Otras pruebas. Especificar

4. TIEMPO TRANSCURRIDO

4.1 ¿CUÁNTO TIEMPO TRANSCURRIÓ DESDE QUE EL PACIENTE EXPERIMENTÓ LOS PRIMEROS SÍNTOMAS HASTA QUE SE LE DIAGNOSTICÓ DEFINITIVAMENTE LA DESNUTRICIÓN?



4.2 INDIQUE SI ESTIMA ADECUADO EL TIEMPO TRANSCURRIDO DESDE LOS PRIMEROS SÍNTOMAS HASTA EL DIAGNOSTICO

Si No En caso **negativo**, justifique la respuesta:

4.3 ¿HA CONSIDERADO DERIVAR EL PACIENTE A OTRO ESPECIALISTA?

Si No En caso **afirmativo**, indicar cual:



4.4 ¿REALIZARÁ USTED EL SEGUIMIENTO DEL TRATAMIENTO NUTRICIONAL DEL PACIENTE?

Si No En caso **negativo**, indicar que especialista lo realizará:

7. VALORE DEL 1 AL 5 EL CUMPLIMIENTO DEL TRATAMIENTO NUTRICIONAL POR PARTE DEL PACIENTE EN FUNCIÓN DE LOS SIGUIENTES PARÁMETROS (siendo 1 muy bueno y 5 muy malo)

	1	2	3	4	5
Tolerabilidad					
Sabor y textura					
Posología					
Duración del tratamiento					

8. DURACIÓN DEL TRATAMIENTO RECOMENDADO:

De 2 a 4 semanas

Más de 3 meses

De 1 a 3 meses

Indefinido

9. OTRAS RECOMENDACIONES Y TRATAMIENTOS CONCOMITANTES RECOMENDADOS AL PACIENTE:

Seguimiento a la medicación

Monitoreo regular por AP

Apoyo psicológico

Programas de ejercicios

Asesoramiento dietético

Rehabilitación

10. ¿CADA CUANTO REALIZA CONTROL DEL PACIENTE?

⋮

PERFIL DEL PACIENTE

A. INFORMACIÓN PERSONAL DEL PACIENTE CON DESNUTRICIÓN Y EXPERIENCIA:

1. INFORMACIÓN DEMOGRÁFICA

1.1 EDAD

..... (años)

1.2 GÉNERO

Femenino Masculino Otro

1.3 TIPO DE PACIENTE

- Paciente hospitalizado
- Paciente en institución geriátrica o residencia
- Paciente que vive en su domicilio
- Paciente en rehabilitación
- Paciente con enfermedad crónica
- Paciente posthospitalizado

B. TRAYECTORIA DIAGNÓSTICA DE LA DESNUTRICIÓN:

1. SÍNTOMAS INICIALES

1.1 ¿CUÁLES FUERON LOS PRIMEROS SÍNTOMAS O CAMBIOS EN LA SALUD QUE EL PACIENTE NOTÓ POR LA DESNUTRICIÓN? Puede marcar más de una opción.

Cambios en la composición corporal, pérdida de grasa y masa corporal no intencionados

Problemas gastrointestinales

Cambios en la piel y el cabello

Cicatrización retrasada de heridas

Falta de energía, fatiga y debilidad

Dificultad para concentrarse

Cambios en el estado anímico

Depresión y apatía

Mareos

Frío permanente

Otros síntomas. Especificar:

.....

1.2 ¿LOS PRIMEROS SÍNTOMAS COINCIDIERON CON LA TOMA DE ALGÚN FÁRMACO?

Si No

En el caso de respuesta **afirmativa**, especifique el fármaco, por favor:

.....

1.3. ¿LOS PRIMEROS SÍNTOMAS COINCIDIERON CON ALGÚN PROCESO QUE REQUIRIERA UN AUMENTO IMPORTANTE DE LA DEMANDA DE CALORÍAS?

Si No

En el caso de respuesta **afirmativa**, especifique por favor:

.....

2. PRIMERA CONSULTA MÉDICA

2.1 EN RELACIÓN CON ESTE PACIENTE, ¿FUE DERIVADO A SU CONSULTA DESDE OTRO MÉDICO O ESPECIALISTA?

Si No

En caso **afirmativo**, ¿podría indicar la especialidad del médico o especialista que realizó la derivación?

Médico de Atención Primaria	Farmacéutico
Nutricionista o dietista	Otro. Especificar:
Enfermería	.....
Endocrino	

3. EVALUACIONES Y PRUEBAS INICIALES

3.1 MARQUE LAS PRUEBAS REALIZADAS SEGÚN CORRESPONDA (previas si el paciente llega a su consulta con ellas, repetidas por usted o pruebas adicionales realizadas a las pruebas previas)

	Previas	Repetidas	Añadidas
Composición corporal mediante el estudio de medidas antropométricas (peso y altura, envergadura del codo o la muñeca, perímetro del brazo y pliegues cutáneos)			
Situación del metabolismo mediante el estudio de parámetros analíticos (análisis de sangre, orina o heces)			
Historia clínica (recogida de datos de identidad, antecedentes personales y familiares y tratamientos farmacológicos)			
Exploración clínica (examen de piel, pelo, dientes, lengua, encías, labios y ojos)			
Informe/cuestionario psicossocial sobre educación y hábitos (como estilo de vida, situación económica, ambiente cultural y factores étnicos)			
Informe/cuestionario específico sobre sus hábitos alimentarios o historia dietética			
Ecografías del músculo Bioimpedanciometría (análisis de la cantidad aproximada de músculo, hueso, agua y grasa a través de una balanza especial que conduce un tipo de corriente eléctrica débil que atraviesa todo el cuerpo)			
Cuestionarios o escalas de evaluación nutricional (a partir de las respuestas dadas se obtienen a unas puntuaciones que clasifican a los pacientes según el grado de desnutrición)			
Comprobación de acumulación de líquido en las extremidades o el abdomen			

3.2 ¿SE OBSERVARON RESULTADOS PREOCUPANTES O INUSUALES EN LAS PRUEBAS REALIZADAS?

	Sí	No
Pruebas iniciales		
Pruebas repetidas		
Pruebas añadidas		

3.3 ¿FUE DIAGNOSTICADO DE DESNUTRICIÓN?

Si No

En caso **afirmativo**, indique por favor qué especialista diagnóstico la desnutrición:

3.4 ¿CUÁNTO TIEMPO HA TRANSCURRIDO DESDE LA PRIMERA VISITA EN SU CONSULTA?



3.6 ¿CÓMO SE REALIZÓ LA EVALUACIÓN NUTRICIONAL QUE CONDUJO AL DIAGNÓSTICO DEFINITIVO DE DESNUTRICIÓN? Puede marcar más de una opción

Con medidas antropométricas (p.e. peso, altura. Relación peso-altura, composición de la grasa y músculo corporal)

Con medidas bioquímicas a partir de un análisis de sangre

Con ecografías del músculo

Con bioimpedanciometría (análisis de la cantidad aproximada de músculo, hueso, agua y grasa a través de una balanza especial que conduce un tipo de corriente eléctrica débil que atraviesa todo el cuerpo)

Con cuestionarios o escalas de evaluación nutricional (a partir de las respuestas dadas se obtienen unas puntuaciones que clasifican a los pacientes según el grado de desnutrición)

Comprobación de acumulación de líquido en las extremidades o el abdomen

Otras pruebas. Especificar

4. TIEMPO TRANSCURRIDO

4.1 ¿CUÁNTO TIEMPO TRANSCURRIÓ DESDE QUE EL PACIENTE EXPERIMENTÓ LOS PRIMEROS SÍNTOMAS HASTA QUE SE LE DIAGNOSTICÓ DEFINITIVAMENTE LA DESNUTRICIÓN?



4.2 INDIQUE SI ESTIMA ADECUADO EL TIEMPO TRANSCURRIDO DESDE LOS PRIMEROS SÍNTOMAS HASTA EL DIAGNOSTICO

Si No En caso **negativo**, justifique la respuesta:

4.3 ¿HA CONSIDERADO DERIVAR EL PACIENTE A OTRO ESPECIALISTA?

Si No En caso **afirmativo**, indicar cual:



4.4 ¿REALIZARÁ USTED EL SEGUIMIENTO DEL TRATAMIENTO NUTRICIONAL DEL PACIENTE?

Si No En caso **negativo**, indicar que especialista lo realizará:

C. ASPECTOS RELACIONADOS CON EL TRATAMIENTO NUTRICIONAL

1. PRODUCTO RECOMENDADO:

- FontActiv 2.0 - 125 ml FontActiv MAX 300 ml
 FontActiv 2.0 - 200 ml FontActiv HPHC 200 ml

2. MOTIVO DE LA RECOMENDACIÓN:

Puede marcar más de una opción

- Desnutrición proteica
- Desnutrición calórica
- Desnutrición proteico-calórica
- Situaciones de requerimientos proteicos y calóricos elevados
- Dificultad para terminar la dieta oral prescrita y para mejorar el cumplimiento
- Restricción hídrica
- Alteraciones mecánicas de la deglución
- Anorexia y pérdida de peso
- Fragilidad
- Caquexia o sarcopenia
- Enfermedad oncológica
- Enfermedades neurológicas
- Paciente geriátrico
- Enfermedades crónicas como: EPOC o cardiopatía
- Paciente quemado
- Pre y poscirugía (soporte nutricional durante convalecencia)
- Otra. Especificar:

3. PAUTA DIARIA. MOMENTO DE LA RECOMENDACIÓN:

- Tras los primeros síntomas
- Tras no respuesta a tratamiento o suplemento previo
- Tras el diagnóstico de desnutrición
- Como adyuvante a otro tipo de tratamiento (especificar en la línea inferior)

4. ¿ES LA PRIMERA VEZ QUE EL PACIENTE UTILIZA UN DIETA COMPLETA DE ESTE TIPO?

- Si No En caso **negativo**,
tratamiento previo:

5. ADHERENCIA AL TRATAMIENTO

Valore del 1 al 5 la adherencia del paciente al tratamiento, siendo 1 muy buena y 5 muy mala

1	2	3	4	5

6. GRADO DE SATISFACCIÓN CON EL TRATAMIENTO POR PARTE DEL ESPECIALISTA

Valore del 1 al 5 su satisfacción con el tratamiento, siendo 1 muy buena y 5 muy mala

1	2	3	4	5

7. VALORE DEL 1 AL 5 EL CUMPLIMIENTO DEL TRATAMIENTO NUTRICIONAL POR PARTE DEL PACIENTE EN FUNCIÓN DE LOS SIGUIENTES PARÁMETROS (siendo 1 muy bueno y 5 muy malo)

	1	2	3	4	5
Tolerabilidad					
Sabor y textura					
Posología					
Duración del tratamiento					

8. DURACIÓN DEL TRATAMIENTO RECOMENDADO:

De 2 a 4 semanas

Más de 3 meses

De 1 a 3 meses

Indefinido

9. OTRAS RECOMENDACIONES Y TRATAMIENTOS CONCOMITANTES RECOMENDADOS AL PACIENTE:

Seguimiento a la medicación

Monitoreo regular por AP

Apoyo psicológico

Programas de ejercicios

Asesoramiento dietético

Rehabilitación

10. ¿CADA CUANTO REALIZA CONTROL DEL PACIENTE?

⚡

PERFIL DEL PACIENTE

A. INFORMACIÓN PERSONAL DEL PACIENTE CON DESNUTRICIÓN Y EXPERIENCIA:

1. INFORMACIÓN DEMOGRÁFICA

1.1 EDAD

..... (años)

1.2 GÉNERO

Femenino Masculino Otro

1.3 TIPO DE PACIENTE

- Paciente hospitalizado
- Paciente en institución geriátrica o residencia
- Paciente que vive en su domicilio
- Paciente en rehabilitación
- Paciente con enfermedad crónica
- Paciente posthospitalizado

B. TRAYECTORIA DIAGNÓSTICA DE LA DESNUTRICIÓN:

1. SÍNTOMAS INICIALES

1.1 ¿CUÁLES FUERON LOS PRIMEROS SÍNTOMAS O CAMBIOS EN LA SALUD QUE EL PACIENTE NOTÓ POR LA DESNUTRICIÓN? Puede marcar más de una opción.

Cambios en la composición corporal, pérdida de grasa y masa corporal no intencionados

Problemas gastrointestinales

Cambios en la piel y el cabello

Cicatrización retrasada de heridas

Falta de energía, fatiga y debilidad

Dificultad para concentrarse

Cambios en el estado anímico

Depresión y apatía

Mareos

Frío permanente

Otros síntomas. Especificar:

.....

1.2 ¿LOS PRIMEROS SÍNTOMAS COINCIDIERON CON LA TOMA DE ALGÚN FÁRMACO?

Si No

En el caso de respuesta **afirmativa**, especifique el fármaco, por favor:

.....

1.3. ¿LOS PRIMEROS SÍNTOMAS COINCIDIERON CON ALGÚN PROCESO QUE REQUIRIERA UN AUMENTO IMPORTANTE DE LA DEMANDA DE CALORÍAS?

Si No

En el caso de respuesta **afirmativa**, especifique por favor:

.....

2. PRIMERA CONSULTA MÉDICA

2.1 EN RELACIÓN CON ESTE PACIENTE, ¿FUE DERIVADO A SU CONSULTA DESDE OTRO MÉDICO O ESPECIALISTA?

Si No

En caso **afirmativo**, ¿podría indicar la especialidad del médico o especialista que realizó la derivación?

Médico de Atención Primaria	Farmacéutico
Nutricionista o dietista	Otro. Especificar:
Enfermería	.....
Endocrino	

3. EVALUACIONES Y PRUEBAS INICIALES

3.1 MARQUE LAS PRUEBAS REALIZADAS SEGÚN CORRESPONDA (previas si el paciente llega a su consulta con ellas, repetidas por usted o pruebas adicionales realizadas a las pruebas previas)

	Previas	Repetidas	Añadidas
Composición corporal mediante el estudio de medidas antropométricas (peso y altura, envergadura del codo o la muñeca, perímetro del brazo y pliegues cutáneos)			
Situación del metabolismo mediante el estudio de parámetros analíticos (análisis de sangre, orina o heces)			
Historia clínica (recogida de datos de identidad, antecedentes personales y familiares y tratamientos farmacológicos)			
Exploración clínica (examen de piel, pelo, dientes, lengua, encías, labios y ojos)			
Informe/cuestionario psicossocial sobre educación y hábitos (como estilo de vida, situación económica, ambiente cultural y factores étnicos)			
Informe/cuestionario específico sobre sus hábitos alimentarios o historia dietética			
Ecografías del músculo Bioimpedanciometría (análisis de la cantidad aproximada de músculo, hueso, agua y grasa a través de una balanza especial que conduce un tipo de corriente eléctrica débil que atraviesa todo el cuerpo)			
Cuestionarios o escalas de evaluación nutricional (a partir de las respuestas dadas se obtienen a unas puntuaciones que clasifican a los pacientes según el grado de desnutrición)			
Comprobación de acumulación de líquido en las extremidades o el abdomen			

3.2 ¿SE OBSERVARON RESULTADOS PREOCUPANTES O INUSUALES EN LAS PRUEBAS REALIZADAS?

	Sí	No
Pruebas iniciales		
Pruebas repetidas		
Pruebas añadidas		

3.3 ¿FUE DIAGNOSTICADO DE DESNUTRICIÓN?

Si No

En caso **afirmativo**, indique por favor qué especialista diagnóstico la desnutrición:

3.4 ¿CUÁNTO TIEMPO HA TRANSCURRIDO DESDE LA PRIMERA VISITA EN SU CONSULTA?



3.6 ¿CÓMO SE REALIZÓ LA EVALUACIÓN NUTRICIONAL QUE CONDUJO AL DIAGNÓSTICO DEFINITIVO DE DESNUTRICIÓN? Puede marcar más de una opción

Con medidas antropométricas (p.e. peso, altura. Relación peso-altura, composición de la grasa y músculo corporal)

Con medidas bioquímicas a partir de un análisis de sangre

Con ecografías del músculo

Con bioimpedanciometría (análisis de la cantidad aproximada de músculo, hueso, agua y grasa a través de una balanza especial que conduce un tipo de corriente eléctrica débil que atraviesa todo el cuerpo)

Con cuestionarios o escalas de evaluación nutricional (a partir de las respuestas dadas se obtienen unas puntuaciones que clasifican a los pacientes según el grado de desnutrición)

Comprobación de acumulación de líquido en las extremidades o el abdomen

Otras pruebas. Especificar

4. TIEMPO TRANSCURRIDO

4.1 ¿CUÁNTO TIEMPO TRANSCURRIÓ DESDE QUE EL PACIENTE EXPERIMENTÓ LOS PRIMEROS SÍNTOMAS HASTA QUE SE LE DIAGNOSTICÓ DEFINITIVAMENTE LA DESNUTRICIÓN?



4.2 INDIQUE SI ESTIMA ADECUADO EL TIEMPO TRANSCURRIDO DESDE LOS PRIMEROS SÍNTOMAS HASTA EL DIAGNOSTICO

Si No

En caso **negativo**, justifique la respuesta:

4.3 ¿HA CONSIDERADO DERIVAR EL PACIENTE A OTRO ESPECIALISTA?

Si No

En caso **afirmativo**, indicar cual:



4.4 ¿REALIZARÁ USTED EL SEGUIMIENTO DEL TRATAMIENTO NUTRICIONAL DEL PACIENTE?

Si No

En caso **negativo**, indicar que especialista lo realizará:

7. VALORE DEL 1 AL 5 EL CUMPLIMIENTO DEL TRATAMIENTO NUTRICIONAL POR PARTE DEL PACIENTE EN FUNCIÓN DE LOS SIGUIENTES PARÁMETROS (siendo 1 muy bueno y 5 muy malo)

	1	2	3	4	5
Tolerabilidad					
Sabor y textura					
Posología					
Duración del tratamiento					

8. DURACIÓN DEL TRATAMIENTO RECOMENDADO:

De 2 a 4 semanas

Más de 3 meses

De 1 a 3 meses

Indefinido

9. OTRAS RECOMENDACIONES Y TRATAMIENTOS CONCOMITANTES RECOMENDADOS AL PACIENTE:

Seguimiento a la medicación

Monitoreo regular por AP

Apoyo psicológico

Programas de ejercicios

Asesoramiento dietético

Rehabilitación

10. ¿CADA CUANTO REALIZA CONTROL DEL PACIENTE?

⋮

PERFIL DEL PACIENTE

A. INFORMACIÓN PERSONAL DEL PACIENTE CON DESNUTRICIÓN Y EXPERIENCIA:

1. INFORMACIÓN DEMOGRÁFICA

1.1 EDAD

..... (años)

1.2 GÉNERO

Femenino Masculino Otro

1.3 TIPO DE PACIENTE

- Paciente hospitalizado
- Paciente en institución geriátrica o residencia
- Paciente que vive en su domicilio
- Paciente en rehabilitación
- Paciente con enfermedad crónica
- Paciente posthospitalizado

B. TRAYECTORIA DIAGNÓSTICA DE LA DESNUTRICIÓN:

1. SÍNTOMAS INICIALES

1.1 ¿CUÁLES FUERON LOS PRIMEROS SÍNTOMAS O CAMBIOS EN LA SALUD QUE EL PACIENTE NOTÓ POR LA DESNUTRICIÓN? Puede marcar más de una opción.

Cambios en la composición corporal, pérdida de grasa y masa corporal no intencionados

Problemas gastrointestinales

Cambios en la piel y el cabello

Cicatrización retrasada de heridas

Falta de energía, fatiga y debilidad

Dificultad para concentrarse

Cambios en el estado anímico

Depresión y apatía

Mareos

Frío permanente

Otros síntomas. Especificar:

.....

1.2 ¿LOS PRIMEROS SÍNTOMAS COINCIDIERON CON LA TOMA DE ALGÚN FÁRMACO?

Si No

En el caso de respuesta **afirmativa**, especifique el fármaco, por favor:

.....

1.3. ¿LOS PRIMEROS SÍNTOMAS COINCIDIERON CON ALGÚN PROCESO QUE REQUIRIERA UN AUMENTO IMPORTANTE DE LA DEMANDA DE CALORÍAS?

Si No

En el caso de respuesta **afirmativa**, especifique por favor:

.....

2. PRIMERA CONSULTA MÉDICA

2.1 EN RELACIÓN CON ESTE PACIENTE, ¿FUE DERIVADO A SU CONSULTA DESDE OTRO MÉDICO O ESPECIALISTA?

Si No

En caso **afirmativo**, ¿podría indicar la especialidad del médico o especialista que realizó la derivación?

Médico de Atención Primaria	Farmacéutico
Nutricionista o dietista	Otro. Especificar:
Enfermería	.....
Endocrino	

3. EVALUACIONES Y PRUEBAS INICIALES

3.1 MARQUE LAS PRUEBAS REALIZADAS SEGÚN CORRESPONDA (previas si el paciente llega a su consulta con ellas, repetidas por usted o pruebas adicionales realizadas a las pruebas previas)

	Previas	Repetidas	Añadidas
Composición corporal mediante el estudio de medidas antropométricas (peso y altura, envergadura del codo o la muñeca, perímetro del brazo y pliegues cutáneos)			
Situación del metabolismo mediante el estudio de parámetros analíticos (análisis de sangre, orina o heces)			
Historia clínica (recogida de datos de identidad, antecedentes personales y familiares y tratamientos farmacológicos)			
Exploración clínica (examen de piel, pelo, dientes, lengua, encías, labios y ojos)			
Informe/cuestionario psicossocial sobre educación y hábitos (como estilo de vida, situación económica, ambiente cultural y factores étnicos)			
Informe/cuestionario específico sobre sus hábitos alimentarios o historia dietética			
Ecografías del músculo Bioimpedanciometría (análisis de la cantidad aproximada de músculo, hueso, agua y grasa a través de una balanza especial que conduce un tipo de corriente eléctrica débil que atraviesa todo el cuerpo)			
Cuestionarios o escalas de evaluación nutricional (a partir de las respuestas dadas se obtienen a unas puntuaciones que clasifican a los pacientes según el grado de desnutrición)			
Comprobación de acumulación de líquido en las extremidades o el abdomen			

3.2 ¿SE OBSERVARON RESULTADOS PREOCUPANTES O INUSUALES EN LAS PRUEBAS REALIZADAS?

	Sí	No
Pruebas iniciales		
Pruebas repetidas		
Pruebas añadidas		

3.3 ¿FUE DIAGNOSTICADO DE DESNUTRICIÓN?

Si No

En caso **afirmativo**, indique por favor qué especialista diagnóstico la desnutrición:

3.4 ¿CUÁNTO TIEMPO HA TRANSCURRIDO DESDE LA PRIMERA VISITA EN SU CONSULTA?



3.6 ¿CÓMO SE REALIZÓ LA EVALUACIÓN NUTRICIONAL QUE CONDUJO AL DIAGNÓSTICO DEFINITIVO DE DESNUTRICIÓN? Puede marcar más de una opción

Con medidas antropométricas (p.e. peso, altura. Relación peso-altura, composición de la grasa y músculo corporal)

Con medidas bioquímicas a partir de un análisis de sangre

Con ecografías del músculo

Con bioimpedanciometría (análisis de la cantidad aproximada de músculo, hueso, agua y grasa a través de una balanza especial que conduce un tipo de corriente eléctrica débil que atraviesa todo el cuerpo)

Con cuestionarios o escalas de evaluación nutricional (a partir de las respuestas dadas se obtienen unas puntuaciones que clasifican a los pacientes según el grado de desnutrición)

Comprobación de acumulación de líquido en las extremidades o el abdomen

Otras pruebas. Especificar

4. TIEMPO TRANSCURRIDO

4.1 ¿CUÁNTO TIEMPO TRANSCURRIÓ DESDE QUE EL PACIENTE EXPERIMENTÓ LOS PRIMEROS SÍNTOMAS HASTA QUE SE LE DIAGNOSTICÓ DEFINITIVAMENTE LA DESNUTRICIÓN?



4.2 INDIQUE SI ESTIMA ADECUADO EL TIEMPO TRANSCURRIDO DESDE LOS PRIMEROS SÍNTOMAS HASTA EL DIAGNOSTICO

Si No

En caso **negativo**, justifique la respuesta:

4.3 ¿HA CONSIDERADO DERIVAR EL PACIENTE A OTRO ESPECIALISTA?

Si No

En caso **afirmativo**, indicar cual:



4.4 ¿REALIZARÁ USTED EL SEGUIMIENTO DEL TRATAMIENTO NUTRICIONAL DEL PACIENTE?

Si No

En caso **negativo**, indicar que especialista lo realizará:

C. ASPECTOS RELACIONADOS CON EL TRATAMIENTO NUTRICIONAL

1. PRODUCTO RECOMENDADO:

- FontActiv 2.0 - 125 ml FontActiv MAX 300 ml
 FontActiv 2.0 - 200 ml FontActiv HPHC 200 ml

2. MOTIVO DE LA RECOMENDACIÓN:

Puede marcar más de una opción

- Desnutrición proteica
- Desnutrición calórica
- Desnutrición proteico-calórica
- Situaciones de requerimientos proteicos y calóricos elevados
- Dificultad para terminar la dieta oral prescrita y para mejorar el cumplimiento
- Restricción hídrica
- Alteraciones mecánicas de la deglución
- Anorexia y pérdida de peso
- Fragilidad
- Caquexia o sarcopenia
- Enfermedad oncológica
- Enfermedades neurológicas
- Paciente geriátrico
- Enfermedades crónicas como: EPOC o cardiopatía
- Paciente quemado
- Pre y poscirugía (soporte nutricional durante convalecencia)
- Otra. Especificar:

3. PAUTA DIARIA. MOMENTO DE LA RECOMENDACIÓN:

- Tras los primeros síntomas
- Tras no respuesta a tratamiento o suplemento previo
- Tras el diagnóstico de desnutrición
- Como adyuvante a otro tipo de tratamiento (especificar en la línea inferior)

4. ¿ES LA PRIMERA VEZ QUE EL PACIENTE UTILIZA UN DIETA COMPLETA DE ESTE TIPO?

- Si No En caso **negativo**,
tratamiento previo:

5. ADHERENCIA AL TRATAMIENTO

Valore del 1 al 5 la adherencia del paciente al tratamiento, siendo 1 muy buena y 5 muy mala

1	2	3	4	5

6. GRADO DE SATISFACCIÓN CON EL TRATAMIENTO POR PARTE DEL ESPECIALISTA

Valore del 1 al 5 su satisfacción con el tratamiento, siendo 1 muy buena y 5 muy mala

1	2	3	4	5

7. VALORE DEL 1 AL 5 EL CUMPLIMIENTO DEL TRATAMIENTO NUTRICIONAL POR PARTE DEL PACIENTE EN FUNCIÓN DE LOS SIGUIENTES PARÁMETROS (siendo 1 muy bueno y 5 muy malo)

	1	2	3	4	5
Tolerabilidad					
Sabor y textura					
Posología					
Duración del tratamiento					

8. DURACIÓN DEL TRATAMIENTO RECOMENDADO:

De 2 a 4 semanas

Más de 3 meses

De 1 a 3 meses

Indefinido

9. OTRAS RECOMENDACIONES Y TRATAMIENTOS CONCOMITANTES RECOMENDADOS AL PACIENTE:

Seguimiento a la medicación

Monitoreo regular por AP

Apoyo psicológico

Programas de ejercicios

Asesoramiento dietético

Rehabilitación

10. ¿CADA CUANTO REALIZA CONTROL DEL PACIENTE?

⋮

PERFIL DEL PACIENTE

A. INFORMACIÓN PERSONAL DEL PACIENTE CON DESNUTRICIÓN Y EXPERIENCIA:

1. INFORMACIÓN DEMOGRÁFICA

1.1 EDAD

..... (años)

1.2 GÉNERO

Femenino Masculino Otro

1.3 TIPO DE PACIENTE

- Paciente hospitalizado
- Paciente en institución geriátrica o residencia
- Paciente que vive en su domicilio
- Paciente en rehabilitación
- Paciente con enfermedad crónica
- Paciente posthospitalizado

B. TRAYECTORIA DIAGNÓSTICA DE LA DESNUTRICIÓN:

1. SÍNTOMAS INICIALES

1.1 ¿CUÁLES FUERON LOS PRIMEROS SÍNTOMAS O CAMBIOS EN LA SALUD QUE EL PACIENTE NOTÓ POR LA DESNUTRICIÓN? Puede marcar más de una opción.

Cambios en la composición corporal, pérdida de grasa y masa corporal no intencionados

Problemas gastrointestinales

Cambios en la piel y el cabello

Cicatrización retrasada de heridas

Falta de energía, fatiga y debilidad

Dificultad para concentrarse

Cambios en el estado anímico

Depresión y apatía

Mareos

Frío permanente

Otros síntomas. Especificar:

.....

1.2 ¿LOS PRIMEROS SÍNTOMAS COINCIDIERON CON LA TOMA DE ALGÚN FÁRMACO?

Si No

En el caso de respuesta **afirmativa**, especifique el fármaco, por favor:

.....

1.3. ¿LOS PRIMEROS SÍNTOMAS COINCIDIERON CON ALGÚN PROCESO QUE REQUIRIERA UN AUMENTO IMPORTANTE DE LA DEMANDA DE CALORÍAS?

Si No

En el caso de respuesta **afirmativa**, especifique por favor:

.....

2. PRIMERA CONSULTA MÉDICA

2.1 EN RELACIÓN CON ESTE PACIENTE, ¿FUE DERIVADO A SU CONSULTA DESDE OTRO MÉDICO O ESPECIALISTA?

Si No

En caso **afirmativo**, ¿podría indicar la especialidad del médico o especialista que realizó la derivación?

Médico de Atención Primaria	Farmacéutico
Nutricionista o dietista	Otro. Especificar:
Enfermería	.....
Endocrino	

3. EVALUACIONES Y PRUEBAS INICIALES

3.1 MARQUE LAS PRUEBAS REALIZADAS SEGÚN CORRESPONDA (previas si el paciente llega a su consulta con ellas, repetidas por usted o pruebas adicionales realizadas a las pruebas previas)

	Previas	Repetidas	Añadidas
Composición corporal mediante el estudio de medidas antropométricas (peso y altura, envergadura del codo o la muñeca, perímetro del brazo y pliegues cutáneos)			
Situación del metabolismo mediante el estudio de parámetros analíticos (análisis de sangre, orina o heces)			
Historia clínica (recogida de datos de identidad, antecedentes personales y familiares y tratamientos farmacológicos)			
Exploración clínica (examen de piel, pelo, dientes, lengua, encías, labios y ojos)			
Informe/cuestionario psicossocial sobre educación y hábitos (como estilo de vida, situación económica, ambiente cultural y factores étnicos)			
Informe/cuestionario específico sobre sus hábitos alimentarios o historia dietética			
Ecografías del músculo Bioimpedanciometría (análisis de la cantidad aproximada de músculo, hueso, agua y grasa a través de una balanza especial que conduce un tipo de corriente eléctrica débil que atraviesa todo el cuerpo)			
Cuestionarios o escalas de evaluación nutricional (a partir de las respuestas dadas se obtienen a unas puntuaciones que clasifican a los pacientes según el grado de desnutrición)			
Comprobación de acumulación de líquido en las extremidades o el abdomen			

3.2 ¿SE OBSERVARON RESULTADOS PREOCUPANTES O INUSUALES EN LAS PRUEBAS REALIZADAS?

	Sí	No
Pruebas iniciales		
Pruebas repetidas		
Pruebas añadidas		

3.3 ¿FUE DIAGNOSTICADO DE DESNUTRICIÓN?

Si No

En caso **afirmativo**, indique por favor qué especialista diagnóstico la desnutrición:

3.4 ¿CUÁNTO TIEMPO HA TRANSCURRIDO DESDE LA PRIMERA VISITA EN SU CONSULTA?



3.6 ¿CÓMO SE REALIZÓ LA EVALUACIÓN NUTRICIONAL QUE CONDUJO AL DIAGNÓSTICO DEFINITIVO DE DESNUTRICIÓN? Puede marcar más de una opción

Con medidas antropométricas (p.e. peso, altura. Relación peso-altura, composición de la grasa y músculo corporal)

Con medidas bioquímicas a partir de un análisis de sangre

Con ecografías del músculo

Con bioimpedanciometría (análisis de la cantidad aproximada de músculo, hueso, agua y grasa a través de una balanza especial que conduce un tipo de corriente eléctrica débil que atraviesa todo el cuerpo)

Con cuestionarios o escalas de evaluación nutricional (a partir de las respuestas dadas se obtienen unas puntuaciones que clasifican a los pacientes según el grado de desnutrición)

Comprobación de acumulación de líquido en las extremidades o el abdomen

Otras pruebas. Especificar

4. TIEMPO TRANSCURRIDO

4.1 ¿CUÁNTO TIEMPO TRANSCURRIÓ DESDE QUE EL PACIENTE EXPERIMENTÓ LOS PRIMEROS SÍNTOMAS HASTA QUE SE LE DIAGNOSTICÓ DEFINITIVAMENTE LA DESNUTRICIÓN?



4.2 INDIQUE SI ESTIMA ADECUADO EL TIEMPO TRANSCURRIDO DESDE LOS PRIMEROS SÍNTOMAS HASTA EL DIAGNOSTICO

Si No

En caso **negativo**, justifique la respuesta:

4.3 ¿HA CONSIDERADO DERIVAR EL PACIENTE A OTRO ESPECIALISTA?

Si No

En caso **afirmativo**, indicar cual:



4.4 ¿REALIZARÁ USTED EL SEGUIMIENTO DEL TRATAMIENTO NUTRICIONAL DEL PACIENTE?

Si No

En caso **negativo**, indicar que especialista lo realizará:

C. ASPECTOS RELACIONADOS CON EL TRATAMIENTO NUTRICIONAL

1. PRODUCTO RECOMENDADO:

- FontActiv 2.0 - 125 ml FontActiv MAX 300 ml
 FontActiv 2.0 - 200 ml FontActiv HPHC 200 ml

2. MOTIVO DE LA RECOMENDACIÓN:

Puede marcar más de una opción

- Desnutrición proteica
- Desnutrición calórica
- Desnutrición proteico-calórica
- Situaciones de requerimientos proteicos y calóricos elevados
- Dificultad para terminar la dieta oral prescrita y para mejorar el cumplimiento
- Restricción hídrica
- Alteraciones mecánicas de la deglución
- Anorexia y pérdida de peso
- Fragilidad
- Caquexia o sarcopenia
- Enfermedad oncológica
- Enfermedades neurológicas
- Paciente geriátrico
- Enfermedades crónicas como: EPOC o cardiopatía
- Paciente quemado
- Pre y poscirugía (soporte nutricional durante convalecencia)
- Otra. Especificar:

3. PAUTA DIARIA. MOMENTO DE LA RECOMENDACIÓN:

- Tras los primeros síntomas
 - Tras no respuesta a tratamiento o suplemento previo
 - Tras el diagnóstico de desnutrición
 - Como adyuvante a otro tipo de tratamiento (especificar en la línea inferior)
-

4. ¿ES LA PRIMERA VEZ QUE EL PACIENTE UTILIZA UN DIETA COMPLETA DE ESTE TIPO?

- Si No En caso **negativo**,
tratamiento previo:

5. ADHERENCIA AL TRATAMIENTO

Valore del 1 al 5 la adherencia del paciente al tratamiento, siendo 1 muy buena y 5 muy mala

1	2	3	4	5

6. GRADO DE SATISFACCIÓN CON EL TRATAMIENTO POR PARTE DEL ESPECIALISTA

Valore del 1 al 5 su satisfacción con el tratamiento, siendo 1 muy buena y 5 muy mala

1	2	3	4	5

7. VALORE DEL 1 AL 5 EL CUMPLIMIENTO DEL TRATAMIENTO NUTRICIONAL POR PARTE DEL PACIENTE EN FUNCIÓN DE LOS SIGUIENTES PARÁMETROS (siendo 1 muy bueno y 5 muy malo)

	1	2	3	4	5
Tolerabilidad					
Sabor y textura					
Posología					
Duración del tratamiento					

8. DURACIÓN DEL TRATAMIENTO RECOMENDADO:

De 2 a 4 semanas

Más de 3 meses

De 1 a 3 meses

Indefinido

9. OTRAS RECOMENDACIONES Y TRATAMIENTOS CONCOMITANTES RECOMENDADOS AL PACIENTE:

Seguimiento a la medicación

Monitoreo regular por AP

Apoyo psicológico

Programas de ejercicios

Asesoramiento dietético

Rehabilitación

10. ¿CADA CUANTO REALIZA CONTROL DEL PACIENTE?

⋮

PERFIL DEL PACIENTE

A. INFORMACIÓN PERSONAL DEL PACIENTE CON DESNUTRICIÓN Y EXPERIENCIA:

1. INFORMACIÓN DEMOGRÁFICA

1.1 EDAD

..... (años)

1.2 GÉNERO

Femenino Masculino Otro

1.3 TIPO DE PACIENTE

- Paciente hospitalizado
- Paciente en institución geriátrica o residencia
- Paciente que vive en su domicilio
- Paciente en rehabilitación
- Paciente con enfermedad crónica
- Paciente posthospitalizado

B. TRAYECTORIA DIAGNÓSTICA DE LA DESNUTRICIÓN:

1. SÍNTOMAS INICIALES

1.1 ¿CUÁLES FUERON LOS PRIMEROS SÍNTOMAS O CAMBIOS EN LA SALUD QUE EL PACIENTE NOTÓ POR LA DESNUTRICIÓN? Puede marcar más de una opción.

Cambios en la composición corporal, pérdida de grasa y masa corporal no intencionados

Problemas gastrointestinales

Cambios en la piel y el cabello

Cicatrización retrasada de heridas

Falta de energía, fatiga y debilidad

Dificultad para concentrarse

Cambios en el estado anímico

Depresión y apatía

Mareos

Frío permanente

Otros síntomas. Especificar:

.....

1.2 ¿LOS PRIMEROS SÍNTOMAS COINCIDIERON CON LA TOMA DE ALGÚN FÁRMACO?

Si No

En el caso de respuesta **afirmativa**, especifique el fármaco, por favor:

.....

1.3. ¿LOS PRIMEROS SÍNTOMAS COINCIDIERON CON ALGÚN PROCESO QUE REQUIRIERA UN AUMENTO IMPORTANTE DE LA DEMANDA DE CALORÍAS?

Si No

En el caso de respuesta **afirmativa**, especifique por favor:

.....

2. PRIMERA CONSULTA MÉDICA

2.1 EN RELACIÓN CON ESTE PACIENTE, ¿FUE DERIVADO A SU CONSULTA DESDE OTRO MÉDICO O ESPECIALISTA?

Si No

En caso **afirmativo**, ¿podría indicar la especialidad del médico o especialista que realizó la derivación?

Médico de Atención Primaria	Farmacéutico
Nutricionista o dietista	Otro. Especificar:
Enfermería	.....
Endocrino	

3. EVALUACIONES Y PRUEBAS INICIALES

3.1 MARQUE LAS PRUEBAS REALIZADAS SEGÚN CORRESPONDA (previas si el paciente llega a su consulta con ellas, repetidas por usted o pruebas adicionales realizadas a las pruebas previas)

	Previas	Repetidas	Añadidas
Composición corporal mediante el estudio de medidas antropométricas (peso y altura, envergadura del codo o la muñeca, perímetro del brazo y pliegues cutáneos)			
Situación del metabolismo mediante el estudio de parámetros analíticos (análisis de sangre, orina o heces)			
Historia clínica (recogida de datos de identidad, antecedentes personales y familiares y tratamientos farmacológicos)			
Exploración clínica (examen de piel, pelo, dientes, lengua, encías, labios y ojos)			
Informe/cuestionario psicossocial sobre educación y hábitos (como estilo de vida, situación económica, ambiente cultural y factores étnicos)			
Informe/cuestionario específico sobre sus hábitos alimentarios o historia dietética			
Ecografías del músculo Bioimpedanciometría (análisis de la cantidad aproximada de músculo, hueso, agua y grasa a través de una balanza especial que conduce un tipo de corriente eléctrica débil que atraviesa todo el cuerpo)			
Cuestionarios o escalas de evaluación nutricional (a partir de las respuestas dadas se obtienen a unas puntuaciones que clasifican a los pacientes según el grado de desnutrición)			
Comprobación de acumulación de líquido en las extremidades o el abdomen			

3.2 ¿SE OBSERVARON RESULTADOS PREOCUPANTES O INUSUALES EN LAS PRUEBAS REALIZADAS?

	Sí	No
Pruebas iniciales		
Pruebas repetidas		
Pruebas añadidas		

3.3 ¿FUE DIAGNOSTICADO DE DESNUTRICIÓN?

Si No

En caso **afirmativo**, indique por favor qué especialista diagnóstico la desnutrición:

3.4 ¿CUÁNTO TIEMPO HA TRANSCURRIDO DESDE LA PRIMERA VISITA EN SU CONSULTA?



3.6 ¿CÓMO SE REALIZÓ LA EVALUACIÓN NUTRICIONAL QUE CONDUJO AL DIAGNÓSTICO DEFINITIVO DE DESNUTRICIÓN? Puede marcar más de una opción

Con medidas antropométricas (p.e. peso, altura. Relación peso-altura, composición de la grasa y músculo corporal)

Con medidas bioquímicas a partir de un análisis de sangre

Con ecografías del músculo

Con bioimpedanciometría (análisis de la cantidad aproximada de músculo, hueso, agua y grasa a través de una balanza especial que conduce un tipo de corriente eléctrica débil que atraviesa todo el cuerpo)

Con cuestionarios o escalas de evaluación nutricional (a partir de las respuestas dadas se obtienen unas puntuaciones que clasifican a los pacientes según el grado de desnutrición)

Comprobación de acumulación de líquido en las extremidades o el abdomen

Otras pruebas. Especificar

.....

4. TIEMPO TRANSCURRIDO

4.1 ¿CUÁNTO TIEMPO TRANSCURRIÓ DESDE QUE EL PACIENTE EXPERIMENTÓ LOS PRIMEROS SÍNTOMAS HASTA QUE SE LE DIAGNOSTICÓ DEFINITIVAMENTE LA DESNUTRICIÓN?



4.2 INDIQUE SI ESTIMA ADECUADO EL TIEMPO TRANSCURRIDO DESDE LOS PRIMEROS SÍNTOMAS HASTA EL DIAGNOSTICO

Si No

En caso **negativo**, justifique la respuesta:

.....

4.3 ¿HA CONSIDERADO DERIVAR EL PACIENTE A OTRO ESPECIALISTA?

Si No

En caso **afirmativo**, indicar cual:



4.4 ¿REALIZARÁ USTED EL SEGUIMIENTO DEL TRATAMIENTO NUTRICIONAL DEL PACIENTE?

Si No

En caso **negativo**, indicar que especialista lo realizará:

.....

C. ASPECTOS RELACIONADOS CON EL TRATAMIENTO NUTRICIONAL

1. PRODUCTO RECOMENDADO:

- FontActiv 2.0 - 125 ml FontActiv MAX 300 ml
 FontActiv 2.0 - 200 ml FontActiv HPHC 200 ml

2. MOTIVO DE LA RECOMENDACIÓN:

Puede marcar más de una opción

- Desnutrición proteica
- Desnutrición calórica
- Desnutrición proteico-calórica
- Situaciones de requerimientos proteicos y calóricos elevados
- Dificultad para terminar la dieta oral prescrita y para mejorar el cumplimiento
- Restricción hídrica
- Alteraciones mecánicas de la deglución
- Anorexia y pérdida de peso
- Fragilidad
- Caquexia o sarcopenia
- Enfermedad oncológica
- Enfermedades neurológicas
- Paciente geriátrico
- Enfermedades crónicas como: EPOC o cardiopatía
- Paciente quemado
- Pre y poscirugía (soporte nutricional durante convalecencia)
- Otra. Especificar:

3. PAUTA DIARIA. MOMENTO DE LA RECOMENDACIÓN:

- Tras los primeros síntomas
 - Tras no respuesta a tratamiento o suplemento previo
 - Tras el diagnóstico de desnutrición
 - Como adyuvante a otro tipo de tratamiento (especificar en la línea inferior)
-

4. ¿ES LA PRIMERA VEZ QUE EL PACIENTE UTILIZA UN DIETA COMPLETA DE ESTE TIPO?

- Si No En caso **negativo**,
tratamiento previo:

5. ADHERENCIA AL TRATAMIENTO

Valore del 1 al 5 la adherencia del paciente al tratamiento, siendo 1 muy buena y 5 muy mala

1	2	3	4	5

6. GRADO DE SATISFACCIÓN CON EL TRATAMIENTO POR PARTE DEL ESPECIALISTA

Valore del 1 al 5 su satisfacción con el tratamiento, siendo 1 muy buena y 5 muy mala

1	2	3	4	5

7. VALORE DEL 1 AL 5 EL CUMPLIMIENTO DEL TRATAMIENTO NUTRICIONAL POR PARTE DEL PACIENTE EN FUNCIÓN DE LOS SIGUIENTES PARÁMETROS (siendo 1 muy bueno y 5 muy malo)

	1	2	3	4	5
Tolerabilidad					
Sabor y textura					
Posología					
Duración del tratamiento					

8. DURACIÓN DEL TRATAMIENTO RECOMENDADO:

De 2 a 4 semanas

Más de 3 meses

De 1 a 3 meses

Indefinido

9. OTRAS RECOMENDACIONES Y TRATAMIENTOS CONCOMITANTES RECOMENDADOS AL PACIENTE:

Seguimiento a la medicación

Monitoreo regular por AP

Apoyo psicológico

Programas de ejercicios

Asesoramiento dietético

Rehabilitación

10. ¿CADA CUANTO REALIZA CONTROL DEL PACIENTE?

⋮

PERFIL DEL PACIENTE

A. INFORMACIÓN PERSONAL DEL PACIENTE CON DESNUTRICIÓN Y EXPERIENCIA:

1. INFORMACIÓN DEMOGRÁFICA

1.1 EDAD

..... (años)

1.2 GÉNERO

Femenino Masculino Otro

1.3 TIPO DE PACIENTE

- Paciente hospitalizado
- Paciente en institución geriátrica o residencia
- Paciente que vive en su domicilio
- Paciente en rehabilitación
- Paciente con enfermedad crónica
- Paciente posthospitalizado

B. TRAYECTORIA DIAGNÓSTICA DE LA DESNUTRICIÓN:

1. SÍNTOMAS INICIALES

1.1 ¿CUÁLES FUERON LOS PRIMEROS SÍNTOMAS O CAMBIOS EN LA SALUD QUE EL PACIENTE NOTÓ POR LA DESNUTRICIÓN? Puede marcar más de una opción.

Cambios en la composición corporal, pérdida de grasa y masa corporal no intencionados

Problemas gastrointestinales

Cambios en la piel y el cabello

Cicatrización retrasada de heridas

Falta de energía, fatiga y debilidad

Dificultad para concentrarse

Cambios en el estado anímico

Depresión y apatía

Mareos

Frío permanente

Otros síntomas. Especificar:

.....

1.2 ¿LOS PRIMEROS SÍNTOMAS COINCIDIERON CON LA TOMA DE ALGÚN FÁRMACO?

Si No

En el caso de respuesta **afirmativa**, especifique el fármaco, por favor:

.....

1.3. ¿LOS PRIMEROS SÍNTOMAS COINCIDIERON CON ALGÚN PROCESO QUE REQUIRIERA UN AUMENTO IMPORTANTE DE LA DEMANDA DE CALORÍAS?

Si No

En el caso de respuesta **afirmativa**, especifique por favor:

.....

2. PRIMERA CONSULTA MÉDICA

2.1 EN RELACIÓN CON ESTE PACIENTE, ¿FUE DERIVADO A SU CONSULTA DESDE OTRO MÉDICO O ESPECIALISTA?

Si No

En caso **afirmativo**, ¿podría indicar la especialidad del médico o especialista que realizó la derivación?

Médico de Atención Primaria	Farmacéutico
Nutricionista o dietista	Otro. Especificar:
Enfermería	.....
Endocrino	

3. EVALUACIONES Y PRUEBAS INICIALES

3.1 MARQUE LAS PRUEBAS REALIZADAS SEGÚN CORRESPONDA (previas si el paciente llega a su consulta con ellas, repetidas por usted o pruebas adicionales realizadas a las pruebas previas)

	Previas	Repetidas	Añadidas
Composición corporal mediante el estudio de medidas antropométricas (peso y altura, envergadura del codo o la muñeca, perímetro del brazo y pliegues cutáneos)			
Situación del metabolismo mediante el estudio de parámetros analíticos (análisis de sangre, orina o heces)			
Historia clínica (recogida de datos de identidad, antecedentes personales y familiares y tratamientos farmacológicos)			
Exploración clínica (examen de piel, pelo, dientes, lengua, encías, labios y ojos)			
Informe/cuestionario psicossocial sobre educación y hábitos (como estilo de vida, situación económica, ambiente cultural y factores étnicos)			
Informe/cuestionario específico sobre sus hábitos alimentarios o historia dietética			
Ecografías del músculo Bioimpedanciometría (análisis de la cantidad aproximada de músculo, hueso, agua y grasa a través de una balanza especial que conduce un tipo de corriente eléctrica débil que atraviesa todo el cuerpo)			
Cuestionarios o escalas de evaluación nutricional (a partir de las respuestas dadas se obtienen a unas puntuaciones que clasifican a los pacientes según el grado de desnutrición)			
Comprobación de acumulación de líquido en las extremidades o el abdomen			

3.2 ¿SE OBSERVARON RESULTADOS PREOCUPANTES O INUSUALES EN LAS PRUEBAS REALIZADAS?

	Sí	No
Pruebas iniciales		
Pruebas repetidas		
Pruebas añadidas		

3.3 ¿FUE DIAGNOSTICADO DE DESNUTRICIÓN?

Si No

En caso **afirmativo**, indique por favor qué especialista diagnóstico la desnutrición:

3.4 ¿CUÁNTO TIEMPO HA TRANSCURRIDO DESDE LA PRIMERA VISITA EN SU CONSULTA?



3.6 ¿CÓMO SE REALIZÓ LA EVALUACIÓN NUTRICIONAL QUE CONDUJO AL DIAGNÓSTICO DEFINITIVO DE DESNUTRICIÓN? Puede marcar más de una opción

Con medidas antropométricas (p.e. peso, altura. Relación peso-altura, composición de la grasa y músculo corporal)

Con medidas bioquímicas a partir de un análisis de sangre

Con ecografías del músculo

Con bioimpedanciometría (análisis de la cantidad aproximada de músculo, hueso, agua y grasa a través de una balanza especial que conduce un tipo de corriente eléctrica débil que atraviesa todo el cuerpo)

Con cuestionarios o escalas de evaluación nutricional (a partir de las respuestas dadas se obtienen unas puntuaciones que clasifican a los pacientes según el grado de desnutrición)

Comprobación de acumulación de líquido en las extremidades o el abdomen

Otras pruebas. Especificar

4. TIEMPO TRANSCURRIDO

4.1 ¿CUÁNTO TIEMPO TRANSCURRIÓ DESDE QUE EL PACIENTE EXPERIMENTÓ LOS PRIMEROS SÍNTOMAS HASTA QUE SE LE DIAGNOSTICÓ DEFINITIVAMENTE LA DESNUTRICIÓN?



4.2 INDIQUE SI ESTIMA ADECUADO EL TIEMPO TRANSCURRIDO DESDE LOS PRIMEROS SÍNTOMAS HASTA EL DIAGNOSTICO

Si No

En caso **negativo**, justifique la respuesta:

4.3 ¿HA CONSIDERADO DERIVAR EL PACIENTE A OTRO ESPECIALISTA?

Si No

En caso **afirmativo**, indicar cual:



4.4 ¿REALIZARÁ USTED EL SEGUIMIENTO DEL TRATAMIENTO NUTRICIONAL DEL PACIENTE?

Si No

En caso **negativo**, indicar que especialista lo realizará:

C. ASPECTOS RELACIONADOS CON EL TRATAMIENTO NUTRICIONAL

1. PRODUCTO RECOMENDADO:

- FontActiv 2.0 - 125 ml FontActiv MAX 300 ml
 FontActiv 2.0 - 200 ml FontActiv HPHC 200 ml

2. MOTIVO DE LA RECOMENDACIÓN:

Puede marcar más de una opción

- Desnutrición proteica
- Desnutrición calórica
- Desnutrición proteico-calórica
- Situaciones de requerimientos proteicos y calóricos elevados
- Dificultad para terminar la dieta oral prescrita y para mejorar el cumplimiento
- Restricción hídrica
- Alteraciones mecánicas de la deglución
- Anorexia y pérdida de peso
- Fragilidad
- Caquexia o sarcopenia
- Enfermedad oncológica
- Enfermedades neurológicas
- Paciente geriátrico
- Enfermedades crónicas como: EPOC o cardiopatía
- Paciente quemado
- Pre y poscirugía (soporte nutricional durante convalecencia)
- Otra. Especificar: _____

3. PAUTA DIARIA. MOMENTO DE LA RECOMENDACIÓN:

- Tras los primeros síntomas
 - Tras no respuesta a tratamiento o suplemento previo
 - Tras el diagnóstico de desnutrición
 - Como adyuvante a otro tipo de tratamiento (especificar en la línea inferior)
- _____

4. ¿ES LA PRIMERA VEZ QUE EL PACIENTE UTILIZA UN DIETA COMPLETA DE ESTE TIPO?

- Si No En caso **negativo**,
tratamiento previo: _____

5. ADHERENCIA AL TRATAMIENTO

Valore del 1 al 5 la adherencia del paciente al tratamiento, siendo 1 muy buena y 5 muy mala

1	2	3	4	5

6. GRADO DE SATISFACCIÓN CON EL TRATAMIENTO POR PARTE DEL ESPECIALISTA

Valore del 1 al 5 su satisfacción con el tratamiento, siendo 1 muy buena y 5 muy mala

1	2	3	4	5

7. VALORE DEL 1 AL 5 EL CUMPLIMIENTO DEL TRATAMIENTO NUTRICIONAL POR PARTE DEL PACIENTE EN FUNCIÓN DE LOS SIGUIENTES PARÁMETROS (siendo 1 muy bueno y 5 muy malo)

	1	2	3	4	5
Tolerabilidad					
Sabor y textura					
Posología					
Duración del tratamiento					

8. DURACIÓN DEL TRATAMIENTO RECOMENDADO:

De 2 a 4 semanas

Más de 3 meses

De 1 a 3 meses

Indefinido

9. OTRAS RECOMENDACIONES Y TRATAMIENTOS CONCOMITANTES RECOMENDADOS AL PACIENTE:

Seguimiento a la medicación

Monitoreo regular por AP

Apoyo psicológico

Programas de ejercicios

Asesoramiento dietético

Rehabilitación

10. ¿CADA CUANTO REALIZA CONTROL DEL PACIENTE?

⚡

PERFIL DEL PACIENTE

A. INFORMACIÓN PERSONAL DEL PACIENTE CON DESNUTRICIÓN Y EXPERIENCIA:

1. INFORMACIÓN DEMOGRÁFICA

1.1 EDAD

..... (años)

1.2 GÉNERO

Femenino Masculino Otro

1.3 TIPO DE PACIENTE

- Paciente hospitalizado
- Paciente en institución geriátrica o residencia
- Paciente que vive en su domicilio
- Paciente en rehabilitación
- Paciente con enfermedad crónica
- Paciente posthospitalizado

B. TRAYECTORIA DIAGNÓSTICA DE LA DESNUTRICIÓN:

1. SÍNTOMAS INICIALES

1.1 ¿CUÁLES FUERON LOS PRIMEROS SÍNTOMAS O CAMBIOS EN LA SALUD QUE EL PACIENTE NOTÓ POR LA DESNUTRICIÓN? Puede marcar más de una opción.

Cambios en la composición corporal, pérdida de grasa y masa corporal no intencionados

Problemas gastrointestinales

Cambios en la piel y el cabello

Cicatrización retrasada de heridas

Falta de energía, fatiga y debilidad

Dificultad para concentrarse

Cambios en el estado anímico

Depresión y apatía

Mareos

Frío permanente

Otros síntomas. Especificar:

.....

1.2 ¿LOS PRIMEROS SÍNTOMAS COINCIDIERON CON LA TOMA DE ALGÚN FÁRMACO?

Si No

En el caso de respuesta **afirmativa**, especifique el fármaco, por favor:

.....

1.3. ¿LOS PRIMEROS SÍNTOMAS COINCIDIERON CON ALGÚN PROCESO QUE REQUIRIERA UN AUMENTO IMPORTANTE DE LA DEMANDA DE CALORÍAS?

Si No

En el caso de respuesta **afirmativa**, especifique por favor:

.....

2. PRIMERA CONSULTA MÉDICA

2.1 EN RELACIÓN CON ESTE PACIENTE, ¿FUE DERIVADO A SU CONSULTA DESDE OTRO MÉDICO O ESPECIALISTA?

Si No

En caso **afirmativo**, ¿podría indicar la especialidad del médico o especialista que realizó la derivación?

Médico de Atención Primaria	Farmacéutico
Nutricionista o dietista	Otro. Especificar:
Enfermería	.....
Endocrino	

3. EVALUACIONES Y PRUEBAS INICIALES

3.1 MARQUE LAS PRUEBAS REALIZADAS SEGÚN CORRESPONDA (previas si el paciente llega a su consulta con ellas, repetidas por usted o pruebas adicionales realizadas a las pruebas previas)

	Previas	Repetidas	Añadidas
Composición corporal mediante el estudio de medidas antropométricas (peso y altura, envergadura del codo o la muñeca, perímetro del brazo y pliegues cutáneos)			
Situación del metabolismo mediante el estudio de parámetros analíticos (análisis de sangre, orina o heces)			
Historia clínica (recogida de datos de identidad, antecedentes personales y familiares y tratamientos farmacológicos)			
Exploración clínica (examen de piel, pelo, dientes, lengua, encías, labios y ojos)			
Informe/cuestionario psicossocial sobre educación y hábitos (como estilo de vida, situación económica, ambiente cultural y factores étnicos)			
Informe/cuestionario específico sobre sus hábitos alimentarios o historia dietética			
Ecografías del músculo Bioimpedanciometría (análisis de la cantidad aproximada de músculo, hueso, agua y grasa a través de una balanza especial que conduce un tipo de corriente eléctrica débil que atraviesa todo el cuerpo)			
Cuestionarios o escalas de evaluación nutricional (a partir de las respuestas dadas se obtienen a unas puntuaciones que clasifican a los pacientes según el grado de desnutrición)			
Comprobación de acumulación de líquido en las extremidades o el abdomen			

3.2 ¿SE OBSERVARON RESULTADOS PREOCUPANTES O INUSUALES EN LAS PRUEBAS REALIZADAS?

	Sí	No
Pruebas iniciales		
Pruebas repetidas		
Pruebas añadidas		

3.3 ¿FUE DIAGNOSTICADO DE DESNUTRICIÓN?

Si No

En caso **afirmativo**, indique por favor qué especialista diagnóstico la desnutrición:

3.4 ¿CUÁNTO TIEMPO HA TRANSCURRIDO DESDE LA PRIMERA VISITA EN SU CONSULTA?



3.6 ¿CÓMO SE REALIZÓ LA EVALUACIÓN NUTRICIONAL QUE CONDUJO AL DIAGNÓSTICO DEFINITIVO DE DESNUTRICIÓN? Puede marcar más de una opción

Con medidas antropométricas (p.e. peso, altura. Relación peso-altura, composición de la grasa y músculo corporal)

Con medidas bioquímicas a partir de un análisis de sangre

Con ecografías del músculo

Con bioimpedanciometría (análisis de la cantidad aproximada de músculo, hueso, agua y grasa a través de una balanza especial que conduce un tipo de corriente eléctrica débil que atraviesa todo el cuerpo)

Con cuestionarios o escalas de evaluación nutricional (a partir de las respuestas dadas se obtienen unas puntuaciones que clasifican a los pacientes según el grado de desnutrición)

Comprobación de acumulación de líquido en las extremidades o el abdomen

Otras pruebas. Especificar

4. TIEMPO TRANSCURRIDO

4.1 ¿CUÁNTO TIEMPO TRANSCURRIÓ DESDE QUE EL PACIENTE EXPERIMENTÓ LOS PRIMEROS SÍNTOMAS HASTA QUE SE LE DIAGNOSTICÓ DEFINITIVAMENTE LA DESNUTRICIÓN?



4.2 INDIQUE SI ESTIMA ADECUADO EL TIEMPO TRANSCURRIDO DESDE LOS PRIMEROS SÍNTOMAS HASTA EL DIAGNOSTICO

Si No

En caso **negativo**, justifique la respuesta:

4.3 ¿HA CONSIDERADO DERIVAR EL PACIENTE A OTRO ESPECIALISTA?

Si No

En caso **afirmativo**, indicar cual:



4.4 ¿REALIZARÁ USTED EL SEGUIMIENTO DEL TRATAMIENTO NUTRICIONAL DEL PACIENTE?

Si No

En caso **negativo**, indicar que especialista lo realizará:

C. ASPECTOS RELACIONADOS CON EL TRATAMIENTO NUTRICIONAL

1. PRODUCTO RECOMENDADO:

- FontActiv 2.0 - 125 ml FontActiv MAX 300 ml
 FontActiv 2.0 - 200 ml FontActiv HPHC 200 ml

2. MOTIVO DE LA RECOMENDACIÓN:

Puede marcar más de una opción

- Desnutrición proteica
- Desnutrición calórica
- Desnutrición proteico-calórica
- Situaciones de requerimientos proteicos y calóricos elevados
- Dificultad para terminar la dieta oral prescrita y para mejorar el cumplimiento
- Restricción hídrica
- Alteraciones mecánicas de la deglución
- Anorexia y pérdida de peso
- Fragilidad
- Caquexia o sarcopenia
- Enfermedad oncológica
- Enfermedades neurológicas
- Paciente geriátrico
- Enfermedades crónicas como: EPOC o cardiopatía
- Paciente quemado
- Pre y poscirugía (soporte nutricional durante convalecencia)
- Otra. Especificar:

3. PAUTA DIARIA. MOMENTO DE LA RECOMENDACIÓN:

- Tras los primeros síntomas
- Tras no respuesta a tratamiento o suplemento previo
- Tras el diagnóstico de desnutrición
- Como adyuvante a otro tipo de tratamiento (especificar en la línea inferior)

4. ¿ES LA PRIMERA VEZ QUE EL PACIENTE UTILIZA UN DIETA COMPLETA DE ESTE TIPO?

- Si No En caso **negativo**,
tratamiento previo:

5. ADHERENCIA AL TRATAMIENTO

Valore del 1 al 5 la adherencia del paciente al tratamiento, siendo 1 muy buena y 5 muy mala

1	2	3	4	5

6. GRADO DE SATISFACCIÓN CON EL TRATAMIENTO POR PARTE DEL ESPECIALISTA

Valore del 1 al 5 su satisfacción con el tratamiento, siendo 1 muy buena y 5 muy mala

1	2	3	4	5

7. VALORE DEL 1 AL 5 EL CUMPLIMIENTO DEL TRATAMIENTO NUTRICIONAL POR PARTE DEL PACIENTE EN FUNCIÓN DE LOS SIGUIENTES PARÁMETROS (siendo 1 muy bueno y 5 muy malo)

	1	2	3	4	5
Tolerabilidad					
Sabor y textura					
Posología					
Duración del tratamiento					

8. DURACIÓN DEL TRATAMIENTO RECOMENDADO:

De 2 a 4 semanas

Más de 3 meses

De 1 a 3 meses

Indefinido

9. OTRAS RECOMENDACIONES Y TRATAMIENTOS CONCOMITANTES RECOMENDADOS AL PACIENTE:

Seguimiento a la medicación

Monitoreo regular por AP

Apoyo psicológico

Programas de ejercicios

Asesoramiento dietético

Rehabilitación

10. ¿CADA CUANTO REALIZA CONTROL DEL PACIENTE?

⋮

PERFIL DEL PACIENTE

A. INFORMACIÓN PERSONAL DEL PACIENTE CON DESNUTRICIÓN Y EXPERIENCIA:

1. INFORMACIÓN DEMOGRÁFICA

1.1 EDAD

..... (años)

1.2 GÉNERO

Femenino Masculino Otro

1.3 TIPO DE PACIENTE

- Paciente hospitalizado
- Paciente en institución geriátrica o residencia
- Paciente que vive en su domicilio
- Paciente en rehabilitación
- Paciente con enfermedad crónica
- Paciente posthospitalizado

B. TRAYECTORIA DIAGNÓSTICA DE LA DESNUTRICIÓN:

1. SÍNTOMAS INICIALES

1.1 ¿CUÁLES FUERON LOS PRIMEROS SÍNTOMAS O CAMBIOS EN LA SALUD QUE EL PACIENTE NOTÓ POR LA DESNUTRICIÓN? Puede marcar más de una opción.

Cambios en la composición corporal, pérdida de grasa y masa corporal no intencionados

Problemas gastrointestinales

Cambios en la piel y el cabello

Cicatrización retrasada de heridas

Falta de energía, fatiga y debilidad

Dificultad para concentrarse

Cambios en el estado anímico

Depresión y apatía

Mareos

Frío permanente

Otros síntomas. Especificar:

.....

1.2 ¿LOS PRIMEROS SÍNTOMAS COINCIDIERON CON LA TOMA DE ALGÚN FÁRMACO?

Si No

En el caso de respuesta **afirmativa**, especifique el fármaco, por favor:

.....

1.3. ¿LOS PRIMEROS SÍNTOMAS COINCIDIERON CON ALGÚN PROCESO QUE REQUIRIERA UN AUMENTO IMPORTANTE DE LA DEMANDA DE CALORÍAS?

Si No

En el caso de respuesta **afirmativa**, especifique por favor:

.....

2. PRIMERA CONSULTA MÉDICA

2.1 EN RELACIÓN CON ESTE PACIENTE, ¿FUE DERIVADO A SU CONSULTA DESDE OTRO MÉDICO O ESPECIALISTA?

Si No

En caso **afirmativo**, ¿podría indicar la especialidad del médico o especialista que realizó la derivación?

Médico de Atención Primaria	Farmacéutico
Nutricionista o dietista	Otro. Especificar:
Enfermería	.....
Endocrino	

3. EVALUACIONES Y PRUEBAS INICIALES

3.1 MARQUE LAS PRUEBAS REALIZADAS SEGÚN CORRESPONDA (previas si el paciente llega a su consulta con ellas, repetidas por usted o pruebas adicionales realizadas a las pruebas previas)

	Previas	Repetidas	Añadidas
Composición corporal mediante el estudio de medidas antropométricas (peso y altura, envergadura del codo o la muñeca, perímetro del brazo y pliegues cutáneos)			
Situación del metabolismo mediante el estudio de parámetros analíticos (análisis de sangre, orina o heces)			
Historia clínica (recogida de datos de identidad, antecedentes personales y familiares y tratamientos farmacológicos)			
Exploración clínica (examen de piel, pelo, dientes, lengua, encías, labios y ojos)			
Informe/cuestionario psicossocial sobre educación y hábitos (como estilo de vida, situación económica, ambiente cultural y factores étnicos)			
Informe/cuestionario específico sobre sus hábitos alimentarios o historia dietética			
Ecografías del músculo Bioimpedanciometría (análisis de la cantidad aproximada de músculo, hueso, agua y grasa a través de una balanza especial que conduce un tipo de corriente eléctrica débil que atraviesa todo el cuerpo)			
Cuestionarios o escalas de evaluación nutricional (a partir de las respuestas dadas se obtienen a unas puntuaciones que clasifican a los pacientes según el grado de desnutrición)			
Comprobación de acumulación de líquido en las extremidades o el abdomen			

3.2 ¿SE OBSERVARON RESULTADOS PREOCUPANTES O INUSUALES EN LAS PRUEBAS REALIZADAS?

	Sí	No
Pruebas iniciales		
Pruebas repetidas		
Pruebas añadidas		

3.3 ¿FUE DIAGNOSTICADO DE DESNUTRICIÓN?

Si No

En caso **afirmativo**, indique por favor qué especialista diagnóstico la desnutrición:

3.4 ¿CUÁNTO TIEMPO HA TRANSCURRIDO DESDE LA PRIMERA VISITA EN SU CONSULTA?



3.6 ¿CÓMO SE REALIZÓ LA EVALUACIÓN NUTRICIONAL QUE CONDUJO AL DIAGNÓSTICO DEFINITIVO DE DESNUTRICIÓN? Puede marcar más de una opción

Con medidas antropométricas (p.e. peso, altura. Relación peso-altura, composición de la grasa y músculo corporal)

Con medidas bioquímicas a partir de un análisis de sangre

Con ecografías del músculo

Con bioimpedanciometría (análisis de la cantidad aproximada de músculo, hueso, agua y grasa a través de una balanza especial que conduce un tipo de corriente eléctrica débil que atraviesa todo el cuerpo)

Con cuestionarios o escalas de evaluación nutricional (a partir de las respuestas dadas se obtienen unas puntuaciones que clasifican a los pacientes según el grado de desnutrición)

Comprobación de acumulación de líquido en las extremidades o el abdomen

Otras pruebas. Especificar

4. TIEMPO TRANSCURRIDO

4.1 ¿CUÁNTO TIEMPO TRANSCURRIÓ DESDE QUE EL PACIENTE EXPERIMENTÓ LOS PRIMEROS SÍNTOMAS HASTA QUE SE LE DIAGNOSTICÓ DEFINITIVAMENTE LA DESNUTRICIÓN?



4.2 INDIQUE SI ESTIMA ADECUADO EL TIEMPO TRANSCURRIDO DESDE LOS PRIMEROS SÍNTOMAS HASTA EL DIAGNOSTICO

Si No En caso **negativo**, justifique la respuesta:

4.3 ¿HA CONSIDERADO DERIVAR EL PACIENTE A OTRO ESPECIALISTA?

Si No En caso **afirmativo**, indicar cual:



4.4 ¿REALIZARÁ USTED EL SEGUIMIENTO DEL TRATAMIENTO NUTRICIONAL DEL PACIENTE?

Si No En caso **negativo**, indicar que especialista lo realizará:

C. ASPECTOS RELACIONADOS CON EL TRATAMIENTO NUTRICIONAL

1. PRODUCTO RECOMENDADO:

- FontActiv 2.0 - 125 ml FontActiv MAX 300 ml
 FontActiv 2.0 - 200 ml FontActiv HPHC 200 ml

2. MOTIVO DE LA RECOMENDACIÓN:

Puede marcar más de una opción

- Desnutrición proteica
- Desnutrición calórica
- Desnutrición proteico-calórica
- Situaciones de requerimientos proteicos y calóricos elevados
- Dificultad para terminar la dieta oral prescrita y para mejorar el cumplimiento
- Restricción hídrica
- Alteraciones mecánicas de la deglución
- Anorexia y pérdida de peso
- Fragilidad
- Caquexia o sarcopenia
- Enfermedad oncológica
- Enfermedades neurológicas
- Paciente geriátrico
- Enfermedades crónicas como: EPOC o cardiopatía
- Paciente quemado
- Pre y poscirugía (soporte nutricional durante convalecencia)
- Otra. Especificar:

3. PAUTA DIARIA. MOMENTO DE LA RECOMENDACIÓN:

- Tras los primeros síntomas
 - Tras no respuesta a tratamiento o suplemento previo
 - Tras el diagnóstico de desnutrición
 - Como adyuvante a otro tipo de tratamiento (especificar en la línea inferior)
-

4. ¿ES LA PRIMERA VEZ QUE EL PACIENTE UTILIZA UN DIETA COMPLETA DE ESTE TIPO?

- Si No En caso **negativo**,
tratamiento previo:

5. ADHERENCIA AL TRATAMIENTO

Valore del 1 al 5 la adherencia del paciente al tratamiento, siendo 1 muy buena y 5 muy mala

1	2	3	4	5

6. GRADO DE SATISFACCIÓN CON EL TRATAMIENTO POR PARTE DEL ESPECIALISTA

Valore del 1 al 5 su satisfacción con el tratamiento, siendo 1 muy buena y 5 muy mala

1	2	3	4	5

7. VALORE DEL 1 AL 5 EL CUMPLIMIENTO DEL TRATAMIENTO NUTRICIONAL POR PARTE DEL PACIENTE EN FUNCIÓN DE LOS SIGUIENTES PARÁMETROS (siendo 1 muy bueno y 5 muy malo)

	1	2	3	4	5
Tolerabilidad					
Sabor y textura					
Posología					
Duración del tratamiento					

8. DURACIÓN DEL TRATAMIENTO RECOMENDADO:

De 2 a 4 semanas

Más de 3 meses

De 1 a 3 meses

Indefinido

9. OTRAS RECOMENDACIONES Y TRATAMIENTOS CONCOMITANTES RECOMENDADOS AL PACIENTE:

Seguimiento a la medicación

Monitoreo regular por AP

Apoyo psicológico

Programas de ejercicios

Asesoramiento dietético

Rehabilitación

10. ¿CADA CUANTO REALIZA CONTROL DEL PACIENTE?

⋮

PERFIL DEL PACIENTE

A. INFORMACIÓN PERSONAL DEL PACIENTE CON DESNUTRICIÓN Y EXPERIENCIA:

1. INFORMACIÓN DEMOGRÁFICA

1.1 EDAD

..... (años)

1.2 GÉNERO

Femenino Masculino Otro

1.3 TIPO DE PACIENTE

- Paciente hospitalizado
- Paciente en institución geriátrica o residencia
- Paciente que vive en su domicilio
- Paciente en rehabilitación
- Paciente con enfermedad crónica
- Paciente posthospitalizado

B. TRAYECTORIA DIAGNÓSTICA DE LA DESNUTRICIÓN:

1. SÍNTOMAS INICIALES

1.1 ¿CUÁLES FUERON LOS PRIMEROS SÍNTOMAS O CAMBIOS EN LA SALUD QUE EL PACIENTE NOTÓ POR LA DESNUTRICIÓN? Puede marcar más de una opción.

Cambios en la composición corporal, pérdida de grasa y masa corporal no intencionados

Problemas gastrointestinales

Cambios en la piel y el cabello

Cicatrización retrasada de heridas

Falta de energía, fatiga y debilidad

Dificultad para concentrarse

Cambios en el estado anímico

Depresión y apatía

Mareos

Frío permanente

Otros síntomas. Especificar:

.....

1.2 ¿LOS PRIMEROS SÍNTOMAS COINCIDIERON CON LA TOMA DE ALGÚN FÁRMACO?

Si No

En el caso de respuesta **afirmativa**, especifique el fármaco, por favor:

.....

1.3. ¿LOS PRIMEROS SÍNTOMAS COINCIDIERON CON ALGÚN PROCESO QUE REQUIRIERA UN AUMENTO IMPORTANTE DE LA DEMANDA DE CALORÍAS?

Si No

En el caso de respuesta **afirmativa**, especifique por favor:

.....

2. PRIMERA CONSULTA MÉDICA

2.1 EN RELACIÓN CON ESTE PACIENTE, ¿FUE DERIVADO A SU CONSULTA DESDE OTRO MÉDICO O ESPECIALISTA?

Si No

En caso **afirmativo**, ¿podría indicar la especialidad del médico o especialista que realizó la derivación?

Médico de Atención Primaria	Farmacéutico
Nutricionista o dietista	Otro. Especificar:
Enfermería	.....
Endocrino	

3. EVALUACIONES Y PRUEBAS INICIALES

3.1 MARQUE LAS PRUEBAS REALIZADAS SEGÚN CORRESPONDA (previas si el paciente llega a su consulta con ellas, repetidas por usted o pruebas adicionales realizadas a las pruebas previas)

	Previas	Repetidas	Añadidas
Composición corporal mediante el estudio de medidas antropométricas (peso y altura, envergadura del codo o la muñeca, perímetro del brazo y pliegues cutáneos)			
Situación del metabolismo mediante el estudio de parámetros analíticos (análisis de sangre, orina o heces)			
Historia clínica (recogida de datos de identidad, antecedentes personales y familiares y tratamientos farmacológicos)			
Exploración clínica (examen de piel, pelo, dientes, lengua, encías, labios y ojos)			
Informe/cuestionario psicossocial sobre educación y hábitos (como estilo de vida, situación económica, ambiente cultural y factores étnicos)			
Informe/cuestionario específico sobre sus hábitos alimentarios o historia dietética			
Ecografías del músculo Bioimpedanciometría (análisis de la cantidad aproximada de músculo, hueso, agua y grasa a través de una balanza especial que conduce un tipo de corriente eléctrica débil que atraviesa todo el cuerpo)			
Cuestionarios o escalas de evaluación nutricional (a partir de las respuestas dadas se obtienen a unas puntuaciones que clasifican a los pacientes según el grado de desnutrición)			
Comprobación de acumulación de líquido en las extremidades o el abdomen			

3.2 ¿SE OBSERVARON RESULTADOS PREOCUPANTES O INUSUALES EN LAS PRUEBAS REALIZADAS?

	Sí	No
Pruebas iniciales		
Pruebas repetidas		
Pruebas añadidas		

3.3 ¿FUE DIAGNOSTICADO DE DESNUTRICIÓN?

Si No

En caso **afirmativo**, indique por favor qué especialista diagnóstico la desnutrición:

3.4 ¿CUÁNTO TIEMPO HA TRANSCURRIDO DESDE LA PRIMERA VISITA EN SU CONSULTA?



3.6 ¿CÓMO SE REALIZÓ LA EVALUACIÓN NUTRICIONAL QUE CONDUJO AL DIAGNÓSTICO DEFINITIVO DE DESNUTRICIÓN? Puede marcar más de una opción

Con medidas antropométricas (p.e. peso, altura. Relación peso-altura, composición de la grasa y músculo corporal)

Con medidas bioquímicas a partir de un análisis de sangre

Con ecografías del músculo

Con bioimpedanciometría (análisis de la cantidad aproximada de músculo, hueso, agua y grasa a través de una balanza especial que conduce un tipo de corriente eléctrica débil que atraviesa todo el cuerpo)

Con cuestionarios o escalas de evaluación nutricional (a partir de las respuestas dadas se obtienen unas puntuaciones que clasifican a los pacientes según el grado de desnutrición)

Comprobación de acumulación de líquido en las extremidades o el abdomen

Otras pruebas. Especificar

4. TIEMPO TRANSCURRIDO

4.1 ¿CUÁNTO TIEMPO TRANSCURRIÓ DESDE QUE EL PACIENTE EXPERIMENTÓ LOS PRIMEROS SÍNTOMAS HASTA QUE SE LE DIAGNOSTICÓ DEFINITIVAMENTE LA DESNUTRICIÓN?



4.2 INDIQUE SI ESTIMA ADECUADO EL TIEMPO TRANSCURRIDO DESDE LOS PRIMEROS SÍNTOMAS HASTA EL DIAGNOSTICO

Si No

En caso **negativo**, justifique la respuesta:

4.3 ¿HA CONSIDERADO DERIVAR EL PACIENTE A OTRO ESPECIALISTA?

Si No

En caso **afirmativo**, indicar cual:



4.4 ¿REALIZARÁ USTED EL SEGUIMIENTO DEL TRATAMIENTO NUTRICIONAL DEL PACIENTE?

Si No

En caso **negativo**, indicar que especialista lo realizará:

7. VALORE DEL 1 AL 5 EL CUMPLIMIENTO DEL TRATAMIENTO NUTRICIONAL POR PARTE DEL PACIENTE EN FUNCIÓN DE LOS SIGUIENTES PARÁMETROS (siendo 1 muy bueno y 5 muy malo)

	1	2	3	4	5
Tolerabilidad					
Sabor y textura					
Posología					
Duración del tratamiento					

8. DURACIÓN DEL TRATAMIENTO RECOMENDADO:

De 2 a 4 semanas

Más de 3 meses

De 1 a 3 meses

Indefinido

9. OTRAS RECOMENDACIONES Y TRATAMIENTOS CONCOMITANTES RECOMENDADOS AL PACIENTE:

Seguimiento a la medicación

Monitoreo regular por AP

Apoyo psicológico

Programas de ejercicios

Asesoramiento dietético

Rehabilitación

10. ¿CADA CUANTO REALIZA CONTROL DEL PACIENTE?

⋮



FontActiv[®]



www.fontactiv.es

ordesawebprofesionales@ordesalab.com

Material dirigido a profesional de la salud