

En Profundidad

La "invisible" desnutrición relacionada con la enfermedad

JOSÉ LUIS BAQUERO



Todos conocemos la importante repercusión de la nutrición en el estado de salud, pero sin embargo la Desnutrición Relacionada con la Enfermedad (DRE) en nuestras instituciones, es un problema mucho mayor de lo que podemos

suponer. Parece haber sido hasta ahora, un "problema invisible", pero ya existe una extensa evidencia, nacional e internacional, que le atribuye a la DRE peor calidad de vida (aumentando la fatiga, afectando al estado emocional, etcétera), mayor morbilidad, aumento de las complicaciones (infecciones, retraso en la cicatrización...), alarga la hospitalización (casi el doble que al resto), aumenta las consultas y la frecuencia de reingresos, además de la mortalidad y el coste (doble que un paciente sin DRE), reduciendo la efectividad de los recursos invertidos; generando un círculo vicioso: enfermedad → DRE → empeoramiento de la enfermedad → más severa DRE → ...

Según el estudio PREDyCES (Prevalencia de la Desnutrición y Costes Asociados en España)¹ con una muestra superior a los 1.500 pacientes hospitalizados, están en riesgo de DRE el 23 por ciento; siendo más elevado incluso, en pacientes mayores de 70 años (37 por ciento) y de 85 años (45 por ciento). También es superior a la media, entre los pacientes con enfermedades neoplásicas (35 por ciento), del sistema cardiocirculatorio (29 por ciento) y respiratorias (28 por ciento); e incluso los pacientes mayores de 70 años y los oncológicos, empeoraban duran-

te la estancia hospitalaria. De hecho, más del 50 por ciento de los pacientes hospitalizados no ingieren toda la comida que se les proporciona, y apenas se hace seguimiento reglado de ello.

Según el estudio DREAM+65 realizado en la Comunidad de Madrid con más de 1.100 ciudadanos mayores de 65 años², se observa que afecta a todos los niveles asistenciales, siendo el riesgo de DRE en Atención Primaria del 11 por ciento, del 5 por ciento en centros geriátricos, del 31 por ciento en pacientes con atención domiciliaria y hasta del 47 por ciento en hospitalizados.

El estudio promovido por la red SAR-quavita³ con más de 4.000 ingresos, demuestra que el riesgo de DRE al ingreso es del 49 por ciento, con una clara relación con la frecuencia de caídas.

En todo caso para combatir la DRE hacen falta muy pocos recursos extras, basado más bien en una mayor atención por parte de los profesionales sanitarios y la administración del centro; requiriendo seguir un plan de abordaje de la DRE en cada uno de ellos, que:

- Sensibilice y forme al personal sanitario. Además del médico responsable, tienen muy importante papel la enfermería y los auxiliares de enfermería, en la detección y seguimiento de la DRE.
- Cribado para detectar a los pacientes con riesgo de DRE, tanto en áreas médicas como quirúrgicas, mediante una simple intervención, como es pesar y medir la altura del paciente (determinando el Índice de Masa Corporal, IMC), averiguando si ha habido una pérdida de peso reciente y valorando la severidad de la enfermedad de base (método MUST, *Malnutrition Universal Screening Tool*). Otras herramientas igual-



mente válidas son el NRS (*Nutritional Risk Screening*) que contempla también la ingesta, el MNA (*Mini Nutritional Assessment*) que incluye además la movilidad y aspectos neuropsicológicos, o los filtros automatizados de alerta nutricional (como el CONUT®), basados en analíticas de rutina (albúmina, colesterol y recuento de linfocitos). Siendo muy importante reflejarlo en la historia clínica para su posterior seguimiento.

- Consecuentemente deberá adaptarse la dieta (personalización) en los pacientes detectados con riesgo de DRE (según la evidencia: 1 de cada 4). Hay pruebas piloto en nuestro país que consiguen revertir la situación desfavorable en más del 90 por ciento con solo actuar en los menús disponibles del centro. Por ejemplo, en alguien con DRE puede ser mejor mantener la sal de una dieta normal (que nunca es alta) y favorecer así su ingesta.
- Tratar la DRE con suplementación oral, enteral o parenteral, si no se ha podido corregir con la dieta. Apenas será el 2-3 por ciento de los pacientes hospitalizados (10 del 23 por ciento) y su coste queda sobradamente compensado con el ahorro que supone prevenir las complicaciones de la DRE.
- Finalmente, si la enfermedad permite dar el alta al paciente, a pesar de seguir con DRE, será importante mantener el adecuado control de su dieta e incluso mantener la suplementación si fuera preciso. Hoy en día, solo se mantiene su cobertura si se acompaña de concretas enfermedades y situaciones, lo que es del todo injusto e insuficiente si persiste la DRE. Por ejemplo, se cubre en pacientes desnutridos que van a ser sometidos a cirugía mayor programada o trasplantes, pero tras el mismo, si persiste la DRE, ¿es que dejaría de necesitar la suplementación?

Así pues, la DRE necesita fundamentalmente atención y detección precoz, sin suponer una inversión extra; cuando desde luego es un problema realmente importante por su repercusión y número de afectados, inaceptable en una sociedad democrática y desarrollada como la nuestra.

ASESOR CIENTÍFICO DE LA ASOCIACIÓN ESPAÑOLA DE TRASPLANTADOS Y VICEPRESIDENTE Y COORDINADOR CIENTÍFICO DEL FORO ESPAÑOL DE PACIENTES.

Bibliografía

- 1.- J. Álvarez-Hernández, M. Planas Vila, M. León-Sanz, A. García de Lorenzo, S. Celaya-Pérez, P. García-Lorda, K. Araujo, B. Sarto Guerri; on behalf of the PREDyCES® researchers. Prevalence and costs of malnutrition in hospitalized patients; the PREDyCES® Study. *Nutr Hosp.* 2012; 27(4):1049-1059.
- 2.- C. Cuerda, J. Álvarez, Primitivo Ramos, J.C. Abánades, A. García-de-Lorenzo, P. Gil and J.J. de-la-Cruz, on behalf of the researchers of the DREAM + 65 study. Prevalence of malnutrition in subjects over 65 years of age in the Community of Madrid. *The DREAM + 65 Study. Nutr Hosp* 2016; 33:263-269.
- 3.- R. Vaca Bermejo, I. Ancizu García, D. Moya Galera, M. de las Heras Rodríguez, J. Pascual Torramadé. Prevalencia de desnutrición en personas mayores institucionalizadas en España: un análisis multicéntrico nacional. *Nutr Hosp.* 2015; 31(3):1205-1216.