

## En Profundidad

## Prever la Desnutrición Clínica para poderla prevenir

JOSÉ IGNACIO DE ULÍBARRI PÉREZ

A propósito de su artículo *La invisible desnutrición* y tras agradecerle que mencione también CONUT como método de cribado nutricional nacido en España, considero muy oportuno continuar el diálogo con el Dr. Baquero, precisamente sobre el tema de la Desnutrición en la Práctica Clínica, sus causas y consecuencias, ya que ha sido mi mayor motivo de preocupación profesionalmente en los últimos 30 años.

En su trabajo veo que se documenta en los pasos que se están dando en los últimos años en España, siguiendo la ruta marcada por la Sociedad Española de Nutrición Parenteral y Enteral (SENPE) apoyada por las multinacionales, al igual que van haciendo, lamentablemente, cada vez más sociedades científicas españolas, como las que él preside, y gran número de entidades oficiales.

Y lo lamento porque, si bien venía siendo necesario abordar una empresa como esta desde cuando se empezó a conocer el problema hace un siglo, solo a principios de este nuevo siglo lo abordan las sociedades europeas de nutrición enteral y parenteral lideradas por la Sociedad Europea de Nutrición Clínica y Metabolismo (ESPEN): tarde, mal y nunca.

Tarde porque el problema se conoce desde hace un siglo, pero además mal diseñado y, en consecuencia, nunca se llegarán a cubrir los objetivos que se persiguen de prevenirla o evitarla.

Lo que llaman Desnutrición ligada a la Enfermedad (DRE) es una verdad a medias. El problema consiste en la alteración del delicado equilibrio metabólico (homeostasis de Claude Bernard) que, si bien es iniciada por la enfermedad, se ve incrementada por los procedimientos terapéuticos aplicados, más las complicaciones de ambos, sin que sea posible discriminar en-

tre unos y otros agentes. Por ello considero más adecuado llamarle, en todo caso Desnutrición Clínica, ya que se inicia con la enfermedad pero se incrementa con el tratamiento y perdura hasta el cese del proceso clínico.



Aunque mejor aún sería hablar de distrofia o trofopatía clínica, puesto que lo que debemos detectar y cuantificar es la afectación del trofismo (nutrición, función y crecimiento o recuperación) de esos tejidos desde que se empieza a producir la alteración. De esta manera podemos cortar su avance y no limitarnos a evidenciar y cuantificar antropométricamente la atrofia de los mismos, que da lugar a la conjunción de las citadas causas, ya que para entonces el daño está consumado. Esa disminución de masas de grasa, muscular y visceral significan la pérdida de miles de millones de células (masa celular activa funcionante) que han ido disminuyendo en sus funciones y muriendo a consecuencia del desequilibrio generado en el medio interno y viene empeorando, repito, desde el comienzo del proceso, sin que hasta entonces se haga nada por evitar que el daño aumente, funcional e incluso anatómicamente.

Esta alteración del equilibrio fisiológico necesario para mantenernos en salud, da lugar a un riesgo que es inherente a la situación clínica, el riesgo clínico, cuyo conocimiento y conside-

ración nos sirve para detectar y cuantificar su amenaza, pudiendo entonces abortar su progresión, sea recurriendo al soporte nutricional si fuera necesario, sea modificando la pauta terapéutica que no logra encauzar el curso del proceso.

Ya ves, amigo Baquero, que no se trata de que la desnutrición sea invisible. Precisamente de lo que se peca en su consideración clínica actual es de no querer verla venir, no se quiere considerar su riesgo hasta que se manifiesta el daño tan ostensiblemente que ya se puede ver, pesar y medir: demasiado tarde para hablar de riesgo.

Y como, con los medios utilizados solo se detecta y considera cuando ya ha ocurrido, pese a que disponemos de procedimientos más sensibles y eficientes para prevenirla, así nunca se podrá prevenir. Su llamativo eslogan de desnutrición cero es una falacia mientras no se cambie de estrategia.

Ojalá diálogos como este, con la participación de los representantes del paciente amenazado por la enfermedad y su tratamiento, diera lugar a iniciar el debate que vengo persiguiendo desde hace muchos años sobre cómo mejorar la forma de combatir a tiempo la Desnutrición Clínica. Sería un sueño ver cómo también otras sociedades científicas españolas y entidades sanitarias públicas y privadas, abren los ojos a tiempo de ver la llegada de la desnutrición en la Clínica para entrar a debatir sobre si es mejor diagnosticarla cuando ya resulta evidente y se puede medir, o detectarla para atajarla cuando se empieza a manifestar analíticamente la alteración que da lugar al riesgo de que se produzca.



*LA DESNUTRICIÓN  
CLÍNICA ORIGINADA POR  
LA ENFERMEDAD Y SUS  
TRATAMIENTOS SÍ SE  
PUEDE DETECTAR POR  
PROCEDIMIENTOS UTILIZADOS  
EN LA CLÍNICA*

Desde su publicación, los nutricionistas hemos hecho uso de la contundente frase de Wertlind: "La desnutrición en los pueblos es signo de pobreza, pero en los hospitales es signo de ignorancia".

Parece que con ella nos exculpásemos de la parte de responsabilidad que tenemos por dejar que persista el problema durante tanto tiempo,

cuando precisamente somos, o son, sus mayores favorecedores los expertos que esperan a que la desnutrición se vea para actuar sobre ella.

A la hora de detectarla y prevenirla no estamos distinguiendo la desnutrición meramente carencial, motivada a largo plazo por la pobreza, de la Desnutrición Clínica generada en cuestión de días por la enfermedad y su tratamiento, aunque también en situaciones de cronicidad y tratamientos prolongados.

Prueba de ello es que seguimos utilizando las herramientas equivocadas, tratando nada menos que de abolir la desnutrición en la clínica utilizando las herramientas de medida válidas para la depauperación generada por la pobreza o diferentes desgracias colectivas, naturales o provocadas por el hombre.

Precisamente las diferencias básicas entre uno y otro tipo de desnutrición son su origen y la velocidad a la que se desarrollan. La escasez de alimentos acaba produciendo desnutrición y hasta caquexia, pero requiere tiempo ya que la naturaleza se defiende ante esta situación poniendo en marcha diferentes mecanismos de adaptación y ahorro de energía, prolongando la situación incluso años. Pero cuando la causa es la enfermedad, el proceso es mucho más rápido, pudiendo desarrollarse en cuestión de días, horas incluso cuando media además un tratamiento enérgico, aunque todavía no sea visible.

Pero afortunadamente, la Desnutrición Clínica originada por la enfermedad y sus tratamientos, sí se puede detectar por procedimientos utilizados en la clínica, más sutiles, avanzados y eficientes que los más rudimentarios elegidos por las sociedades científicas dominantes hoy en los países más desarrollados. Son dos situaciones tan diferentes que no se puede utilizar en ellas la misma vara de medir y, en consecuencia, no se debería utilizar la misma denominación.

En resumen, amigo José Luis, hablar de desnutrición refiriéndonos a carencia alimenticia o de nutrientes, incluso en la DRE es una cosa. Pero en la práctica clínica es ineludible incluir también el daño ocasionado por el tratamiento a la alteración del funcionamiento, nutrición y reposición tisular, para lo que deberíamos utilizar el término trofopatía o, a lo sumo Desnutrición Clínica, que es la invisible pero actualmente previsible.

*DIRECTOR DEL PROYECTO CONUT CONTROL  
NUTRICIONAL A NIVEL CELULAR E INDICADOR  
PRONÓSTICO DE RIESGO CLÍNICO*

