

SANIDAD COMER MAL CUESTA MUY CARO



Es una de esas enfermedades que creemos que no va nunca con nosotros o que se da en circunstancias especiales. Sin embargo, la desnutrición relacionada con la enfermedad (DRE) la tenemos a nuestro alrededor y cuesta una fortuna a la Sanidad

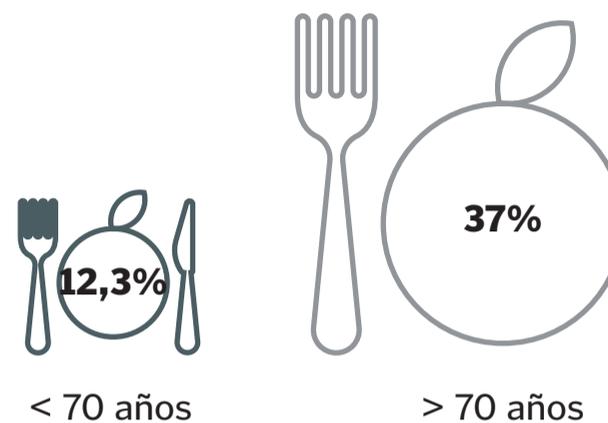
Texto: **Picos Laguna**

Es, posiblemente, una enfermedad de las más desconocidas, pero, también, de las de mayor impacto, porque la desnutrición relacionada con la enfermedad (DRE) en el paciente hospitalizado es el resultado de

la compleja interacción entre enfermedad, alimentación y nutrición que afecta, con más frecuencia, a las persona mayores de 70 años, que en Aragón suponen el 17,33% de su población. Cuando el estado nutricional es deficiente, se compromete el retraso en la recuperación, se prolonga la estancia hospitalaria, se incrementa la tasa de reingresos prematuros, se facilita una mayor susceptibilidad a la infección y se altera sensiblemente la independencia del individuo y su calidad de vida, contribuyendo a aumentar la morbimortalidad (muerte causada por enfermedades) y elevando los costes sanitarios. Francisco Losfablos, médico del servicio de Endocrinología y Nutrición del Hospital Miguel Servet de Zaragoza, precisa que «es una enfermedad de la sociedad moderna porque cada vez la gente se hace más mayor y cada vez hay más enfermedades crónicas debilitantes y ancianos con problemas neurológicos tipo demencia, y son propensos a tender a la desnutrición». «Cada enfermedad tiene sus problemas. Históricamente, los desnutridos eran los operados porque perdían más por la intervención, pero ahora están más relacionados con enfermedades que desgastan mucho, como el cáncer o que dificultan alimentarse como la demencia». La afección en hospitales es de 1 de cada 3 o 4 enfermos, en las residencias 1 de cada 4 o 5 y 1 de cada 3 de los que ingresan en el hospital y viven en sus casas. Se estima que afecta al 2% de la población en Aragón, de los que el 15% tiene alguna enfermedad neurológica y un 8% con enfermedades crónicas. «Los ancianos que necesitan ayuda, vivir en residencias e ingresan en hospitales por las causas que sean son los grupos premio de desnutrición, y los pacientes que tienen enfermedades neurológicas. Y, también, por el mero hecho de envejecer, porque las personas mayores pierden el sentido del gusto y se vuelven más golosos y como los niños más caprichosos o perezosos con la comida; o tienen dificultades para masticar o tragar y buscan lo más fácil. Además, muchos tienen dificultades para comprar porque su economía es menos solvente, y suele pasar que lo más sano es lo más caro».

«En 1981, ya decía el médico escandinavo Arvid Wretling que “la malnutrición en los pueblos es signo de pobreza. La desnutrición en el hospital, es signo de ignorancia”. Lo primero lo vemos en los informativos cada día, lo segundo no deberíamos verlo en los hospitales, ni en las residencias, ni en los domicilios, a estas alturas del siglo XXI. Es una ignorancia vergonzosa», asegura Marilourdes de Torres, delegada por el Consejo General de Enfermería en la junta directiva de la Alianza Más Nutridos, que trata de coordinar sus recursos para hacer realidad el proyecto. La Alianza, de ámbito nacional, fue creada con la colaboración y la sinergia de la Sociedad Española de Nutrición Parenteral y Enteral (Senpe) con la Sociedad Española de Endocrinología y Nutrición (SEEN) y ha sido recogida y reimpulsada desde el Gobierno de Aragón. De Torres indica además que en Aragón se está trabajando la implementación del seguimiento y atención de la

Prevalencia de la desnutrición en personas mayores y menores de 70 años



Riesgos de la desnutrición hospitalaria en las personas mayores



Aumenta la tasa de **REINGRESOS PREMATUROS**

Facilita una mayor **SUSCEPTIBILIDAD A LA INFECCIÓN**

Contribuye a aumentar **LA MORBIMORTALIDAD**

DRE en los pacientes en riesgo y en concreto el paciente crónico complejo. La desnutrición relacionada con la enfermedad presenta una alteración de la composición corporal producida por un déficit de nutrientes que tanto puede darse en la enfermedad aguda como en la crónica, «incluso vamos más allá porque la DRE puede llegar a ser un patología en sí misma, porque conlleva aumento de los requerimientos nutricionales; disminución de la ingesta; aumento de las pérdidas (por heridas, vómitos, diarrea, sangrados, quemaduras...)», puntualiza De Torres.

AUMENTOS. En España, la incidencia de desnutrición de los pacientes hospitalizados se ha estimado entre el 30 y el 50%, y al igual que en otros países aumenta a medida que se prolonga la estancia hospitalaria. Según el estudio Predyces (Prevalencia de la Desnutrición Hospitalaria y Costes Asociados en España), el 23,7% de los pacientes hospitalizados están en ries-

años



Total

aria

Repercusiones clínicas y económicas de la DRE*



Los pacientes desnutridos representan un 35% más de gasto al SNS que los no desnutridos durante su estancia hospitalaria

Uno de cada 4 pacientes está desnutrido o en riesgo de desnutrición al ingresar en un hospital



18%

de los pacientes ingresados desarrolla desnutrición durante su estancia hospitalaria



La desnutrición alarga 2,5 días la estancia hospitalaria e incrementa los costes sanitarios

*DRE: Desnutrición relacionada con la enfermedad

NOURISH*



Uno de cada 21 pacientes mayores hospitalizados con desnutrición podría salvar su vida con un tratamiento nutricional adecuado



Es uno de los estudios en nutrición clínica pioneros a nivel mundial



La tasa de mortalidad a los 90 días del alta en pacientes mayores desnutridos con enfermedad cardiaca o pulmonar se redujo en un 50% en aquellos que tomaron el suplemento nutricional



La suplementación nutricional especializada supuso solo el 1,26% del coste total del tratamiento del paciente

*Efectos de la nutrición en reingresos hospitalarios no planificados y en la supervivencia de los pacientes hospitalizados

La enfermera

La enfermera es una pieza fundamental en el Abordaje de la DRE, en la implementación del cribado nutricional para poder determinar a los pacientes en riesgo de desnutrición, ya que afecta a todos los estamentos de la atención sanitaria (Primaria, Especializada y Sociosanitaria) y tiene una prevalencia muy elevada. Se deben formar a las enfermeras en cómo debe hacerse el primer control de pacientes ingresados. «Existen protocolos de acción para hacer un cribado nutricional, con unas pocas preguntas directas y sencillas, más unas medidas antropométricas para conocer el rango de riesgo o de desnutrición propiamente dicha, y, son los resultados los que nos dicen si ya no se admite vigilancia o si hay que pasar a la acción. Entonces se avisa a la Unidad de Nutrición y dietética», indica Marilourdes de Torres. «Las enfermeras aplican los protocolos, que pueden ir desde la fortificación de la dieta oral que se elabora en cocina (aumentando las proteínas y/o las calorías); suministrando un suplemento nutricional oral; e incluso implantando una nutrición por sonda».

El caso holandés

Holanda puso en marcha hace cinco años una estrategia de lucha para reducir gradualmente la prevalencia de la ratio en todos los niveles asistenciales. Este programa sirve de inspiración a Más Nutridos para su desarrollo en España. Se creó un grupo nacional multidisciplinario que contó con médicos, catedráticos, investigadores y representantes de importantes áreas relacionadas con la nutrición (Espen). Pusieron al día los datos de prevalencia para concienciar sobre la situación y se desarrolló una herramienta de cribado rápida y sencilla que no requiere formación, ni equipamiento o cálculo alguno (SNAQ). Lleva menos de 5 minutos aplicarla y sus resultados están conectados a un plan de tratamiento. Se repartieron más de 100.000 unidades, disponible en internet en 6 idiomas. Se crearon equipos multidisciplinarios en todas las instituciones, compuestos por un dietista, una enfermera y un médico para cada área, y se dieron programas de formación y talleres sobre como comenzar la implementación del cribado, su tratamiento.

HERALDO

go de desnutrición, que aumenta hasta el 37% cuando se refiere a las personas mayores de 70 años, afectando fundamentalmente a pacientes con enfermedades neoplásicas (cánceres, tumores...), un 35%, del sistema cardiocirculatorio (29%) y respiratorias (28%). «En este estudio se pudo observar que el coste económico de sus días en el hospital se multiplicaba por dos en los pacientes desnutridos (12.237 euros frente a 6.408), calculado a partir del coste por estancia, especificado según servicio al alta», explica De Torres. De ahí que según el coste medio generalizado se estime que por cada 1 euro invertido en el tratamiento de la persona con DRE, la sociedad ahorra entre 1,9 y 4,2 euros/paciente/día, «lo que demuestra que el tratamiento de la DRE es coste-efectivo».

El estudio Predyces realizado en 31 hospitales de toda España tuvo como objetivos analizar la prevalencia de la DRE hospitalaria tanto al ingreso como al alta, y estimar sus costes asociados. De Torres, también supervisora de la Unidad

de Dietética y Nutrición del Miguel Servet, indica que «los datos eran entonces tozudos, y lo siguen siendo en España. Porque 1 de cada 4 pacientes hospitalizados padecen desnutrición. Sin desnutrición la estancia de ingreso al alta, media de 8 días; con desnutrición es de 15,2 días», indica. El doctor Losfablos, miembro de la Alianza Más Nutridos del grupo de trabajo en Aragón, explica que la detección de los grupos de riesgo debería hacerse en los centros de atención primaria, en los hospitales y en las residencias, «y las enfermeras deben ser los profesionales que hagan el cribado, porque son ellas las que tienen el primer contacto con el enfermo y quienes mejor detectan qué les pasa. Les hacen el control nutricional y en caso de ser positivo, lo derivan para que sea valorado por el médico. Pero su figura es importante porque es la que más contacto directo tiene con los enfermos». «Hay que ratificar a la enfermera -pide De Torres- como una voz autorizada en la lucha contra la DRE. Porque ve

las necesidades de salud del paciente yendo un poco más allá del diagnóstico médico, incidiendo en el sentido holístico de ese ser humano. La enfermera se convierte en el otro actor principal del abordaje de la DRE, al lograr cuidados de alta calidad, eficaces, eficientes y efectivos».

UN CRITERIO UNÁNIME. Uno de los escollos es que no hay unanimidad en los criterios de los cribados porque su cumplimiento no está consensuada como obligatoria en todas las comunidades autónomas. Losfablos asegura que se está trabajando en crear un criterio unánime, «en el ambulatorio, en el hospital... y que todos hagan lo mismo, así se unificaría el diagnóstico porque según qué tipo de cribado se hace varían las cifras». «Entre finales de 2015 y principios de 2016 -explica Marilourdes de Torres-, representantes de Senpe, endocrinos de SEEN, una geriatra, un pediatra y yo como delegada del Consejo General de Enfermería, junto a técnicos de la subdirección de Salud Pú-

blica del Ministerio de Sanidad, elaboramos el Documento Marco para el Abordaje de la Lucha contra la Desnutrición Relacionada con la Enfermedad (DRE) en el Sistema Nacional de Salud (SNS), incluido dentro del Plan de implementación de la Estrategia para el Abordaje de la Cronicidad en el SNS». El objetivo general y principal era y es proporcionar un marco de referencia para garantizar la calidad y equidad de la atención a las personas con DRE y para la prevención de la misma en el SNS contribuyendo a la mejora de la calidad de vida de los pacientes y a la eficiencia en el uso de los recursos disponibles. Se establecen objetivos y recomendaciones orientados a promover la valoración de la DRE y mejorar su prevención y atención integral».

Pero a pesar de la magnitud del problema y del interés profesional, científico y social, «aún no existe un ordenamiento del cribado nutricional generalizado en todos niveles asistenciales para los pacientes».