

Envejecimiento y Desnutrición: Un reto para la sostenibilidad del SNS. Conclusiones del IX Foro de Debate Abbott-SENPE

García de Lorenzo A, Álvarez J, de Man F.

Dirección para correspondencia:
Abelardo García de Lorenzo y Mateos
agdl@telefonica.net

Agradecimientos:

SENPE agradece a Abbott Nutrición su colaboración y firme apoyo en la realización de los foros de debate.

Resumen

La desnutrición es un problema común en todos los niveles de atención sanitaria, desde atención primaria a especializada y en centros de atención geriátrica. Su incidencia en los hospitales es del 40% y en las residencias de mayores supera el 60%. Esto último es de gran importancia, tienen una alta relación con el progresivo envejecimiento de la población europea, y es la mayor y más frecuente causa de discapacidad en la población anciana que vive en su domicilio o en instituciones.

Países como Holanda, Dinamarca o el Reino Unido han desarrollado Planes Estratégicos Integrales para luchar contra la desnutrición desarrollando e implantando guías, estableciendo cribados obligatorios en los ingresos y altas hospitalarias, en las residencias en ancianos, etc. En nuestro país, en una acción conjunta de SENPE y la Fundación Abbott, estamos desarrollando un Plan Estratégico Integral (Proyecto +nutridos) en el que establecemos recomendaciones claras, precisas y validadas para efectuar cribaje nutricional tanto en pacientes hospitalizados, como en los institucionalizados y en los mayores ambulatorios.

En este tema deben de ser tenidos en cuenta los aspectos sociales y financieros. La desnutrición es con mucha frecuencia deficientemente reconocida y tratada. Ello tiene un impacto negativo sobre los pacientes individuales en términos de morbilidad, mortalidad, independencia y calidad de vida, y sobre los sistemas de cuidado sanitario en términos de uso de recursos y costes.

Palabras Clave:

Desnutrición, mayores, cribaje, hospital, residencias, ambulatorio

Introducción

Según la European Nutrition Health Alliance (ENHA) en Europa hay 20 millones de personas que sufren desnutrición. Este es un problema universal, como ya reconoció el Consejo de Europa en su resolución ResAP(2003)3 sobre alimentación y cuidados nutricionales en los hospitales.

La malnutrición es una enfermedad *per se* que resulta de una nutrición inadecuada, y varía de la obesidad a la desnutrición. Mientras que la obesidad está recibiendo una importante atención por parte de los profesionales sanitarios, medios y entornos políticos, la desnutrición es frecuentemente pasada por alto. Sin embargo, frecuentemente complica la evolución clínica en diferentes situaciones de enfermedades agudas y crónicas (ex: trauma, cáncer, ictus, infecciones...) que afectan a múltiples órganos (ex: tracto gastrointestinal, riñón, pulmón...) en niños, adultos y mayores. La desnutrición puede condicionar también efectos secundarios en los tratamientos establecidos, incluyendo la cirugía, quimioterapia y radioterapia.

La desnutrición aumenta las cifras de morbilidad, mortalidad, ingresos hospitalarios y duración de la estancia. Estas cifras más elevadas suponen lógicamente un aumento del uso de recursos sanitarios.

Esta desnutrición relacionada con la enfermedad se produce entre otras cosas por déficit de nutrientes, por ingesta inadecuada, por aumento de las pérdidas o por aumento de los requerimientos de nutrientes.

Prevalencia y consecuencias de la desnutrición:

- Afecta al 60 % de las personas ingresadas en instituciones/residencias y al 40 % de los pacientes hospitalizados y alrededor del 5 % de la población general
- Es un problema de salud pública y de coste económico prevenible. Se estima en un gasto de aproximadamente 171×10^9 € por año (www.european-nutrition.org)
- Es frecuente, no reconocida ni tratada, pero puede ser prevenida/limitada
- Afecta a la recuperación de la enfermedad e incrementa la morbi-mortalidad

La desnutrición es un problema común en todos los niveles de atención sanitaria, desde atención primaria a especializada y en centros de atención geriátrica. Su incidencia en los hospitales es del 40% y en las residencias de mayores supera el 60%.

De gran importancia, y con una alta relación con el progresivo envejecimiento de la población europea, es el hecho de que la desnutrición es la mayor y más frecuente causa de discapacidad en la población anciana que vive en su domicilio o en instituciones. También en este tema deben de ser tenidos en cuenta los aspectos sociales y financieros. La desnutrición es con mucha frecuencia deficientemente reconocida y tratada. Ello tiene un impacto negativo sobre los pacientes individuales en términos de morbilidad, mortalidad, independencia y calidad de vida, y sobre los sistemas de cuidado sanitario en términos de uso de recursos y costes.

En el específico caso de los mayores de nuestro país, la prevalencia de desnutrición relacionada con la enfermedad varía mucho según el nivel asistencial: 2% en ancianos sanos en residencia pública, 5-8% de los ancianos en domicilio, 50% de los ancianos enfermos institucionalizados, hasta 44% de ancianos ingresados en hospital por patología médica y hasta 65% de los ancianos ingresados por patología quirúrgica.

- Uno de cada cuatro pacientes hospitalizados padecen desnutrición. Principalmente son pacientes mayores, con patologías neoplásicas, respiratorias o cardiovasculares.
- Según el Informe de Morbilidad Hospitalaria presentado por el INE, los mayores de 65 años representan un 39,2% de los ingresos hospitalarios: 1.874.492 pacientes.
- Según el Estudio PREDYCES la prevalencia de desnutrición en ancianos hospitalizados a partir de 70 años es del 37% con lo que habría aproximadamente 693.562 pacientes ancianos afectados.
- Se compromete el retraso en la recuperación, las estancias son más prolongadas e incrementa el coste (hasta un 50%), aumenta la tasa de reingresos prematuros, facilita una mayor susceptibilidad a la infección y contribuye a aumentar la morbi-mortalidad.
- Sólo en hospitales la estancia media de un paciente anciano desnutrido es de 11 días con un coste medio de 4.682 € por estancia, lo que supone un total de 3.247.257.284 €.
- Un porcentaje destacado de pacientes se desnutren durante su estancia hospitalaria y este subgrupo representa los costes más elevados.
- Hay unos 113.000 ancianos desnutridos en residencias (7.500.000 ancianos en España, un 3% de ellos institucionalizados y con una prevalencia de desnutrición del 50%).

Planes Estratégico Integrales en la Lucha contra la Desnutrición

Países como Holanda, Dinamarca o el Reino Unido han desarrollado **Planes Estratégicos Integrales** para luchar contra la desnutrición desarrollando e implantando guías, estableciendo cribados obligatorios en los ingresos y altas hospitalarias, en las residencias en ancianos, etc. En nuestro país, en una acción conjunta de SENPE y la Fundación Abbott estamos desarrollando un **Plan Estratégico Integral (Proyecto +nutridos)** que contempla los siguientes puntos:

1. Proporcionar, a los equipos sanitarios, la **Formación** en nutrición necesaria para detectar pacientes en riesgo de desnutrición y establecer las medidas pertinentes para su resolución.
2. Implementar los métodos de **Evaluación** de la desnutrición relacionada con la enfermedad haciendo obligatorio, en todos los centros sanitarios, el desarrollo de una herramienta de cribado nutricional, que conlleve un procedimiento estandarizado complementario de valoración nutricional y de su tratamiento.
3. Desarrollar protocolos de **Tratamiento** Nutricional en centros de Atención Primaria, Hospitales y Residencias de ancianos definiendo grados de intervención (alimentación natural y artificial), así como interrelación y coordinación entre los distintos niveles asistenciales.
4. Estandarizar un plan de **Monitorización** de los cuidados y tratamientos nutricionales imprescindible en la evolución del paciente desnutrido.
5. Realizar un **Registro** de los diagnósticos de los pacientes con desnutrición relacionada con la enfermedad, así como de las intervenciones realizadas para revertirla, en todos los centros asistenciales (atención primaria, hospitales y residencias) que permita su correcta codificación.
6. Sistematizar un procedimiento de **Evaluación de Resultados** en salud, considerando la calidad y los costes de las medidas establecidas.

A la hora de desarrollar el punto 2 (evaluación) ofrecemos tres diferentes enfoques:

1.- Al ser la SENPE parte activa de ESPEN hacemos nuestras las recomendaciones de la **European Nutrition for Health Alliance (ENHA)** sobre Valoración del Riesgo Nutricional en Europa que indican que:

- Se debe estimular a los estados miembros de la Unión Europea (UE) para que incluyan valoraciones nutricionales y de riesgo nutricional rutinarias y sistemáticas así como un seguimiento de los cuidados nutricionales en los servicios públicos de salud, cuidados sanitarios y programas sociales
- Las valoraciones rutinarias y sistemáticas de estado nutricional y de riesgo nutricional deben incluirse en todos los programas relevantes de salud pública de la UE, en el manejo UE de enfermedades crónicas así como en los Programas de la Unión (Joint Programmes)
- Todas las sociedades profesionales de salud pública, cuidados sanitarios y cuidados sociales tanto de la UE como a nivel nacional deben mantener y participar activamente en la implementación y monitorización de las siguientes recomendaciones

1.1- Identificación de pacientes en riesgo (cribado), valoración nutricional y cuidados nutricionales rutinarios y sistemáticos

En consecuencia, el cribado, la valoración nutricional y los cuidados nutricionales deben implementarse y desarrollarse en todos los hospitales, residencias/instituciones y en la comunidad (hogar, atención primaria, cuidados domiciliarios y sociales) en los pacientes desnutridos o con riesgo individual de desnutrición porque:

- Existen documentos con evidencia científica que demuestran que un adecuado cuidado nutricional condiciona reducción en la infecciones, más rápida recuperación, reducción en la duración de la hospitalización y disminución de los costes sanitarios y de cuidados sociales
- Los derechos humanos incluyen: "Toda persona tiene el derecho a un estándar de vida adecuado para su salud ... incluyendo la alimentación ..."
- Es necesario mejorar el aporte de alimentos en los hospitales e instituciones sanitarias e incluir personas entrenadas en identificar las desviaciones alimentarios de los pacientes y clientes posibilitando estrategias nutricionales que cubran necesidades específicas.

- Algunos hospitales e instituciones tiene sistemas de calidad o acreditación que incluyen estándares que identifican a los pacientes desnutridos o con riesgo de malnutrición; los que no disponen de ellos deben adoptar e implementar esos estándares

1.2- 4 Pasos Críticos

ENHA y sus organizaciones colaboradores recomiendan 4 pasos críticos para implementar un proceso estructurado de cuidado nutricional en los hospitales, instituciones y comunidad:

1. Cribado rutinario para identificar a los individuos con riesgo de malnutrición que se pueden beneficiar de un apropiado cuidado nutricional
2. En los que se objetiva desnutrición o situación de riesgo se debe de establecer un plan de cuidado nutricional, que incluya al paciente y a sus cuidadores, y que contemple:
 - Entorno económico y social
 - Requerimientos nutricionales estimados
 - Sistema de alimentación que pueda asegurar una ingesta adecuada
 - Un plan para monitorizar el efecto de la intervención
3. Monitorización seguida de un ajuste del plan si este se demuestra inefectivo o inadecuado
4. Finalmente, el proceso de cuidado nutricional debe de ser implementado de forma que pueda ser adecuadamente monitorizado, en un contexto de calidad y acreditación

Una terapia efectiva se inicia con la valoración. Por ello, el cribaje es el necesario punto de inicio para asegurar que todos los individuos que pueden beneficiarse del soporte nutricional son fácilmente identificados y que todos los que no pueden beneficiarse no son innecesariamente tratados. Formación y entrenamiento de los profesionales de la salud y de los cuidadores sociales son puntos clave para buena implementación de un cribaje de estado y riesgo nutricional.

1.3- Herramientas de Cribado

Toda herramienta de cribado nutricional requiere una validación formal y basada en la evidencia. La herramienta ideal de cribaje debe incluir 3 elementos sobre el estado nutricional: Índice de Masa Corporal (IMC) actual, pérdida de peso reciente y, conocimiento sobre la ingesta alimenticia reciente. En los pacientes hospitalizados se debe también tener en cuenta los aumentos o los alterados requerimientos secundarios a enfermedad. Tres son las herramientas de cribado científicamente validadas en adultos:

- El Nutritional Risk Screening 2002 (**NRS 2002**) que incluye los 3 elementos del estado nutricional y el aumento de los requerimientos
- El Malnutrition Universal Screening Tool (**MUST**) que incluye los 3 elementos del estado nutricional
- El Mini Nutritional Assessment (**MNA**) que está validado en los mayores (edad +65 años) y que incluye los 3 elementos del estado nutricional junto con unas pocas preguntas específicamente relacionadas con la edad

Estas tres herramientas de cribado tienen un amplio uso en Europa, están basadas en la evidencia científica y han sido validadas en diferentes situaciones clínicas.

2.- Por otra parte, nos interesa asimismo el enfoque dirigido no solo a herramientas de común aplicación (epígrafe anterior) si no a **herramientas de cribado específicas para diferentes áreas asistenciales**:

- **Hospital**
- **Residencias de mayores**
- **Mayores (+ 65 años) ambulatorios**

En esta línea hacemos nuestra la propuesta de la **NESPEN** sobre las tres herramientas del **Short Nutritional Assesment Questionnaire (SNAQ)**.

3.- Es importante destacar que algunos centros hospitalarios de nuestro país han desarrollado al menos tres diferentes **Filtros Automatizados de Alerta Nutricional**. Estos filtros han sido validados en diferentes pacientes agudos hospitalizados y están basados en marcadores bioquímicos (albúmina, recuento total de linfocitos, colesterol total ...) que son capturados por los sistemas informáticos y, tras ser procesados con diferentes ecuaciones, generan una alerta y hasta llegan a establecer (en algunos casos) una recomendación.

- Tienen la ventaja que pueden monitorizar al paciente no solo al ingreso si no también durante la evolución hospitalaria, quedando registrados en las bases de datos de los servicios de bioquímica y permitiendo auditorías para evaluar resultados.
- Son eficientes, objetivos y fiables y no generan mayor gasto hospitalario al emplear parámetros de rutina.
- Finalmente, se considera que podrían ser aplicables a otras colectividades como residencias, centros de convalecencia...

El cuidado nutricional precoz reduce costes

Hoy sabemos que los pacientes desnutridos tienen un consumo mayor de recursos porque tienen el doble de necesidades que los no desnutridos. Por ejemplo duplican el número de frecuentaciones a la consulta de su médico de cabecera, a la enfermera, al propio hospital, tanto al servicio de urgencias como a los servicios clínicos. etc., recientemente se ha dimensionado este consumo cuantificando un incremento del coste del 34% cuando se refiere a las consultas del médico de cabecera o las admisiones hospitalarias o a las prescripciones farmacológicas.

La intervención nutricional ha demostrado ser eficaz. Son muchas las evidencias en la literatura científica que muestran los beneficios en salud que suponen una adecuada nutrición de los pacientes hospitalizados. Los estudios de coste efectividad que se vienen publicando desde hace 20 años muestran que los equipos de soporte nutricional son coste- efectivos. La repleción nutricional ha demostrado reducir el número de complicaciones (metabólicas, infecciosas, dehiscencias de suturas, etc), el riesgo de úlceras por presión, cargas de enfermedad, tasas de reingresos hospitalarios, mejora de la calidad de vida y reducción de muertes.

Los meta-análisis demuestran que el uso de suplementos calórico-proteicos condicionan beneficios en salud de los pacientes desnutridos o en riesgo y ahorros medios cifrados entre 1.686 euros/paciente o 700 libras por paciente basado en coste cama/día y unos 200 libras más por costes de las complicaciones, respectivamente. Una muestra más de que tratar adecuadamente la desnutrición es invertir en salud y permite ahorrar costes.

Hace ya 15 años, se publicó en el Health Finacial Mangement los resultados de la atención nutricional de 2.337 pacientes ingresados en 19 hospitales americanos y con una estancia media de 7 días. En su evaluación clasificaron la atención nutricional de los pacientes en Baja calidad nutricional (intervención nutricional tardía o no intervención, infrecuente presencia de servicio de nutrición clínica, uno o combinación de varios factores); Calidad Media Nutricional (precoz intervención nutricional o frecuentes servicios de cuidados alimentario, uno u otro pero no ambos) y Alta calidad nutricional (intervención precoz, aumento de aportes, suplementación, NA si necesario, monitorización). Los resultados mostraron que el 65,1% de los pacientes presentaban un cuidado de baja calidad y éstos tenían peor estancia hospitalaria que estaba aumentada en más de dos días. El análisis de costes evidenció que el coste ahorrado, si se hubiese aplicado una alta calidad de cuidado nutricional a pacientes con uno o más factores de riesgo, restando el coste adicional de la propia intervención nutricional, ascendía a 1.778,143 \$.

En esta línea, Holanda ha demostrado que la inversión de 75 euros en la realización de un cribado nutricional que identifique los pacientes en riesgo, con una herramienta sencilla, reduce la estancia hospitalaria en 1 día, reduciendo claramente el coste.

Recientemente, el Instituto Nacional para Salud y Excelencia Clínica (NICE) ha publicado una lista de ahorros de costes para apoyar al SNS del Reino Unido, y extensible a los estados que puedan compartir esta reflexión, en la toma de decisiones con determinadas medidas terapéuticas en situaciones de incertidumbre financiera.

El documento del NICE analiza que si se mejorara la atención nutricional de los pacientes (cribado universal, evaluación y tratamiento) y se aplicará se conseguiría tener pacientes mejor nutridos con una clara reducción de las complicaciones tales como infecciones respiratorias secundarias, úlceras por presión, abscesos de la herida y la insuficiencia cardíaca. Las estimaciones más conservadoras de la menor cantidad de ingresos y reducción de la permanencia de los pacientes ingresados, la reducción de la demanda de atención por el médico de cabecera y otras consultas externas indican un importante ahorro que podría ascender -28.472 por 100000 libras.

Estas son algunas de las posibles razones que nos permiten emitir un mensaje claro, "INVERTIR EN EL CUIDADO NUTRICIONAL PRECOZ ES INVERTIR EN LA SALUD DE LOS CIUDADANOS Y PERMITE AHORRAR COSTES".

Colaboradores:

ALMENDRAL A, ALONSO DE CASTROM^oV, ALONSO FERNANDEZ P,
APEZETXEA A, ARRIBAS L, ASBAUGH ROSANA, BAÑARES A, BATANERO R,
BOTELLA F, BOU E, BRAÑAS F, BRAVO P, BURGOS R, CABRERIZO L, CALVO
MV, CAMARERO E, CAMPOS C, CÁNCER E, CANOVAS B, CASO JR, CASTAÑO
A, CELAYA S, CERVERA M, CHAMORRO J, CHAPARRO C, CHAZIN V, CUERDA
C, CUESTA F, CULEBRAS JM, DEL OLMO D, DEL RÍO JM, ESPINOSA E,
FERNANDEZ JC, FRÍAS L, GARCIA DE SAN JOSE S, GARCÍA LUNA PP, GARCIA-
MANZANARES A, GIL P, GONZALEZ B, GRANADO M, HARO MR, HERNANDEZ E,
IRLES JÁ, JOVELL A, JULIAN JC, LEON M, LÓPEZ RUBIO S, MARCO P, MARIA M,
MARTIN T, MARTIN A, MARTÍN M, MARTINEZ A, MATEO R, MINGO M, MOLINA
JB, MONTEJO JC, MUÑOZ JT, NAVARRO C, OLMEDILLA B, PEIRO I, PEREZ DE
LA CRUZ A, PÉREZ-PORTABELLA C, PEREZ-SANTAMARINA R, PIBERNAT A,
PIÑEIRO G, PLANAS M, RABAT JM, RAMOS P, RAMOS R, REBOLLO I, REY G,
RODRIGUEZFJ, RODRIGUEZ JM, ROMERO H, SÁNCHEZ C, SANCHEZ NEBRA J,
SILVA JJ, SOLANO E, TOLEDO A, TORRES R, ULIBARRY JI, URGELES JR,
VAZQUEZ B, VIDAL A, VINUESA M, VIRGILI N, VITALES MT, WANDEN BERGHE
C, ZALDUA I