

Suplementos nutricionales orales para hacer frente a la desnutrición



FOLLETO DE RESUMEN





Los trastornos de la nutrición, fundamentalmente la desnutrición —que suele estar asociada con enfermedades—, constituye un problema generalizado que afecta cada año a la vida de millones de personas en toda Europa. La desnutrición tiene efectos perjudiciales tanto sobre las personas como sobre la sociedad en general. Estas carencias alimenticias suponen, además, un incremento del uso de los recursos sanitarios. Sólo en Europa, los costes asociados con la desnutrición pueden ascender hasta la importante cifra de 170.000 millones de euros.

Si bien estos trastornos se suelen identificar fundamentalmente en el entorno institucional, sobre todo entre los pacientes de hospitales y geriátricos, la mayoría de las personas con desnutrición o en riesgo de padecer desnutrición viven en el ámbito extrahospitalario. En todos estos entornos, la problemática que supone la desnutrición suele pasarse por alto, no detectarse y no recibir tratamiento nutricional. En Europa, con el progresivo envejecimiento de la población, las intervenciones para prevenir, identificar y tratar los trastornos alimentarios son esenciales.

El dossier “Suplementos nutricionales orales para hacer frente a la desnutrición” expone una gran variedad de evidencias e investigaciones independientes, y contiene una recopilación de los últimos datos relacionados con esta problemática, incluyendo importantes puntos de vista y hechos relacionados con las causas, la prevalencia y las consecuencias de la desnutrición.

Dicho dossier insiste en la necesidad de llevar a cabo cribados periódicos para la detección de la desnutrición y verifica la importancia de intervenir en materia nutricional, concretamente mediante suplementos nutricionales orales (SNO), dado que constituyen un método efectivo desde el punto de vista clínico que, además, supone un posible ahorro para los sistemas sanitarios.

El presente folleto de resumen ofrece una recopilación accesible, práctica y condensada de la investigación que se presenta en el dossier completo. Este folleto también destaca aspectos clave y datos relacionadas con las implicaciones de la desnutrición, además de mostrar ejemplos sobre buenas prácticas y declaraciones de expertos independientes en esta materia.

Medical Nutrition International Industry (Industria Internacional Médica para la Nutrición o MNI, por sus siglas en inglés) pretende concienciar sobre la desnutrición y espera que usted se una a esta lucha.

Dra Meike Engfer y Dra Ceri Green
En nombre de MNI

Si desea acceder al dossier sobre “Suplementos nutricionales orales para hacer frente a la desnutrición”, utilice el código QR que aparece a continuación o visite www.medicalnutritionindustry.com



LA MEDICAL NUTRITION INTERNATIONAL INDUSTRY (MNI)



Medical Nutrition International Industry (Industria Internacional Médica para la Nutrición o MNI por sus siglas en inglés) es la asociación internacional de empresas que proporcionan productos y servicios destinados al tratamiento y a la recuperación de los pacientes mediante el uso adecuado de asistencia nutricional especializada, incluida la nutrición enteral y parenteral. MNI está compuesta por importantes compañías internacionales dedicadas al desarrollo, la fabricación y la comercialización de nutrición médica y de servicios: Abbott, Baxter, B. Braun, Fresenius Kabi, Nestlé Health Science y Nutricia.

MNI apoya la investigación destinada a explorar el potencial de la nutrición médica para la mejora de la salud de los pacientes y promueve que la investigación de la nutrición clínica se traduzca en una práctica estandarizada mediante la divulgación y la puesta en marcha de buenas prácticas y de directrices clínicas.

MNI, además, está comprometida con la lucha contra la desnutrición que está relacionada con otras enfermedades y apoya efectuar

cribados nutricionales con herramientas validadas en todos los entornos que sean pertinentes, seguidos de una asistencia nutricional adecuada para aquellos pacientes a los que se identifique como personas en riesgo nutricional.

MNI es muy consciente de las presiones a las que se enfrentan las organizaciones sanitarias y del hecho de que la asistencia nutricional no se ha considerado siempre como parte integral del tratamiento de los pacientes. Por ello, esta organización pretende asegurarse de que existe una base de evidencias sólidas en relación con las causas, la prevalencia y las consecuencias de la desnutrición y poner dicha información a disposición de los responsables de la toma de decisiones y de los médicos. Los suplementos nutricionales orales (SNO) son uno de los elementos que conforman el abanico de estrategias de apoyo nutricional que se pueden utilizar para abordar los trastornos nutricionales, para mejorar la evolución de los pacientes y para reducir los considerables costes económicos que están vinculados con la desnutrición.

Si desea más información, póngase en contacto con esta organización a través de secretariat@medicalnutritionindustry.com o visite el sitio web www.medicalnutritionindustry.com

PRÓLOGO	2
MNI	3
LA PROBLEMÁTICA DE LA DESNUTRICIÓN	4
• La desnutrición como preocupación sanitaria	4
• La prevalencia de la desnutrición	5
• Las causas de la desnutrición	6
• Las consecuencias de la desnutrición	7
• Los costes de la desnutrición	8
LA SOLUCIÓN	9
• La atención nutricional como objetivo terapéutico	9
• Estudio de casos	10
• Los beneficios clínicos de los SNO	11
• Los beneficios económicos de los SNO	12
• Los SNO como parte de una buena atención nutricional	13
RECOMENDACIONES	14
AGRADECIMIENTOS	15
BIBLIOGRAFÍA	16





La desnutrición como preocupación sanitaria

«Malnutrición» o «trastorno nutricional» es un término que abarca tanto la sobrenutrición (obesidad y sobrepeso) como la desnutrición. No obstante, en el presente folleto, el término «desnutrición» (también conocida como desnutrición relacionada con enfermedades) se utiliza para abordar las carencias nutricionales y el riesgo de desnutrición. La desnutrición constituye un problema generalizado en Europa y se calcula que hay 33 millones de personas en riesgo de padecer este problema.¹

La desnutrición tiene su origen en una escasa ingesta de alimentos, en la que la discapacidad y la enfermedad se encuentran en el núcleo del problema.² A pesar de la disponibilidad de herramientas fiables de cribado, este trastorno sigue sin detectarse y sin tratarse en los hospitales, centros geriátricos o entre las personas que viven en su domicilio. A menudo menos del 50 % de los pacientes identificados como personas desnutridas reciben intervención nutricional.^{3,4} La oportunidad de efectuar una identificación precoz y tratar adecuadamente la desnutrición o el riesgo de desnutrición supone, por lo tanto, una necesidad con la que abordar el impacto que tiene en los pacientes.

Los trastornos nutricionales se suelen observar en la mayoría de los casos asociados a enfermedades. Además, este problema puede afectar a todos los grupos de edades, desde adultos de edad avanzada hasta niños de corta edad. El riesgo en los ancianos es considerable, dado que las per-

sonas mayores de 65 años tienen un 30 % más de posibilidades de desnutrición.⁵ Este problema es generalizado en los hospitales y residencias de mayores.

La desnutrición además, conlleva consecuencias tanto clínicas como económicas, tanto para la persona como para la sociedad en su conjunto. De hecho, los pacientes hospitalizados con desnutrición suelen presentar unos índices de complicaciones considerablemente más altos y el riesgo de padecer una infección es tres veces mayor que en los pacientes bien alimentados.^{6,7}

Asimismo, la desnutrición tienen un efecto particularmente perjudicial sobre las personas que viven en su domicilio, dado que afecta negativamente a las actividades que llevan a cabo, a su movilidad y su independencia. Los pacientes ambulatorios con desnutrición acuden al médico de cabecera con más frecuencia y, además, el índice de hospitalizaciones de estos pacientes es también más alto que el de los pacientes bien nutridos.⁸

Según las cifras obtenidas en el Reino Unido, se calcula que los costes asociados con la desnutrición en Europa ascienden a 170.000 millones de euros al año, más del doble del importe que se gasta en obesidad.^{1,9} Cada vez hay más pruebas que demuestran el valor de una intervención nutricional adecuada a la hora de reducir las consecuencias adversas para la salud.¹⁰

La prevalencia de la desnutrición

El problema de la desnutrición no es nuevo. La desnutrición está generalizada en todos los entornos sanitarios. Sin embargo, debido a la ausencia de cribados rutinarios para detectar los riesgos de desnutrición de los pacientes, a menudo se pierde la oportunidad de intervenir y prevenir este problema de manera precoz.

La desnutrición es frecuente en varios ámbitos, pacientes y grupos de edad diversos:

- Los estudios a gran escala demuestran que alrededor de 1 de cada 4 pacientes adultos hospitalizados se encuentra en riesgo de desnutrición o ya están desnutridos^{5,11-13}
- Más de 1 de cada 3 personas de centros geriátricos se encuentran en riesgo de desnutrición o ya están desnutridas¹⁴⁻¹⁷

- 1 de cada 3 personas de edad avanzada que viven solas están en riesgo de desnutrición¹⁴
- Casi 1 de cada 5 niños ingresados en centros hospitalarios holandeses padecen desnutrición aguda o crónica¹⁸

La desnutrición es frecuente en una gran variedad de servicios y ámbitos hospitalarios y se extiende fundamentalmente en las áreas de geriatría y oncología (fig. 1). A pesar de la alta prevalencia del riesgo de desnutrición en las instituciones sanitarias, la mayor proporción de pacientes en riesgo de desnutrición se encuentra en el ámbito extrahospitalario; se calcula que el 93 % de las personas desnutridas o en riesgo de desnutrición están fuera del hospital.²³

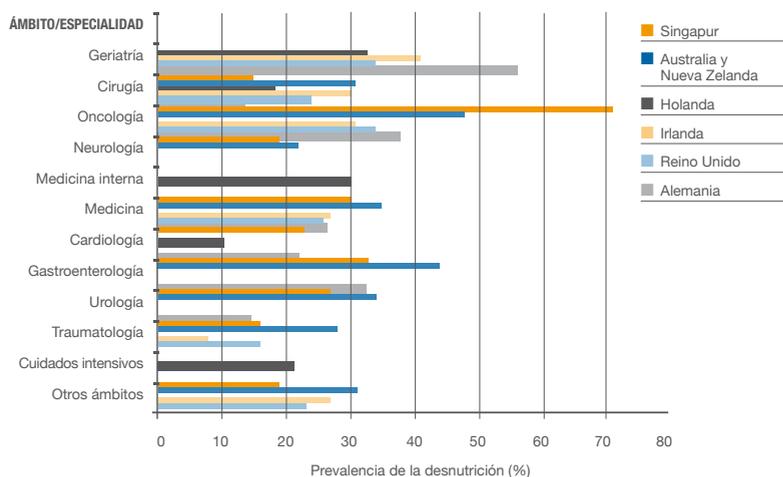


Figura 1 Prevalencia de la desnutrición y riesgo de desnutrición según el servicio hospitalario/especialidad primaria de ingreso^{5,19-22}

QUÉ DICEN LOS EXPERTOS

La Dra. Ailsa Brotherton del Departamento de Sanidad del Reino Unido (QIPP), y secretaria Honorífica del Equipo Ejecutivo de la Asociación Británica de Nutrición Parenteral y Enteral (BAPEN):

«Necesitamos mejorar la atención nutricional que reciben los pacientes. Para ello hay que identificar la desnutrición de manera precoz y asegurarse de que los pacientes de todos los ámbitos sanitarios, reciben un cribado nutricional, sobre todo aquellos que son vulnerables. Si se observa que los pacientes se encuentran en riesgo de desnutrición, hay que establecer, además, un plan de atención personalizado y monitorizar la situación de forma adecuada.»

ASPECTOS PRINCIPALES

- Incluso en los casos en los que se detecta un problema de desnutrición, no siempre se trata
- La desnutrición es un problema de salud pública generalizado en Europa, donde se calcula que 33 millones de personas se encuentran en riesgo de desnutrición
- La desnutrición afecta a todos los grupos poblacionales, en el entorno extrahospitalario es mas frecuente en los ancianos
- La desnutrición causa discapacidad, pérdida de la independencia y se asocia con una mayor utilización de los servicios sanitarios

Las causas de la desnutrición

La desnutrición se debe principalmente a la ingesta insuficiente de alimentos, siendo las enfermedades y sus tratamientos factores subyacentes de la disminución de la ingesta de alimentos.^{2,24}

Los motivos por los que una persona puede reducir su ingesta de alimentos son diversos, como el poco apetito, los problemas para tragar y los efectos secundarios de los fármacos.² Estos motivos afectan fundamentalmente a los pacientes con cáncer, quienes experimentan alteraciones en el sabor de los alimentos o náuseas debido al tratamiento que reciben. Lo mismo ocurre a las personas que padecen trastornos neurológicos que no pueden tragar o alimentarse por sí mismos. Más del 50 % de los pacientes hospitalizados no ingieren toda la comida que se les proporciona; por su parte, el 30 % de los ancianos que viven en residencias comen menos de la mitad del almuerzo,^{25,26} lo que significa que no satisfacen sus necesidades nutricionales.

Pero, además de la ingesta insuficiente de alimentos, la desnutrición se debe a muchos otros factores (fig 2). La falta de una descripción clara con respecto a las responsabilidades de las autoridades sanitarias, las instituciones y los profesionales sanitarios, así como una formación insuficiente y escasez de equipamientos para el cribado nutricional, agravan el problema de la desnutrición. Así pues, es necesario un planteamiento o enfoque multidisciplinar con el que identificar y poner en marcha soluciones adecuadas y efectivas al respecto.



Figura 2 Factores que generan una ingesta insuficiente de energía y nutrientes en adultos como consecuencia de un problema de desnutrición relacionado con enfermedades (adaptada a partir de Stratton et al. 2003)²

*La necesidad de algunos nutrientes puede verse incrementada debido a una mala absorción, a la alteración del metabolismo y a la pérdida excesiva de nutrientes

ASPECTOS PRINCIPALES

- Ciertas enfermedades y sus tratamientos, que dan lugar a una disminución de la ingesta de alimentos, son las principales causas de la desnutrición
- Los pacientes que padecen cáncer y los pacientes con trastornos neurológicos son especialmente vulnerables
- Para abordar el problema de la desnutrición del modo más efectivo, es necesario un enfoque multidisciplinar que implique a los profesionales sanitarios, las instituciones y las autoridades sanitarias.

Las consecuencias de la desnutrición

La desnutrición puede afectar negativamente a todos los órganos del cuerpo y puede generar consecuencias físicas y psicosociales de importancia tales como trastornos de la respuesta inmunitaria, dificultad para la cicatrización de las heridas, reducción de la fuerza muscular y fatiga, inactividad, apatía, depresión y autoabandono.²³ En los ancianos sobre todo aquellos que viven fuera del ámbito hospitalario, se pueden ver afectadas gravemente sus actividades diarias, movilidad e independencia. En general, la desnutrición empeora la calidad de vida.²

Las consecuencias clínicas de la desnutrición son variadas (fig. 3).²⁷ Los pacientes hospitalizados que padecen desnutrición presentan

mayores índices de complicaciones que los pacientes bien nutridos (30,6 % frente al 11,3 %)²⁸. Asimismo, los índices de mortalidad son considerablemente más altos (mayores del 24 %) entre los pacientes hospitalizados que se encuentran «en riesgo de desnutrición» frente a aquellos que no presentan riesgo de desnutrición.²⁸

A su vez, la desnutrición puede suponer consecuencias negativas para los presupuestos sanitarios nacionales dado que se produce un aumento del uso de los recursos sanitarios tales como el incremento de la duración del período de hospitalización y el incremento de las rehospitalizaciones. La duración del período de hospitalización puede incrementarse, una media, de 30 % en el caso de los pacientes con desnutrición.²⁸



Figura 3 Pronóstico del impacto de la desnutrición (adaptada a partir de Norman et al. 2008)²⁷

QUÉ DICEN LOS EXPERTOS

El profesor Alessandro Laviano es profesor asociado de Medicina interna en el Departamento de Medicina Clínica de la Universidad Sapienza de Roma (Italia) y presidente del Comité Educativo y de Práctica Clínica de la Sociedad Europea de Nutrición Clínica y Metabolismo (ESPEN):

«La desnutrición no se observa como una prioridad en los pacientes, son sus patologías subyacentes las que toman prioridad. Debemos darnos cuenta de que, sin una nutrición adecuada la desnutrición dará lugar a mayores complicaciones y hará que los pacientes requieran un mayor período de recuperación. En todos los demás ámbitos de la vida, se hace hincapié en la pérdida de peso. Sin embargo, en este caso, nuestra intención consiste en que los pacientes mantengan o suban de peso. Este procedimiento no es siempre bien recibido.»

ASPECTOS PRINCIPALES

- El riesgo de sufrir complicaciones es 3 veces superior en los pacientes hospitalizados que padecen desnutrición
- La desnutrición puede prolongar el período de hospitalización de los pacientes
- La desnutrición se asocia con mayores índices de mortalidad en el caso de los pacientes hospitalarios «en riesgo de desnutrición»

Los costes de la desnutrición

Debido al hecho de que la desnutrición está relacionada con un mayor uso de los recursos sanitarios que se derivan de la prolongación de los períodos de hospitalización de los pacientes, del mayor índice de rehospitalizaciones y del incremento de las complicaciones que estos sufren, se calcula que los costes relacionados con la desnutrición o los riesgos de esta en Europa ascienden a 170.000 millones de euros.¹

ASPECTOS PRINCIPALES

- Se calcula que los costes relacionados con la desnutrición y con los riesgos de la desnutrición en Europa alcanzan los 170.000 millones de euros
- El gasto relacionado con el tratamiento de la desnutrición supone el 10 % del presupuesto anual para la asistencia socio sanitaria de Irlanda
- Se prevé que los costes relacionados con la desnutrición se incrementen durante los próximos años

	País	Población (aprox.)	Coste previsto relacionado con la desnutrición
	Reino Unido	60,8 millones	15.000 millones de euros: coste total de los problemas relacionados con la desnutrición en 2007 ³⁰
	Alemania	82,4 millones	9.000 millones de euros: que se incrementarán hasta alcanzar los 11.000 millones de euros en 2020 (costes relacionados con la desnutrición ³¹)
	Holanda	16,8 millones	1.900 millones de euros: coste total adicional en 2011 de la desnutrición relacionada con enfermedades, lo que supone el 2,1 % del gasto sanitario total de Holanda y el 4,9 % del coste total de los sectores sanitarios ³²
	Irlanda	4,1 millones	1.400 millones de euros: en 2007, el 10 % del presupuesto anual socio sanitario de Irlanda se gastó en el tratamiento de la desnutrición ³³
	Europa	738,2 millones	170.000 millones: el coste total estimado que supone la desnutrición relacionada con enfermedades en Europa ¹

Tabla 1 Ejemplos de los costes estimados de la desnutrición en toda Europa

La atención nutricional como objetivo terapéutico

El soporte nutricional es una parte necesaria del tratamiento de los pacientes. Esta atención comienza asegurándose que los pacientes tienen acceso a alimentos apetitosos y nutritivos que satisfagan sus necesidades nutricionales, culturales y religiosas. Una buena atención nutricional incluye el cribado nutricional con el que se identifican aquellos pacientes en riesgo de desnutrición, así como la planificación de cuidados que garanticen que los pacientes reciban una nutrición adecuada en los momentos oportunos.

El problema de la desnutrición no se puede afrontar de manera aislada. Se está trabajando para conseguir la colaboración de entidades y personas interesadas que ayuden a concienciar sobre la desnutrición y que ofrezcan un enfoque coordinado con el que abordar la problemática de la desnutrición en todos los ámbitos sanitarios.

En junio de 2009, con la colaboración de la Presidencia Europea de la República Checa, los representantes de los ministerios de sanidad de los Estados miembros de la UE y otros grupos de entidades interesadas se elaboró la «Declaración de Praga», bajo el eslogan « ¡Paremos la desnutrición asociada con enfermedades y las enfermedades provocadas por la desnutrición! ». Dicha declaración pedía la puesta en marcha de acciones con las que hacer frente a la desnutrición:

- Concienciación y educación públicas
- Desarrollo y puesta en marcha de directrices en esta materia
- Establecimiento de cribado nutricional obligatorio

- Investigación de la desnutrición
- Formación nutricional de los profesionales sanitarios
- Elaboración de planes nacionales de atención nutricional, así como su puesta en marcha y financiación en todos los ámbitos de la atención sanitaria
- Consideración de la desnutrición como tema clave para las siguientes Presidencias de la UE

En la declaración de Varsovia de octubre de 2011, redactada durante la Presidencia polaca de la Unión Europea, se reforzaron áreas importantes con las que afrontar el amplio abanico de efectos perjudiciales que la desnutrición puede suponer para los pacientes y los sistemas sanitarios:

- Puesta en marcha de cribado nutricional para la detección de riesgos nutricionales en toda Europa
- Campañas de concienciación pública
- Políticas de reembolso
- Educación de los profesionales sanitarios

En el caso de personas identificadas como pacientes desnutridos o en riesgo de desnutrición, se les deberá proporcionar soporte nutricional adecuado. Empezando con el asesoramiento en materia de nutrición y con el enriquecimiento de la alimentación convencional, la introducción de nutrición médica tales como los SNO en el programa de atención nutricional constituye una opción que ha demostrado ser efectiva a la hora de tratar a los pacientes más vulnerables.

QUÉ DICEN LOS EXPERTOS

El profesor Koen Joosten, pediatra intensivista en el hospital infantil holandés Erasmus MC - Sophia Children's Hospital y tesorero de la Sociedad Holandesa de Nutrición Parenteral y Enteral (NESPEN), comenta la importancia de adoptar un enfoque multidisciplinar en esta materia:

«La colaboración dentro del sistema hospitalario en su totalidad es de primordial importancia a la hora de promover un nuevo programa. La asignación de responsabilidades, la definición de objetivos, la concienciación y el establecimiento de buenas líneas de comunicación entre los médicos, el personal de enfermería, las altas instancias administrativas y los sistemas de información constituyen elementos esenciales para tener éxito a la hora de introducir nuevas formas de trabajo.»

ESTUDIO DE CASOS

.....

La desnutrición no debería representar una parte inevitable de la enfermedad y del envejecimiento. Es una responsabilidad de todos exigir que se reconozca la desnutrición mediante la implantación de cribado nutricional y mediante la toma de medidas que garanticen que se proporciona la atención nutricional adecuada en el momento oportuno.



Relatamos aquí el caso de Ana, un ejemplo de un plan de atención personalizado diseñado para ayudar en la recuperación de una paciente.

La historia de Ana

Ana es una anciana que vive sola. Su marido falleció hace dos años. Anteriormente, Ana era una persona muy sociable y asistía a numerosos eventos. Sin embargo, actualmente resulta raro encontrarla por la ciudad. No puede salir de casa y depende de las visitas ocasionales que le hacen sus familiares lejanos para ayudarla. Además de no gozar de buena salud, padece una enfermedad respiratoria.

Ana no puede ni ir a comprar comida ni cocinar para sí misma. Es posible que no sea consciente de la importancia que supone prepararse un plato nutritivo. Es posible que esté deprimida. Su enfermedad respiratoria puede hacer difícil respirar y comer.

El tratamiento nutricional de Ana

El equipo sanitario que atiende a Ana debería:

- Comprobar si se encuentra en riesgo de desnutrición mediante el uso de una herramienta validada para su detección
- Tratar su enfermedad respiratoria subyacente y depresión
- Disponer un plan de apoyo con el que ayudarla a ir a comprar y cocinar
- Proporcionarle suplementos nutricionales orales hasta que pueda comer lo suficiente para satisfacer sus necesidades nutricionales
- Monitorizar su evolución hasta asegurarse de que se consiguen los objetivos establecidos con el tratamiento nutricional.



QUÉ DICEN LOS EXPERTOS

El profesor Jean-Pierre Michel es catedrático honorífico de Medicina de la Universidad de Ginebra (Suiza) y Presidente de la Sociedad de Medicina Geriátrica de la Unión Europea (EUGMS):

«Cuando se prescriben SNO se pueden esperar múltiples beneficios clínicos en la evolución de los pacientes, incluyendo el aumento del peso corporal, el incremento de la fuerza muscular y movilidad, además de la mejora de la función respiratoria, lo que contribuye a facilitar las actividades cotidianas y a mejorar la calidad de vida.»

Los beneficios clínicos de los SNO

Los SNO constituyen, desde el punto de vista clínico, una solución efectiva a la hora de hacer frente a la desnutrición. Existen numerosas y sólidas pruebas que demuestran que los SNO representan un soporte nutricional adecuado, que se puede utilizar para combatir la desnutrición y que, además, mejora la evolución de aquellos pacientes que pueden ingerir alimentos pero que no consumen los suficientes para satisfacer sus necesidades nutricionales.

Los SNO ofrecen beneficios nutritivos, funcionales y clínicos demostrados tanto en entornos hospitalarios como extrahospitalarios para una

gran variedad de grupos de pacientes.

Algunos importantes hallazgos demuestran que, con los SNO, se obtienen notables beneficios para los pacientes:

- Reducción de la mortalidad de hasta un 24 % frente al tratamiento de referencia²
- Reducción de los índices de complicaciones en comparación con los tratamientos habituales^{2,34,35} (fig. 4)
- Los SNO facilitan el aumento de peso de los pacientes hospitalizados y de aquellos que han vuelto a casa, incluidos los ancianos³⁴

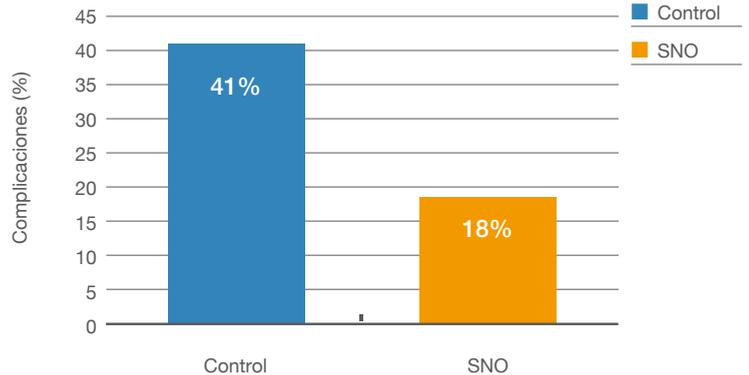


Figura 4 Reducción de los índices de complicaciones en pacientes hospitalizados a los que se administró suplementos frente a pacientes hospitalizados del grupo de control (adaptación a partir de Stratton et al. 2003)²

ASPECTOS PRINCIPALES

- Los SNO constituyen una solución eficaz y no invasiva con la que combatir la desnutrición
- Los SNO ayudan a aumentar el peso y a prevenir la pérdida de peso de los pacientes desnutridos o en riesgo de desnutrición
- El uso de los SNO está sistemáticamente relacionado con la reducción de los índices de mortalidad y de complicaciones en los pacientes desnutridos, en comparación con los tratamientos estandar

QUÉ DICEN LOS EXPERTOS

Profesor Jean-Pierre Michel:

«La utilización de SNO es importante porque puede reducir las complicaciones en pacientes y asegurar una recuperación más rápida que ayude a reducir el período de hospitalización, lo cual supone, a su vez, una reducción de los costes.»

Los beneficios económicos de los SNO

El ahorro potencial de los costes, a consecuencia de la reducción del uso de los recursos sanitarios, se ha demostrado, en aquellos pacientes a los que se les prescribio SNO, un ahorro que puede realizarse tanto en el ámbito hospitalario como en el ámbito extrahospitalario (tabla 2). Los modelos económicos utilizados por NICE (2006) demostraron que los SNO resultan coste-efectivos cuando forman parte de un programa de cribado nutricional.³⁴ Según NICE, los SNO constituyen «un tratamiento que ofrece una buena relación calidad-precio».

Además de mejorar el bienestar de los pacientes, la lucha contra la desnutrición mediante los SNO supone una oportunidad para los proveedores de servicios sanitarios

a la hora de controlar los gastos. Esta circunstancia tiene especial relevancia habida cuenta del envejecimiento de la población y de la alta prevalencia de enfermedades crónicas que afectan negativamente al estado nutricional de la población, lo cual, a su vez, contribuye al aumento del gasto. El control y el tratamiento de la desnutrición pueden contribuir a la solución de dicho problema. Si bien los costes pueden producirse en un ámbito y los efectos beneficios pueden medirse en otro ámbito distinto, la prevención y el tratamiento eficaces de la desnutrición supondrán un ahorro de los costes para el sistema sanitario en su conjunto. Por ejemplo, el uso de SNO con alto contenido proteico está relacionado con una reducción global de los reingresos en un 30 %.³⁹

País	Grupo de pacientes	Ahorro por paciente
AMBITO HOSPITALARIO		
Holanda ³⁶	Pacientes con cirugía abdominal	252 €
Reino Unido ²⁹	Resultados agrupados a partir de análisis de pacientes quirúrgicos, ancianos y pacientes con embolia	1002 € (849 £) (coste por día por cama) 352 € (298 £) (coste de las complicaciones)
AMBITO EXTRAHOSPITALARIO		
Francia ³⁷	Ancianos con desnutrición (>70 años de edad)	195 €
Alemania ³⁸	Pacientes aptos para el uso de SNO debido al riesgo de DRE*	234 €-257 €

* DRE: desnutrición relacionada con enfermedades

Tabla 2 Ejemplos de estudios que demuestran el ahorro de costes mediante el uso de SNO^{29,36-38}

ASPECTOS PRINCIPALES

- Se ha observado que la utilización de SNO en el Reino Unido ahorra 1000 euros por paciente en lo que se refiere a la duración de la hospitalización
- Los pacientes que viven en casa y toman SNO reciben menos visitas domiciliarias de atención sanitaria
- Reducción de los reingresos hospitalarios globales en un 30 % gracias a los SNO con alto contenido proteico



Los SNO como parte de una buena atención nutricional

Los SNO reciben cada vez un mayor reconocimiento como parte integral del tratamiento nutricional de pacientes con desnutrición en los hospitales y en entornos extrahospitalarios. Dicho reconocimiento está respaldado por sólidas evidencias, que demuestran que los SNO mejoran la ingesta de alimentos, los resultados clínicos, funcionales y económicos.

En muchos países, autoridades sanitarias, agencias gubernamentales, departamentos de salud, expertos clínicos y organizaciones de profesionales sanitarios han desarrollado guías para el tratamiento de la desnutrición. En muchos casos, dichas guías se han desarrollado con la colaboración y el trabajo conjunto de las partes interesadas.

Con el objetivo de mejorar los resultados, la guía de buenas prácticas de tratamiento nutricional en los ámbitos sanitarios deberían incorporar estrategias y actividades diseñadas para garantizar que cada paciente reciba la atención nutricional más adecuada, personalizada

y oportuna con la que optimizar la ingesta de nutrientes y el estado nutricional.

Existen muy buenos ejemplos que demuestran que la puesta en marcha de guías nutricionales puede tener un efecto positivo para los pacientes y para los sistemas de salud. No obstante, resulta difícil identificar ejemplos, bien porque siguen existiendo lagunas entre las directrices implantadas, porque aún no se han aplicado en su totalidad, o porque esas buenas prácticas no se han documentado ni compartido. Es obvio que debe abordarse un enfoque multidisciplinar coordinado que convierta las «guías académicas» en un enfoque práctico para los profesionales sanitarios.

Desde 2008, MNI otorga una beca anual para la mejor iniciativa nacional que presente evidencias de enfoques prácticos con los que combatir la desnutrición. Si desea más información sobre estos proyectos, visite www.medicalnutritionindustry.com.

QUÉ DICEN LOS EXPERTOS

Dra. Ailsa Brotherton:

«Disponemos de suficientes evidencias que demuestran que la nutrición tiene un impacto significativo en la atención del paciente y que mejora los resultados sanitarios, al tiempo que contribuye a ahorrar en recursos económicos.»

EJEMPLOS DE BUENAS PRÁCTICAS

- La puesta en marcha del cribado nutricional mediante la herramienta «MUST» mejoró la asistencia nutricional, mejoró el uso adecuado de los planes de atención sanitaria y redujo los períodos de hospitalización y sus costes⁴⁰
- El uso de asistentes dietistas para proporcionar un apoyo nutricional intensivo, incluyendo los SNO (según las recomendaciones de la directrices del Gobierno del

Parlamento de Gales) en mujeres de edad avanzada con fractura de cadera, incrementó de manera significativa el aporte energético y redujo la mortalidad, tanto durante la estancia en las salas de traumatología como durante el período de seguimiento posterior de 4 meses⁴¹

- La aplicación de un protocolo nutricional para pacientes con cáncer en un hospital

español atenuó la pérdida de peso en el 60 % de los pacientes y representó el aumento de peso en el 17 % de los pacientes⁴²

- La puesta en marcha de un programa de atención nutricional para ancianos en un hospital belga redujo de manera significativa el período de hospitalización de los pacientes⁴³

RECOMENDACIONES

En todos los aspectos de la lucha contra la desnutrición, desde la identificación del problema hasta la aplicación del mejor tratamiento nutricional a los pacientes de una forma coste-efectiva surgen varios temas:

- Debe haber una implicación de **múltiples partes interesadas** en todos los ámbitos.
- **La concienciación, entrenamiento formación** son aspectos esenciales para el éxito.
- Es obligatorio llevar a cabo actividades de **auditoría y de mejora de la calidad**.

- Se deben generar oportunidades para dar a conocer y compartir **buenas prácticas** en este ámbito.

MNI está comprometida con la concienciación sobre la desnutrición y con el respaldo de los esfuerzos dedicados a promover la introducción del cribado nutricional rutinario, de evaluación y de apoyo con los que promover una nutrición adecuada en todos los entornos sanitarios y extrahospitalarios. Para conseguir estos objetivos, MNI establece las siguientes recomendaciones:



Identificación de la desnutrición

- Se deben establecer políticas nacionales de nutrición que aborden la desnutrición, así como la obesidad y el sobrepeso.
- Políticas nacionales sobre la nutrición, deben incorporar el cribado nutricional para los grupos vulnerables.
- Se deben utilizar herramientas de cribado nutricional con las que detectar los pacientes con desnutrición o en riesgo de desnutrición.
- Es necesario acordar quién es responsable de llevar a cabo los análisis de detección de la desnutrición.

Prevalencia

- Se debe establecer un compromiso para medir de manera sistemática la prevalencia y el riesgo de desnutrición, así como para compartir los resultados.

Causas

- Se deben utilizar evidencias para establecer los planes de atención nutricional que deberán tener en cuenta las causas de la desnutrición, los objetivos de la intervención, así como las limitaciones prácticas y ambientales.

Consecuencias

- Se debe concienciar sobre la gran variedad de consecuencias perjudiciales que supone la desnutrición para los pacientes, para los proveedores de servicios sanitarios y para la sociedad en general.

Plan de atención nutricional

- Se deben dar a conocer y compartir de manera amplia las buenas prácticas en esta materia para así facilitar la puesta en marcha de guías nutricionales y garantizar el mejor uso de los recursos.

Los beneficios de los SNO

- Existe una gran cantidad de pruebas que demuestran los beneficios de los SNO. Estas evidencias se deben poner en práctica para garantizar que los pacientes que necesitan una intervención en materia nutricional la reciben.

Recomendaciones

- Las recomendaciones sobre el tratamiento de los pacientes desnutridos o de los pacientes en riesgo de desnutrición deberían reflejar las pruebas con las que se cuenta actualmente en materia de intervención nutricional —como los SNO— y proporcionar orientación clara y práctica sobre cómo y cuándo utilizar dichas intervenciones nutricionales.

Buenas prácticas

- Se deben dar a conocer y compartir de manera amplia los ejemplos de buenas prácticas, para facilitar la puesta en marcha de guías nutricionales y garantizar el mejor uso de los recursos.

AGRADECIMIENTOS

MNI quiere agradecer y reconocer la contribución de los siguientes expertos que han aportado sus conocimientos y experiencia:



La Dra. Ailsa Brotherton trabaja en el grupo de trabajo sobre Atención Segura del programa de Calidad, Innovación, Productividad y Prevención (QIPP) del Departamento de Sanidad del Reino Unido, responsable de un programa nacional de mejoras que se centra en la nutrición y la hidratación. Además de ser secretaria honorífica del Equipo Ejecutivo de BAPEN, también forma parte del grupo de calidad de BAPEN y es la directora de Compromiso Clínico y Liderazgo en el NHS QUEST, en Inglaterra.



El profesor Koen Joosten es pediatra-intensivista en el hospital infantil Erasmus MC - Sophia Children's Hospital de Holanda. Forma parte de diversos comités de nutrición; preside el grupo sobre alimentación de la Asociación Pediátrica Holandesa, es miembro del Comité de expertos holandeses sobre desnutrición y es también tesorero de NESPEN.



El profesor Alessandro Laviano es profesor asociado de Medicina Interna en el Departamento de Medicina Clínica de la Universidad Sapienza de Roma (Italia) y presidente del Comité Educativo y de Práctica Clínica de ESPEN.



El profesor Jean-Pierre Michel es catedrático honorífico de medicina de la Universidad de Ginebra (Suiza). Además, preside EUGMS (2012-3) y es experto de la OMS en el programa «Envejecimiento y ciclo de la vida». Es también cofundador de la Academia Europea para la Medicina del Envejecimiento (European Academy for Medicine of Aging o EAMA) y de las clases magistrales sobre envejecimiento del IAGG en Asia.



Fionna Page, licenciada e investigadora en dietética, ha recopilado y redactado el dossier al completo en nombre de MNI. Page es una dietista con numerosos años de experiencia tanto en la práctica clínica —se dedica al apoyo nutricional en ámbitos hospitalarios y extrahospitalario— como en el sector de la nutrición médica.

BIBLIOGRAFÍA

1. Ljungqvist O, de Man F. *Nutr Hosp* 2009;**24**:368-70.
2. Stratton RJ et al. Wallingford: CABI Publishing, 2003.
3. Meijers JM et al. *Nutrition* 2009;**25**:512-9.
4. Van Nie-Visser NC et al. *Clin Nutr Suppl* 2009;**4**(2):45 (abstract 99).
5. Russell C, Elia M. Redditch: BAPEN, 2012.
6. Sorensen J et al. *Clin Nutr* 2008;**27**:340-9.
7. Schneider SM et al. *Br J Nutr* 2004;**92**:105-11.
8. Guest JF et al. *Clin Nutr* 2011;**30**:422-9.
9. House of Commons Health Committee. Londres, The Stationery Office. 2004.
10. Volkert D et al. *Clin Nutr* 2006;**25**:330-360.
11. Schindler K et al. *Clin Nutr* 2010;**29**:552-9.
12. Imoberdorf R et al. *Clin Nutr* 2010;**29**:38-41.
13. Meijers JM et al. *Br J Nutr* 2009;**101**:417-23.
14. Kaiser MJ et al. *J Am Geriatr Soc* 2010;**58**:1734-8.
15. Suominen MH et al. *Eur J Clin Nutr* 2009;**63**:292-6.
16. Lelovics Z et al. *Arch Gerontol Geriatr* 2009;**49**:190-6.
17. Parsons EL et al. *Proc Nutr Soc* 2010;**69**:E197
18. Joosten KF et al. *Arch Dis Child* 2010;**95**:141-5.
19. Agarwal E et al. *Clin Nutr* 2012;**31**:41-47.
20. Lim SL et al. *Clin Nutr* 2012;**31**:345-350.
21. Meijers JM et al. *Br J Nutr* 2009;**101**:417-423.
22. Pirlich M et al. *Clin Nutr* 2006;**25**:563-72.
23. Elia M, Russell C. Redditch: BAPEN, 2009.
24. Gibbons T, Fuchs GJ. *Clin Pediatr (Phila)* 2009;**48**:356-61.
25. Hiesmayr M et al. *Clin Nutr* 2009;**28**:484-91.
26. Valentini L et al. *Clin Nutr* 2009;**28**:109-16.
27. Norman K et al. *Clin Nutr* 2008;**27**:5-15.
28. Sorensen J et al. *Clin Nutr* 2008;**27**(3):340-349.
29. Elia M et al. Redditch: BAPEN, 2005.
30. Elia M & Stratton RJ. Redditch, BAPEN. 2009.
31. Cepton. Malnutrition in Germany: Munich, 2007.
32. Freijer K et al. *Clin Nutr* 2012; Jul 10 Epub.
33. Rice N, Normand C. *Public Health Nutr* 2012; Feb 8 Epub.
34. National Institute for Health and Clinical Excellence (NICE). Clinical guideline 32. Londres: NICE, 2006.
35. Milne AC et al. Cochrane Database Syst Rev 2009;CD003288.
36. Freijer K, Nuijten MJ. *Eur J Clin Nutr* 2010;**64**:1229-34.
37. Arnaud-Battandier F et al. *Clin Nutr* 2004;**23**:1096-103.
38. Nuijten M, Mittendorf T. *Akt Ern Med* 2012;**37**:126-133.
39. Cawood AL et al. *Ageing Res Rev* 2012;**11**:278-296.
40. Cawood AL et al. *Clin Nutr Suppl* 2009;**4**(2):81
41. Duncan DG et al. *Age Ageing* 2006;**35**:148-53.
42. Caro MM et al. *Nutr Hosp* 2008;**23**:458-68.
43. Pepersack T. *J Gerontol A Biol Sci Med Sci* 2005;**60**:787-92.

Si desea más información y el listado completo de referencias bibliográficas, consulte el dossier « Suplementos nutricionales orales para hacer frente a la desnutrición».

www.medicalnutritionindustry.com



The Medical Nutrition International Industry (MNI)

Rue de l'Association 50, 1000 Brussels, Bélgica

www.medicalnutritionindustry.com

Dirección de contacto: secretariat@medicalnutritionindustry.com