

Complementos Nutricionales Orales en Adultos Mayores Desnutridos

Resumen objetivo elaborado por el Comité de Redacción Científica de SIIC sobre la base del artículo

Ready-Made Oral Nutritional Supplements Improve Nutritional Outcomes and Reduce Health Care Use—A Randomised Trial in Older Malnourished People in Primary Care

de Cawood A, Guildford N, Smith T y colaboradores.

Integrantes de Southampton General Hospital, Southampton, Reino Unido

Nutrients 12(2):1-17, Feb 2020

La combinación de un complemento nutricional oral hipercalórico listo para usar y de asesoramiento nutricional es altamente aceptable y más eficaz que el asesoramiento nutricional solo, para incrementar el peso y la ingesta calórico-proteica.

Introducción y objetivos

La desnutrición asociada con enfermedad (DRE) es un problema frecuente que afecta la fisiología corporal y causa astenia, complicaciones de la enfermedad, menor capacidad de recuperación y mala calidad de vida relacionada con la salud. Estos resultados adversos impactan sobre los servicios de salud debido a la mayor demanda. En el Reino Unido, la DRE es la principal causa de desnutrición, y se estima que requiere alrededor del 15% del gasto público en salud y en servicios sociales. Los costos anuales que insume una persona desnutrida son entre 3 y 4 veces superiores a los de una persona no desnutrida. El 30% de los adultos internados en hospitales del Reino Unido presentan desnutrición o alto riesgo de ella.

La gran mayoría de las personas desnutridas son asistidas fuera del hospital, en centros comunitarios de atención primaria. Se sabe que las intervenciones nutricionales para la DRE producen beneficios clínicos y económicos, pero existen pocos ensayos clínicos provenientes del ámbito de la atención primaria. La primera línea de tratamiento para la DRE incluye el asesoramiento nutricional (AN) y los suplementos nutricionales orales (SNO). El AN consiste en asesoramiento alimentario por el nutricionista en forma escrita. Los SNO son formulaciones líquidas listas para usar que han demostrado ser beneficiosas en una variedad de pacientes, tanto en hospitales como en geriátricos, incluidos aquellos con enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC), debilitamiento extremo, enfermedades gastrointestinales, heridas, enfermedades neurológicas, cáncer e internaciones prolongadas.

Los objetivos de este estudio controlado y aleatorizado fueron comparar la eficacia de la combinación SNO/AN frente al AN para mejorar los índices nutricionales, y evaluar la aceptación y la satisfacción de ambas intervenciones, en adultos mayores desnutridos y con vida independiente.

Pacientes y métodos

Se trató de un estudio prospectivo, aleatorizado, no enmascarado y de grupos paralelos, llevado a cabo entre 2012 y 2016 en 7 condados de Inglaterra. Fueron considerados elegibles los pacientes > 50 años, con riesgo medio o alto de DRE, capaces de comer, beber y proveer consentimiento informado. Se consideraron criterios de exclusión la ausencia de riesgo nutricional, así como la presencia de galactosemia, intolerancia a la lactosa, diálisis por enfermedad renal, disfagia, diabetes mal controlada, insuficiencia hepática, cáncer, cuidados paliativos terminales, internación en geriátrico, demencia o uso de otros complementos nutricionales. El protocolo fue aprobado por el comité institucional de ética de la investigación.

Los pacientes fueron asignados aleatoriamente a uno de 2 grupos de intervención: 1) SNO/AN; 2) solo AN, por un período de 12 semanas. El SNO es un producto líquido, listo para usar, con alta densidad calórico-proteica (125 ml contienen 300 kcal, entre 12 g y 18 g de proteína, vitaminas y minerales). A los participantes que no deseaban tomar leche se les ofreció un SNO no lácteo (200 ml contienen 300 kcal, 8 g de proteínas, vitaminas y minerales).

En la primera visita fueron registrados los datos demográficos, el índice de masa corporal (IMC), el Charleston Co-morbidity Index (CCI), el puntaje Malnutrition Universal Screening Tool (MUST), y se estimó la categoría global de riesgo (medio o alto). El criterio principal de valoración fue la calidad de vida, estimada por la escala Euroqol EQ 5D-5L. Los criterios secundarios de valoración fueron el uso de recursos de salud (consultas ambulatorias, internaciones), la mortalidad, la ingesta nutricional, el peso, la tolerabilidad y la satisfacción. Los datos fueron recolectados en las semanas 0, 4, 8 y 12.

El cálculo del tamaño muestral para el criterio principal de valoración indicó 150 participantes en cada grupo para detectar una diferencia clínicamente significativa, con una potencia del 80% y un valor de $p = 0.05$.

Resultados

Fueron incorporados 308 pacientes con vida independiente (grupo SNO/AN: 154; grupo AN: 154) entre 2012 y 2016. El 67% eran mujeres, la edad fue de 71.47 ± 10.74 años, el IMC de 19.40 ± 2.49 kg/m²; el puntaje MUST indicó que el 44% de los pacientes era de riesgo intermedio y el 56% de riesgo alto. Las enfermedades concurrentes más frecuentes fueron EPOC (34%), gastrointestinales (29%) y musculo esqueléticas (13%). No hubo diferencias significativas entre los grupos en las características basales.

Un total de 69 pacientes (22.4%) abandonaron el estudio antes de completar las 12 semanas de seguimiento. No hubo diferencias de características basales entre los que abandonaron y los que permanecieron, excepto la HRQoL, que fue significativamente más baja en los que abandonaron ($p = 0.008$). Se registraron menos abandonos en el grupo SNO/AN que en el grupo AN, pero la diferencia no alcanzó significación estadística.

El valor promedio basal del índice EQ 5D-5L fue 0.735 ± 0.232 para el conjunto de todos los pacientes. En las 12 semanas de observación, los valores del EQ 5D-5L aumentaron globalmente 1.9 ± 0.9 unidades ($2.9\% \pm 1.4\%$) por sobre los valores basales.

No se observaron diferencias entre los grupos para los valores basales de EQ 5D-5L. Durante las 12 semanas de seguimiento no hubo diferencias significativas en la HRQoL entre los grupos (ni en el puntaje global, ni en el de cada dominio individual). Ante la pregunta “¿La intervención ha significado alguna diferencia para usted?”, las respuestas positivas fueron más frecuentes en el grupo SNO/AN (70% a 75%) que en el grupo AN (50% a 62%, $p = 0.004$ a 0.045). Al cabo de los 12 meses, el 75% de los pacientes del grupo SNO/AN informó que la intervención había sido beneficiosa, frente al 61% de los del grupo AN; la diferencia fue significativa, tanto en el análisis por ITT (OR = 2.25, IC 95%: 1.21 a 4.17; $p = 0.011$) como en el análisis PP (OR = 2.01, IC 95%: 1.13 a 3.58; $p = 0.017$).

Durante el período de 12 semanas, la demanda de servicios de salud fue menor en el grupo SNO/AN que en el grupo AN. Se registró un número de consultas médicas significativamente menor en el grupo SNO/AN, frente al grupo AN, en el análisis por ITT (5.1 ± 0.7 frente a 7.7 ± 1.0 ; $p = 0.010$), aunque la diferencia no fue significativa en el análisis PP. Las internaciones hospitalarias totales (de emergencia y programadas)

fueron inferiores en el grupo SNO/AN, en comparación con el grupo AN, pero sin alcanzar significación estadística, aunque sí lo hicieron para las internaciones de emergencia ($p = 0.026$ en el análisis PP).

La ingesta calórico-proteica fue similar en ambos grupos al inicio. En las 12 semanas del estudio, fue significativamente mayor en el grupo SNO/AN que en el grupo AN, tanto en el análisis por ITT como en el PP ($p < 0.001$ para ambos). No se encontraron diferencias en la ingesta de alimentos. El peso corporal fue significativamente superior en el grupo SNO/AN al cabo de los 12 meses, tanto en el análisis por ITT ($p = 0.003$) como en el análisis PP ($p = 0.001$). Consecuentemente, la proporción de pacientes que redujeron su riesgo de desnutrición (en comparación con el riesgo basal) fue mayor en el grupo SNO/AN que en el grupo AN (55% frente a 37%, $p = 0.021$).

La aceptación de ambas intervenciones fue alta (92% a 96%). En comparación con el grupo AN, mayor cantidad de pacientes del grupo SNO/AN consideraron la intervención como “conveniente” (97% frente a 92%, OR = 1.908, IC 95%: 1.042 a 3.496; $p = 0.036$). El resultado se mantuvo después de ajustar por variables de confusión en el análisis de regresión logística. El cumplimiento terapéutico para con el SNO estuvo entre el 80% y el 83%.

Discusión y conclusiones

Los autores manifiestan que este es el primer estudio aleatorizado en atención primaria, sobre un número grande de adultos mayores desnutridos, que muestra que la combinación de un SNO hipercalórico listo para usar y de AN es altamente aceptable y más eficaz para incrementar el peso y la ingesta calórico-proteica que el AN solo, lo que reduce el riesgo nutricional y la demanda de servicios de salud. La HRQoL no fue diferente entre los grupos analizados, lo que puede interpretarse como similar eficacia de las intervenciones, pero también como baja sensibilidad de la herramienta de medición de la HRQoL. Por otra parte, fue más frecuente que los pacientes con baja HRQoL al inicio de la investigación abandonaran el estudio, lo que limita la validez de los resultados finales. Sin embargo, a pesar de la ausencia de diferencias en la HRQoL entre los grupos, un porcentaje mayor de pacientes del grupo SNO/AN consideraron

satisfactoria la intervención, en comparación con el grupo AN. Los resultados de otras investigaciones similares no han sido concluyentes, pero aquellas que encontraron diferencias en la mejoría de los pacientes han sido típicamente a favor de los SNO.

El uso de recursos de salud (consultas a médicos clínicos o a otros profesionales de la salud, número de internaciones, duración de las internaciones, entre otros) en los 12 meses de seguimiento fue constantemente menor en el grupo SNO/AN, lo que apoya la rentabilidad de los SNO en esta población. Las pruebas existentes indican que este efecto está directamente relacionado con la mejoría del estado nutricional, y que se correlaciona con la disminución del riesgo nutricional.

En la práctica clínica se considera que la disminución del riesgo nutricional mejora la morbimortalidad en mayor medida que el aumento del peso corporal por sí solo. Los SNO líquidos listos para usar complementan la ingesta calórico-proteica en lugar de reemplazarla, con poco efecto sobre el apetito. Los micronutrientes contenidos en los SNO representan también un aporte nutricional importante. Para los autores, la alta aceptabilidad del complemento tiene que ver también con que es provisto sin cargo para los pacientes, dado que es considerado un producto terapéutico. Los pacientes recibieron también un AN estándar. Los autores sugieren que la combinación de un SNO con un AN intensivo y personalizado podría ser una estrategia aún más eficaz.

Los autores mencionan algunas limitaciones del estudio: 1) no hubo enmascaramiento ni control con un placebo; 2) hubo un porcentaje alto de abandonos (22.4%); 3) no se incluyeron mediciones más sofisticadas del estado nutricional.

En conclusión, la administración durante 12 semanas de SNO/AN en adultos mayores desnutridos fue superior al AN para mejorar la ingesta calórico-proteica y el peso, para lograr la satisfacción del paciente y para reducir la demanda de servicios de salud.

Copyright © Sociedad Iberoamericana de Información Científica (SIIC), 2021

www.siicsalud.com