



Executive Summary Cuaderno n°0

Coste - Efectividad de la intervención nutricional



El Cuaderno 0 ha sido elaborado por clínicos expertos en Desnutrición Relacionada con la Enfermedad y revisado por una consultora especializada en economía de la salud, con el objetivo de agrupar en un único documento los estudios disponibles hasta la fecha de hoy relativos a la coste-eficacia y coste-utilidad de la intervención nutricional.

Aspectos generales del paciente desnutrido

▲ DRE

La desnutrición puede ser causa y consecuencia de la enfermedad y conduce a peores resultados en salud en todos los niveles asistenciales, centros sociosanitarios y en el SNS como se recuerda en un reciente documento de BAPEN (British Association for Parenteral and Enteral Nutrition).

▲ Riesgo nutricional

Tiene dos tipos de consecuencias:

- **Consecuencias clínicas graves** como pérdida de peso, deterioro de la funcionalidad y de la calidad de vida, aumento de complicaciones y de la mortalidad extendido tanto a sujetos ingresados en un hospital como residentes en centros geriátricos y en la comunidad.
- **Consecuencias económicas** para el sistema socio-sanitario con elevado consumo de recursos con un consecuente aumento de costes.

▲ Prevalencia de la DRE en España

- Estudio PREDyCES: Prevalencia de la Desnutrición hospitalaria y Costes asociados en España. Se evaluaron 1.597 pacientes de 31 hospitales representativos del SNS. La prevalencia de DRE según el NRS-2002® fue del 23,7% alcanzando valores del 37% en pacientes mayores de 70 años y de hasta un 45% en los mayores de 85 años.
- Comunidad de Madrid (2013) estudio DREAM +65 de evaluación de la desnutrición mediante la utilización del MNA en 1.103 individuos. Muestra una prevalencia de DRE en mayores de 65 años del 10% (10,9% en Atención Primaria (AP); 4,7% en Centros de Mayores (CM); 30,9% en Hospitales (H) y Residencias geriátricas (R)). Además un 23,3% de pacientes se encuentran en riesgo nutricional (AP 2,2 %; CM 0,4%; H 21,7%; R 15,6%).
- En el ámbito infantil, el estudio DHOSPE (2015), evalúa a 991 pacientes, con una edad media de 5 años (DE: 4,6 años), ingresados en servicios de pediatría de 32 hospitales utilizando como herramienta el cuestionario STAMP. Se encuentra desnutrición moderada o grave en el 7,8%.

Costes e impacto de la DRE

▲ Consecuencias funcionales para el Paciente

La desnutrición puede afectar a todos los órganos y sistemas y presentar consecuencias negativas físicas y psicosociales importantes.

▲ Consecuencias clínicas para el Profesional Sanitario

Las consecuencias clínicas de la DRE son muy variadas y se han demostrado en numerosos ámbitos clínicos.

Pronóstico del impacto de la DRE



Efectos físicos y psicosociales de la DRE

EFEECTO	CONSECUENCIA
Respuesta inmunitaria alterada	Capacidad mermada para combatir las infecciones.
Fuerza muscular disminuida y cansancio	Inactividad y reducción de las capacidades para trabajar, comprar, cocinar y llevar a cabo actividades de autocuidado. Una función muscular débil puede conllevar caídas y una función muscular respiratoria débil puede desembocar en que el paciente tenga poca fuerza para toser (lo que retrasa la expectoración y la recuperación de una infección torácica).
Inactividad	Para los pacientes que se encuentran convalecientes en cama, se favorece la aparición de úlceras de presión y trombos venosos que podrían romperse y derivar en una embolia.
Disregulación de la temperatura corporal	Hipotermia
Alteraciones de la cicatrización	Aumento de las complicaciones relacionadas con las heridas, por ejemplo, que aparezcan infecciones, que no se cierren las mismas o que las fracturas no se suelden.
Disregulación del metabolismo hidrosalino	Predisposición a la sobre hidratación o a la deshidratación.
Funciones psicosociales alteradas	Apatía, depresión, introversión, auto abandono, hipocondría, disminución de la libido y deterioro de las habilidades sociales.

▲ Consecuencias económicas para el Sistema Sanitario

La desnutrición está relacionada con un mayor uso de los recursos sanitarios derivados de la prolongación de la estancia hospitalaria, del incremento de las complicaciones y de los reingresos. Se estima que, en Europa, los costes directos relacionados con la desnutrición o el riesgo de la desnutrición ascienden a más de 170.000 millones de euros.

Reino Unido

- Un estudio estimando costes directos durante los seis primeros meses tras el diagnóstico de DRE en pacientes extrahospitalarios se relaciona con un incremento del coste de 1.000 libras por paciente (además de un incremento notable de la mortalidad del 13% vs 2%).
- Russell et al. estima los costes relacionados con la desnutrición en varios ámbitos asistenciales:
 - El 72% del coste estimado fue achacable a la desnutrición.
 - Los costes hospitalarios supusieron un 51% del coste total.
 - La mayor parte del coste derivó de la atención a personas mayores.
 - Los costes de la Nutrición Artificial supusieron solo el 2% del coste total.

España

PREDyCES asocia desnutrición hospitalaria con un alargamiento de la estancia y un incremento de los costes asociados, especialmente en pacientes que no presentan desnutrición al ingreso pero se desnutrieron durante la hospitalización. Por cada 1.000 pacientes ingresados en España, 96 presentarían un empeoramiento de su estado nutricional durante la hospitalización, lo que supone un coste adicional asociado de 559.584€.

		Desnutrición al alta	Buen estado nutricional al alta
Desnutrición al ingreso	%	71,8%	28,2%
	Estancia media (días)	11,8	11,1
	Coste (€ 2009)	8.196€	8.351€
Buen estado nutricional al ingreso	%	9,6%	90,4%
	Estancia media (días)	15,2	8
	Coste (€ 2009)	12.237€	6.408€

La DRE condiciona la complejidad de los pacientes atendidos en un centro hospitalario y por ende el aumento del consumo de recursos resultando imprescindible su registro para una buena gestión clínica.

En 2009 los costes directos de la desnutrición hospitalaria se estimaron en, al menos, 1.143 millones anuales, un 1,8% del total del gasto sanitario del Sistema Nacional de Salud.

PACIENTE	PROFESIONAL SANITARIO
<ul style="list-style-type: none"> • Mejora en el peso de 2,2kg • Mejora del 2,2% del peso en ancianos • Aumento de fuerza muscular • Mejora en capacidad ventilatoria y actividad de la vida diaria en pacientes con EPOC y ancianos • Mejora en funcionalidad y movilidad en pacientes tras ictus • Mejora del 6% en calidad de vida en ancianos frágiles institucionalizados a las 6 semanas y en el 5% a las 12 • La mortalidad a los 90 días significativamente menor en grupo con SON (Suplementos Orales Nutricionales) que grupo que no lo recibió (4,8% vs 9,7%) 	<ul style="list-style-type: none"> • Mortalidad a los 90 días menor y reducción • 24% reducción mortalidad en pacientes hospitalizados • Reducción del 56% de las complicaciones en pacientes hospitalizados • Ancianos con fractura de cadera reducen complicaciones a largo plazo • Reducción del riesgo de úlceras por presión
PROVEEDOR DE SERVICIOS	
<ul style="list-style-type: none"> • Reducción del 16,5% en número hospitalizaciones • Reducción del 21% de la duración de la estancia hospitalaria y del 6,7% de los reingresos • Ahorro medio del 12,2% por reducción estancia hospitalaria • En el ámbito comunitario ahorros de entre 5 y 9,2% dependiendo de la duración uso de los SON (menos de 3 meses o más de 3 meses) • 21,6% de reducción del coste hospitalización (4.734\$) • Soporte precoz en paciente crítico supone ahorro de 14.462\$ por paciente • En pacientes desnutridos frágiles, la intervención nutricional redujo la estancia hospitalaria. El coste incremental para reducir en 1 día la estancia fue de 76€ • En paciente intervenidos quirúrgicamente, uso de SON conlleva ahorros medios de entre 253 y 897€ por paciente. Y en pacientes hospitalizados ahorros medios de entre 418 y 2.692€ por paciente. 	

La DRE implica un aumento del gasto sanitario, tanto en pacientes ambulatorios como hospitalarios

El manejo de la DRE mediante la nutrición enteral o suplementación nutricional es una medida eficiente que puede ayudar a disminuir el coste total del proceso clínico