



Desnutrición clínica:

De la ruina sanitaria a la detección precoz

LA DESNUTRICIÓN PERSISTE EN NUESTRO ENTORNO Y EN EL ÁMBITO SANITARIO A UN COSTO MUY ALTO, EN ESPECIAL PARA PERSONAS FRÁGILES COMO EL ENFERMO O EL ANCIANO. Y SORPRENDE QUE MÁS DE LA MITAD DE LOS DESNUTRIDOS TRATADOS EN LOS HOSPITALES MODERNOS SEAN DADOS DE ALTA PEOR DE LO QUE INGRESARON.

[Por **JOSÉ IGNACIO DE ULIBARRI**]

De siempre se ha relacionado el hambre con pobreza, penalidades, sufrimiento, enfermedad..., hasta la muerte. Pero no hace falta vivir en países subdesarrollados, sufrir guerras o desastres ni pasar hambre para morir a consecuencia de la desnutrición, ya que la enfermedad y su tratamiento también la originan. Y lo que sigue sorprendiendo es que más de la mitad de los enfermos que han sido tratados en los hospitales modernos sean dados de alta peor de lo que ingresaron en este sentido.

En la enfermedad y su tratamiento se produce desnutrición cuando los gastos metabólicos o patológicos (fiebre, pérdidas por fístulas, tratamientos agresivos, intervenciones, etcétera) superan a los ingresos nutricionales. Y este desbalance significa perder el equilibrio fisiológico necesario para mantener en funcionamiento al organismo vivo, lo que se entiende por trofismo, para entrar en la desnutrición.

Se puede enfermar tanto a causa de la desnutrición, como desnutrirse a consecuencia de la enfermedad. En

ambos casos entramos en un círculo vicioso que termina en la espiral de la muerte, pero pasando por una serie de acontecimientos que complican y encarecen el proceso desde el punto de vista socio-sanitario al aumentar la necesidad y duración de cuidados. Los cuidadores de la salud debemos procurar el mantenimiento del equilibrio necesario para evitar la desnutrición, ya que ésta acecha, especialmente al enfermo, al niño y al anciano.

La desnutrición, tal y como la definió Francisco Grande Covián, es la situación de desbalance derivada de la deficiencia de nutrientes (sustancias energéticas, plásticas o reguladoras) respecto a las necesidades del organismo vivo. Dando un paso más, la desnutrición clínica (DC) “comprende toda situación de desequilibrio nutricional producida por la enfermedad, los procedimientos terapéuticos, o sus complicaciones, tanto si se presenta en ámbito hospitalario como en el domiciliario o residencias”.

Y tiene graves consecuencias sanitarias sociales y económicas, tales como:

- Empeora la salud del enfermo.
- Facilita las complicaciones por infecciones.
- Dificulta y retrasa la cicatrización de las heridas (como las de la cirugía).
- Hace menos eficaces los tratamientos (cirugía, farma, quimioterapia, radioterapia).
- Prolonga el tiempo de la hospitalización.
- Aumenta la mortalidad en los pacientes que la padecen.
- Encarece el gasto asistencial para los centros sanitarios (un 60 por ciento de promedio) respecto a los enfermos no desnutridos.

- Aumenta el número de reingresos por la mala curación de la enfermedad o las complicaciones.
- Prolonga la baja por enfermedad, con la consiguiente repercusión sobre la familia y la sociedad.

El problema es de tal envergadura socio-sanitaria y económica (ver recuadro Costo y afectados) que entidades como el Consejo de Europa e importantes sociedades científicas se preocupan por él, como en el Manifiesto de Praga 2009, suscrito por la European Society of Clinical Nutrition and Metabolism (ESPEN), The European Nutrition for Health Alliance (ENHA) y el grupo Medical Nutrition International Industry (MNI).

La preocupante situación de la desnutrición clínica, en cuanto a la calidad asistencial y el coste de los cuidados, ha llevado a diseñar sistemas de cribado o screening para su detección precoz ante la enfermedad o la hospitalización, pero en raras ocasiones se han logrado implantar en la práctica, quizás porque requieren una dedicación adicional al paciente, con personal experto.

A la vista de los elevadísimos costos sanitarios y económicos que acarrea la DC, las organizaciones sanitarias mundiales, incluidas las españolas, coinciden en la necesidad de implantar sistemas de cribado de la desnutrición en hospitales, así como en residencias de ancianos y de enfermos crónicos. El objetivo es su detección precoz y tratarla de inmediato. Pero sigue siendo una asignatura pendiente, por varias razones:

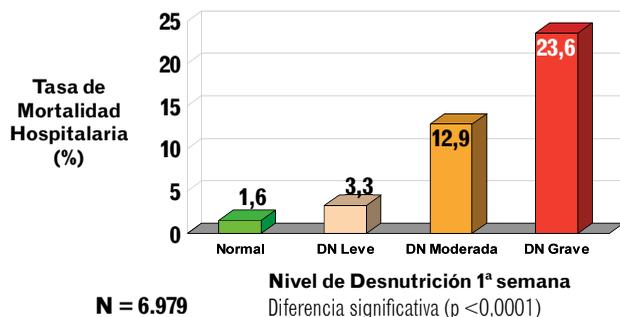
Desconocimiento del problema. Los responsables sanitarios, tanto los médicos como los gestores desconocen lo que significa la DC, y por eso ninguno de los dos estamentos lo ha abordado con decisión, ni a nivel público ni privado. La solución está en el reciclado de estos responsables a distintos niveles.

COSTO Y AFECTADOS

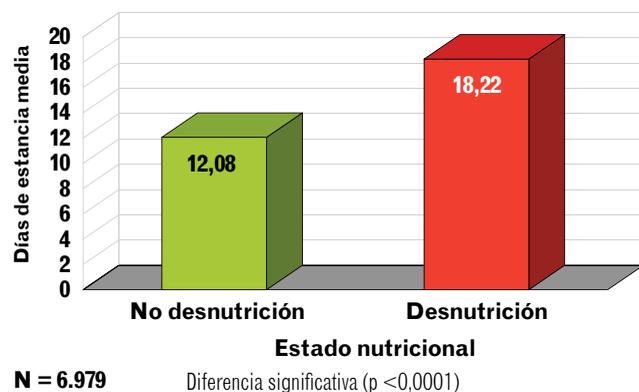
La dimensión de la desnutrición en cifras.

- ✓ En Europa, como en América y países desarrollados del resto del mundo, se ha demostrado que el costo asistencial durante la hospitalización se incrementa en un promedio del 60 por ciento en el paciente desnutrido frente al no desnutrido.
- ✓ En Europa afecta a unos 30 millones de personas con un costo anual de unos 170.000 millones de euros, según el presidente de European Society of Clinical Nutrition and Metabolism (ESPEN).
- ✓ Los hospitales españoles atendieron a 4.781.867 enfermos en 2009, según el INE. A un 40 por ciento de los pacientes hospitalizados les damos el alta con algún grado de desnutrición, lo que se traduce en que unos dos millones de españoles padecieron desnutrición ligada a la hospitalización en ese año.
- ✓ Un reciente estudio de Antonio Jesús Pérez de la Cruz en Granada revela que el incremento del costo asistencial en el desnutrido alcanza el 68,4 por ciento sobre el no desnutrido y la estancia media en el hospital sube casi tres días por la misma causa.
- ✓ La Sociedad Española de Nutrición Parenteral y Enteral (SENPE), en un estudio realizado en 31 hospitales públicos españoles, ha confirmado alta prevalencia de desnutrición, especialmente en ancianos; la prolongación de la estancia media de dos a cuatro días, y el mayor costo de la asistencia hospitalaria en el paciente desnutrido, hasta doblarlo en relación con el no desnutrido, con una diferencia de 2.700 euros.
- ✓ Una parte del absentismo laboral español (con un coste total de 11.109 millones de euros, según Francisco Reyes Santos) está motivado por la prolongación de estas convalecencias y la mayor frecuencia de los reingresos.

Tasa de mortalidad según el nivel de desnutrición presentado en la primera semana de hospitalización



Tiempo de estancia media hospitalaria según desnutrición en algún momento de la hospitalización



Enfoque no adecuado. Los más expertos, al enfocar científicamente el problema, han interpretado mal su naturaleza. Por las técnicas de cribado propuestas, parece que se pretende captar la desnutrición en los enfermos como si se tratase de personas afectadas únicamente por la dificultad para comer. Y esto no es así. Esta desnutrición se fragua fundamentalmente desde el comienzo y a causa de la enfermedad, agravándose por los tratamientos agresivos.

Herramientas no eficientes. Las herramientas desarrolladas hasta ahora para el cribado no son eficientes, pues requieren la intervención de personas formadas al efecto, durante un tiempo del que no se dispone, para actuar en cada ocasión que se quiera realizar el filtrado (semanalmente es lo aconsejado en el hospital).

Por todo lo anterior, aun estando completamente de acuerdo en la necesidad de adoptar sistemas de cribado para la detección precoz de la desnutrición en hospitales, clínicas y residencias, no puedo coincidir con los métodos propuestos por las autoridades sanitarias y sociedades

científicas, pues se han quedado atrasados en la apreciación del problema y obsoletos en la metodología empleada para su control.

El desequilibrio nutricional está patente en el plasma sanguíneo, en mayor o menor grado, desde el comienzo de la enfermedad y va incrementándose en el transcurso del tiempo, tanto más cuanto mayores son la gravedad del proceso y la agresividad del procedimiento terapéutico empleado. Esta alteración, que se denomina trofopatía, acabará produciendo la desnutrición, que por entonces ya será detectable y cuantificable con los parámetros artesanales del tipo de la prolongada disminución de ingesta y el seguimiento de la pérdida de peso.

Así se explica que las herramientas manuales actualmente recomendadas para la detección precoz de la desnutrición no capten estos cambios iniciales ni las alteraciones funcionales que originan la enfermedad y la aplicación de tratamientos agresivos, hasta que la desnutrición se manifieste claramente en el cuerpo por las pérdidas de peso y masas, que son los parámetros que miden.

Disponemos ya de herramientas, generadas en España, más sensibles, precisas y económicas, más eficientes en suma, para el cribado de la DC y del control nutricional en la persona frágil, ideales para su utilización mientras dure la inestabilidad. De hecho, ya se usan en varios hospitales públicos de distintas comunidades autónomas y en algunos de régimen mixto. Se trata de sistemas informatizados automáticos que aprovechan parte de los datos del laboratorio de análisis clínicos que habitualmente solicita el médico para conocer el estado general del paciente. Estos datos han sido tomados del plasma sanguíneo para su análisis y derivados automáticamente, en el mismo sistema informático del laboratorio, para generar con ellos una alerta del riesgo en que se encuentra el paciente por alteración del equilibrio nutricional. De esta manera se cuantifican los riesgos que la enfermedad, el tratamiento y en su caso el envejecimiento, están ocasionando al paciente en el que se debe aplicar el control. Hay que resaltar la eficiencia y seguridad como herramienta automática de apoyo a la mejora de la calidad asistencial, sin incrementar costos en personal ni material, preservando la seguridad del paciente sin molestarle en nuevas exploraciones o cuestionarios.

Por ser la DC un problema generado por la enfermedad y su tratamiento, no basta con vigilar el balance dietético o nutricional de la persona ingresada. No se dispone de sistemas que sean capaces de cuantificar los cambios que van ocurriendo en los ingresos frente a gastos o pérdidas y suplementar así la dieta.

DETECCIÓN PRECOZ: LA CLAVE

La clave está en la detección precoz del desbalance con un sistema de cribado adecuado, automático, que no dependa de la atención del personal sanitario responsable, porque es sabido que en ninguna parte de nuestro entorno se dispone de personal con formación y tiempo suficientes para lograrlo.

CÓMO ACTUAR ANTE LA DC

Está establecido en la generalidad de los protocolos de cribado que la detección de un riesgo nutricional alterado debe dar lugar a una valoración del estado de nutrición más completa y a una vigilancia más estrecha. En función del grado de afectación del cribado y en conjunción con los demás datos clínicos de que dispone el médico, la actuación se dirigirá a:

- ✓ Confirmar el hallazgo y hacer una valoración del estado de nutrición más completa.
- ✓ Asegurar, o procurar al menos, el adecuado soporte nutricional (dieta, control de ingesta, nutrición artificial).
- ✓ Evitar en lo posible los motivos que provocan el desequilibrio, como pueden ser tratamientos agresivos, pérdidas patológicas, etcétera.
- ✓ Continuar vigilando la evolución del proceso mediante el cribado.

Organizaciones sanitarias de todo el mundo como la OMS, el Consejo de Europa y las sociedades científicas, entre otras, aconsejan la implantación y uso de métodos de cribado de desnutrición. La ESPEN lo fomenta y secunda, pero con planteamientos y medios anticuados, lo que ha trascendido también a las sociedades nacionales, como la española SENPE.

Pero estas herramientas deberían actuar rápidamente en la práctica clínica ya que, para detectar y cuantificar el riesgo nutricional, no se puede esperar semanas y meses a que el problema se manifieste anatómicamente (como ocurre con los métodos artesanales de estudios poblacionales) para entonces empezar a actuar. Disponer de esta información cuando se empieza a esbozar la situación de riesgo, es la única manera de poder evitar que la desnutrición se inicie o progrese y responder a tiempo para aplicar las medidas adecuadas a cada paciente.

En la persona frágil, enferma o dependiente se necesitan procedimientos más sensibles y eficaces, y hoy contamos con eficientes herramientas de cribado automáticas, aplicables al entorno clínico moderno, capaces de detectar el riesgo y alertar de su comienzo y variaciones desde que se empieza a esbozar, sin necesidad de invertir más en personal, encuestas y exploraciones.

La clave está en disponer de los indicadores de riesgo nutricional adecuados, en el lugar y tiempo oportunos: y están en las bases de datos de uso en clínica y laboratorio de análisis, que actualmente generamos en nuestros hospitales y residencias. Afortunadamente, hoy día estos establecimientos cuentan ya con la infraestructura informática necesaria para la adecuada atención al paciente, al

que se pueden aplicar estos sistemas de vigilancia sin costo adicional.

Así, con cada análisis de control que se realiza al paciente, el médico recibe información de la situación de su trofismo o equilibrio nutricional, permitiéndole tomar de inmediato las medidas adecuadas para su corrección, sea procurando aumentar o aprovechar mejor los ingresos, sea reduciendo pérdidas o gastos, tanto los producidos por la enfermedad como los derivados de los propios procedimientos terapéuticos.

¿A quién, dónde y cuándo se pueden o deben aplicar estos sistemas de filtro?

La mayor incidencia del problema de desnutrición de estas características, en los países desarrollados, se presenta entre los enfermos y ancianos, especialmente los ingresados en hospitales o entidades de convalecencia o larga estancia, luego son éstos los lugares más adecuados para su implantación.

El niño es seguramente el principal candidato a ser protegido del riesgo de desnutrición, por ser el más delicado y natural dependiente. Pero no entra en nuestras inquietudes, por entender que “hay que darle de comer aparte” y de ello se encarga el pediatra.

Estas medidas deben de adoptarse especialmente en establecimientos sanitarios que albergan personas enfermas o dependientes, primordialmente en clínicas y hospitales cuyos procedimientos terapéuticos dan lugar a que la situación se agrave.

Como las aconsejables son herramientas a utilizar en el contexto del control clínico del paciente, la evolución del proceso asistido indica implícitamente la frecuencia con que haya de aplicarse. Cada vez que el médico pida un análisis básico conteniendo los parámetros necesarios, con independencia del motivo, aparece la valoración de riesgo.

También es aplicable en el domicilio del paciente o en su seguimiento ambulatorio. La prevalencia de la desnutrición es mucho menor en estos entornos, pero la sencillez de este método permite la detección de alteraciones por el mero hecho de que estén incluidos los parámetros necesarios en el perfil analítico básico de Atención Primaria o cualquier especialidad. Es una manera de mejorar la calidad asistencial en estos entornos, previniendo la indicación de ingresos hospitalarios evitables, con la adopción de este mínimo control nutricional. ■



Médico internista y endocrinólogo. Fundador de la Unidad de Nutrición Clínica y Dietética del Hospital Universitario de La Princesa de Madrid.