

Centro de Estudios de Políticas Públicas y Gobierno

Aula Virtual XII. Hacia un nuevo modelo en atención a mayores: el reto de la nutrición

Con la colaboración de Danone Specialized Nutrition

Juan Vela. Presidente de la Fundación Lares.

Dra. Irene Bretón. Presidente de la Sociedad Española de Endocrinología y Nutrición SEEN; y Especialista de Endocrinología y Nutrición en el Hospital Gregorio Marañón.

14 de septiembre de 2020

Principales conclusiones

- **Una de cada cuatro** personas en los hospitales españoles está **desnutrida** y este porcentaje aumenta hasta el **37% en personas mayores de 70 años**.
- La DRE ha sido un factor clave en la recuperación de pacientes con Covid-19: **hasta un 75% de los pacientes presentaban riesgo nutricional** y un **27% ya cumplían criterios clínicos de desnutrición**.
- En términos de coste sanitario, **los pacientes con desnutrición suponen un 50% más de gasto** que los pacientes que no presentan DRE.
- La normativa que legisla la DRE está desfasada y requiere **una revisión y actualización** que cuente con el asesoramiento de los clínicos y permita la **adecuada atención al paciente**.
- Las residencias de mayores no pueden adoptar medidas de hospitales porque no lo son, **son hogares**.
- Necesidad de una **estrategia de atención a mayores estatal, que coordine los aspectos socio-sanitarios** y se centre en la **atención personalizada**.

Patricia Oliva. Directora General de Danone Specialized Nutrition en España

La Desnutrición Relacionada con la Enfermedad (DRE) es ampliamente conocida, pero no siempre correctamente abordada. La nutrición desempeña un papel clave en el escenario actual: **uno de cada cuatro pacientes hospitalizados está desnutrido**, mientras que **uno de cada tres mayores, en residencias, se encuentra en riesgo de desnutrición**.

Como respuesta al impacto de la pandemia, Danone ha puesto en marcha el programa **NutriCover**, dirigido a **apoyar iniciativas de investigación clínica con el objetivo de adaptar el cuidado nutricional a las necesidades de los pacientes Covid-19** dados de alta de las Unidades de Cuidados intensivos.

España es un país referente en este proyecto, donde se están financiando 3 estudios de investigación independientes. Estos estudios se desarrollarán en **28**

hospitales de diferentes zonas geográficas, e involucrarán alrededor de **500 pacientes**.

Ya están en marcha dos de estos proyectos. En el mes de julio se presentó el primero junto con el Hospital de Mataró para **analizar la desnutrición y la disfgia asociados a los pacientes post Covid-19**. Los **primeros resultados** muestran que **hasta un 75% de estos pacientes presentaban riesgo nutricional**, y un **27% ya cumplían criterios clínicos de desnutrición**.

El segundo de los estudios involucrará a **17 hospitales públicos de Madrid** para analizar el **impacto del Covid-19 en el estado nutricional del paciente a largo plazo**.

1. Hacia un nuevo modelo en atención a mayores: el reto de la nutrición

Juan Vela: las residencias de mayores no pueden ser tratadas como hospitales porque no lo son, son hogares

La pandemia del Covid-19 es la crisis más grave a la que hemos tenido que enfrentarnos como sociedad desde la Guerra Civil en España. Es uno de los grandes retos a todos los niveles, principalmente en términos humanitarios, ya que ha supuesto una serie de cambios esenciales en nuestras formas de vida.

Las residencias de ancianos han estado, y estaban, en un escenario de **inferioridad de condiciones**. Se encontraban en una situación previa en la cual no se le prestaba la atención pertinente, y esta circunstancia se ha visto acrecentada con la pandemia. Además, vivimos en una sociedad donde la **figura del cuidador no tiene reconocimiento de ninguna índole**, se valora mucho al que cura, pero no tanto al que cuida, y durante esta pandemia se ha demostrado que la figura del que cuida también es muy importante.

La **falta de coordinación entre el ámbito social y sanitario** ha sido otra de las graves carencias que ha habido durante esta crisis. Se debe llevar a cabo la creación de **nuevas líneas estratégicas que pasen por la coordinación socio-sanitaria adecuada en todas las CCAA y el Gobierno Central**. Existe

la necesidad de una estrategia a nivel nacional de atención a mayores y ésta debe pasar, también, por la **dignificación del sector de los cuidados**.

Respecto al modelo residencia, es importante seguir trabajando en él, debe ser un modelo de **atención personalizada**, centrado en la persona, escuchando sus demandas y atendiendo sus necesidades. No creemos que la “**sanitarización**” de las residencias sea la solución. Es importante que las **residencias de mayores sean hogares, no hospitales**. Nadie quiere vivir en un hospital.

En cuanto a los recursos, se necesita una **arquitectura presupuestaria en la que tome protagonismo la atención a mayores**. Se deben fomentar los recursos orientados a los servicios de ayudas a domicilio.

2. La desnutrición en las personas mayores

Dra. Irene Bretón: una de cada cuatro personas en los hospitales españoles está desnutrida y este porcentaje aumenta hasta el 37% en personas mayores de 70 años.

La **nutrición clínica ha desempeñado un papel clave** en lo que respecta a la recuperación de los pacientes de Covid-19. Las Unidades de Nutrición de todos los hospitales han estado involucradas de manera directa en el tratamiento nutricional de estos pacientes.

La **desnutrición es una enfermedad en sí misma** que afecta en mayor medida a los mayores. **Una de cada cuatro** personas en los hospitales españoles está **desnutrida** y este porcentaje aumenta hasta el **37% en personas mayores de 70 años**.

La desnutrición aumenta factores como las complicaciones médicas, la mortalidad, la estancia hospitalaria, el gasto sanitario y disminuye la respuesta efectiva a los tratamientos. En este sentido, **disminuye** de manera considerable **la calidad de vida de los pacientes y su estado funcional**, ya que tiene consecuencias clínicas de impacto en el paciente.

Además, la desnutrición es **causa directa y principal** de otras enfermedades como la **sarcopenia** (unión de la disminución de masa muscular y fuerza

muscular), lo que implica una reducción de la calidad de vida y **riesgo de complicaciones**.

En términos de coste sanitario, **los pacientes con desnutrición suponen un 50% más de gasto** que los pacientes que no tienen. Además, son los pacientes que ingresan bien nutridos y **se desnutren durante el ingreso** los que mayor gasto conllevan. Si esta enfermedad se aborda de manera óptima en el **Sistema Nacional de Salud** con los tratamientos adecuados, **es coste-efectivo**.

Desde la especialidad clínica, se propone que haya herramientas de **cribado universal**: ya se está haciendo en muchos centros hospitalarios que, cuando un paciente ingresa, además de tomarle la temperatura, tensión y preguntarle qué medicamentos toma, se utiliza una herramienta muy sencilla de cribado de desnutrición para conocer su estado.

Respecto a la **normativa** que legisla esta enfermedad, los **reales decretos** disponibles (2006 y 2010) **están desactualizados**. Además, la aplicación de estos reales decretos **a nivel autonómico es muy variada y desigual**. La DRE es una enfermedad más que se debe evaluar y regirse por los mismos aspectos regulatorios que otras prestaciones y enfermedades.

Actualmente, la DRE requiere mayor atención por parte del Sistema Sanitario ya que los especialistas y pacientes vienen reclamando, desde hace años, una **actualización de la normativa** que cuente con el asesoramiento de los clínicos. En este sentido, los **dietistas** están insuficientemente incorporadas al SNS, una reclamación que los endocrinos hacen reiteradamente: que los dietistas formen parte de los equipos de una **manera estructural**.

3. Debate y conclusiones

3.1 Desnutrición Relacionada con la Enfermedad (DRE) infravalorada

- Hay mucho desconocimiento sobre cuál es el alcance de la desnutrición ligada a las enfermedades y cómo el sistema regulatorio actual no abarca todo. Por ejemplo, cuando hablamos de cáncer, sabemos que hay distintos cánceres que tienen un

riesgo de desnutrición muy alto (páncreas y estómago, que están alrededor del 70-80% de presentar riesgo de desnutrición) pero, por ejemplo, en el cáncer de mama está alrededor del 30% de riesgo de desnutrición, y la regulación actual no contempla este último.

3.2 Normativa desactualizada

- La DRE es una enfermedad en sí misma, con sus propios códigos y requiere ser legislada como cualquier otra enfermedad.
- Debe producirse una revisión y actualización de la normativa que atienda no sólo el diagnóstico en sí mismo, sino también sus efectos y circunstancias del paciente, permitiendo mayor personalización en el tratamiento. Partimos de normativas que se desfasan con mucha rapidez. Se debe hacer un esfuerzo por adaptarlas a las necesidades actuales.
- Debe haber una equidad en la administración del tratamiento nutricional en todas las CCAA para abordar la desigualdad de acceso actual.
- Actualmente, se defiende que exista una coordinación y protocolo común entre domicilio, hospital y atención primaria.
- Durante el Covid-19, se han elaborado protocolos de suplementos a los pacientes que no alcanzaban los requerimientos y a todos los pacientes con Covid-19. En general, ha habido menos dificultades que en otros momentos para poder prescribir suplementos al alta porque estamos refiriéndonos a pacientes que, cuando se van a su domicilio, continúan teniendo una situación muy deteriorada.
- Es clave entender que adaptar el sistema a los nuevos tratamientos necesarios no debe ser percibido como un gasto sanitario, sino como un ahorro de costes que, además, impacta considerable y positivamente en la calidad de vida de las personas.

3.3 Mayor atención a las residencias de mayores

- Hace falta mayor coordinación en los servicios socio-sanitarios.

- Se debe poner el foco en la atención personalizada a mayores porque, cada vez, el porcentaje de población envejecida es mayor.
- Tratar a las residencias de mayores como hospitales no es la solución, los centros de mayores necesitan medidas sociales concretas porque son hogares, no hospitales.
- Es clave avanzar en modelos que pongan a la persona en el centro, conozcan su historia y trayectoria vital. Las residencias de mayores no pueden ser percibidas como algo ajeno a su vida previa, sino integrarse en la misma como una etapa más, con pleno respeto a la persona.
- La humanización es el factor que debería predominar en todas las normativas y políticas venideras.