



# De la desnutrición a la trofopatía clínica. Nuevo paradigma en desnutrición clínica

J. Ignacio de Ulíbarri Pérez

**D**esde tiempos remotos se han relacionado desnutrición, enfermedad y muerte, pero hasta hace casi un siglo no se empezaron a estudiar científicamente los riesgos y las consecuencias derivadas de la enfermedad y el tratamiento sobre la salud y el futuro del paciente. Y llevamos más de 20 años estancados sin resolver el problema.

En los últimos años se ha atribuido a esta “desnutrición”, casi en exclusiva, el deterioro que producen estas dos circunstancias.

Especialmente en Europa se diagnostican mediante métodos que son capaces de determinar los pacientes que fueran a mejorar con soporte nutricional.

Se han programado diversos métodos para diagnosticar la desnutrición fundándolos básicamente en la cuantificación del deterioro sufrido por los pacientes, pero todos basados en datos sintomáticos antropométricos y fenotípicos y de concepción ancestral

De esta forma se ha llegado a contabilizar por la ESPEN, Sociedad Europea de Nutrición y Metabolismo, una pérdida de 3,000 millones de €/ año a consecuencia de este deterioro, habiendo sido calculado para España un costo de 188 millones de € / año.

Pero todavía ni esta ni ninguna otra sociedad científica responsable del tema se ha propuesto programar su profilaxis mediante auténticos métodos de cribado basados en criterios OMS con herramientas modernas y válidas.

Es hora de plantearse un cambio en el paradigma de la nutrición en la práctica clínica, ampliándolo al estudio de los demás factores de riesgo clínico que afectan a la nutrición de la célula, sean los distintos factores de riesgo comprendidos en la enfermedad, el tratamiento, la edad o la propia carencia alimentaria.

Es necesario dejar de contemplar el hecho con visión superficial o fenotípicamente como se está haciendo, y mirarlo desde el aspecto etiopatogénico, con miras a poderlo prevenir, detectar, controlar y monitorizar eficientemente.

La enfermedad y el tratamiento provocan frecuentemente la alteración del medio interno, lo que da lugar a la desnutrición celular y con ello al incremento del riesgo clínico del individuo. El punto de referencia idóneo para el control de la nutrición del conjunto de las células no es el fenotipo, es el medio interno y esto constituye lo que defino como: trofopatía clínica, una situación patológica que altera el equilibrio fisiológico a través de la nutrición de las células, dando

lugar a una distrofia del funcionamiento y atrofia de partes vitales del organismo, afectando a diferentes órganos y sistemas.

Sugiero para médicos, economistas y otros seguidores de esta revista, un debate sobre la reducción o evitación del riesgo clínico mediante el control de lo que propongo llamar trofopatía clínica en lugar de “desnutrición”, diagnosticada mediante herramientas adecuadas como control nutricional a nivel celular CONUT®, o el Índice Pronóstico Nutricional, basados en parámetros prediagnósticos con suficiente sensibilidad y capacidad pronóstica.

Más que en respuesta al acertado trabajo de mi buen amigo Ignacio Para<sup>1</sup>, publicado con anterioridad en esta revista, podíamos ambos comprometernos a participar en un coloquio entre economista y médico, ya que me siento aludido a través de mi posicionamiento respecto a la nutrición, vista en el entorno clínico.

Característica básica del ser vivo es su trofismo o capacidad para crecer y reproducirse a expensas y en equilibrio con su entorno, a diferencia de un mineral.

Siendo la nutrición una facultad básica para la existencia del ser vivo, junto con la respiración, la termorregulación y otras capacidades necesarias para la subsistencia, la nutrición se ve comprometida por innumerables dificultades que la amenazan, especialmente durante la enfermedad que, al igual que el tratamiento, son factores de riesgo que afectan de forma muy importante al trofismo.

Debo comenzar por separar desnutrición de origen carencial, por pobreza, carencia u otros motivos socioeconómicos, como mala orientación en la alimentación y lo que encontramos en la práctica clínica, la desnutrición clínica, hoy llamada también desnutrición ligada a la enfermedad, lo que nos da un margen suficiente para distinguirlas sin lugar a dudas, e incluso asignarles paradigmas diferentes.

El trastorno que encontramos con gran frecuencia en los pacientes puede adquirir también alguna de las características fenotípicas de la desnutrición carencial como el consabido adelgazamiento, pero en el

“

Es hora de plantearse un cambio en el paradigma de la nutrición en la práctica clínica

”

enfermo tratado, si se da este hecho, no se produce necesariamente por déficit de ingesta alimentaria, sino que suele ser provocado por fuertes trastornos metabólicos causados por la enfermedad o el tratamiento, cuya mejor solución no es precisamente la sobrealimentación. Tampoco son equiparables en su profilaxis, trascurso y soluciones.

Las grandes sociedades científicas versadas en la nutrición del enfermo han seleccionado en los últimos 20 años, varios métodos para, indistintamente, detectar o diagnosticar la desnutrición en el entorno clínico. Todos ellos están basados, directa o indirectamente, en datos procedentes de la consideración de medidas o datos antropométricos, dirigidos a cuantificar las pérdidas registradas en el organismo del paciente con la finalidad de valorar “cuándo el paciente se puede beneficiar de un soporte nutricional adecuado”.

De esta manera, las citadas sociedades se han esforzado en elaboración de métodos para diagnosticar la desnutrición clínica, pero nunca dirigidos a su profilaxis, a su detección prediagnóstica con datos



presintomáticos como preconiza la OMS, aunque con ello se anticiparían al diagnóstico y adelantarían el comienzo del tratamiento.

Todos estos planes mencionan, incluso reiteradamente, el cribado del riesgo nutricional, pero ninguno lo desarrolla realmente. A lo más se han elaborado falsos sistemas de cribado, denominados a veces de diagnóstico precoz, que ni son buenos métodos de diagnóstico definitivo, ni reúnen las condiciones requeridas por la OMS para cubrir la transcendental función del cribado ya que emplean para ello datos sintomáticos, válidos para el diagnóstico, pero no para el cribado ya que miden la pérdida, ya acaecida, de masas celulares activas.

Lo que se consigue con esta actitud es demorar la detección hasta que el deterioro es tan evidente que resulta incuestionable la necesidad de solucionarlo con procedimientos especiales, con frecuencia apre-

miantes y artificiales. Esto viene bien a sus fabricantes pero que dejan trascurrir tanto tiempo que se llega demasiado tarde para evitar los daños que se están ocasionando al paciente durante esta espera, causados por los demás factores de riesgo, no necesariamente carenciales, pero que también inciden contra su salud, como los provenientes de los trastornos metabólicos ocasionados por las enfermedades o los efectos secundarios del tratamiento.

Esperar a llegar a límites establecidos que justifiquen el diagnóstico de desnutrición por considerar que ya la situación clínica es susceptible de ser resuelta por un adecuado soporte nutricional es un error inaceptable.

Este enfoque del problema, efectivamente, puede tratar de resolverlo, pero no necesariamente lo consigue y, desde luego, es seguro que no lo evita ni previene, como estamos comprobando. Incluso lo

admite el propio Elia en su reciente publicación de, autor del MUST, método desarrollado en el Reino Unido y difundido con gran éxito tanto en su entorno como fuera.

Para combatir el daño que nos ocupa, incluida la desnutrición carencial, propongo sustituir ésta como objetivo principal en el entorno clínico ya que no se ha defendido ni desarrollado ningún procedimiento válido para la prevención del riesgo sobrevenido a consecuencia de la enfermedad y el tratamiento que entendemos como riesgo clínico. Ninguno que reúna las características requeridas reiteradamente por la OMS para detectar el riesgo presumible (en este caso desnutrición) en los componentes de una colectividad determinada, mediante datos tomados antes de que se produzcan los síntomas mediante los cuales ya sí se pueda llegar a un diagnóstico. Me refiero a datos conocidos como prediagnósticos o presintomáticos que se anticipen al diagnóstico y a los daños del enfermar, como que quedó muy claro en. *“Principles and practice of screening for disease”*, de J. M. G. Wilson & g. Jungner en 1968, o en la más reciente publicación de la OMS en 2020 *“Screening programmes: a short guide Increase effectiveness, maximize benefits and minimize harm”*.

Por todo ello, considero oportuno abrir un nuevo paradigma en defensa de la mejor asistencia a la salud del enfermo y, por qué no, en favor también de las entidades responsables de su cuidado, incluidos los Servicios Nacionales de Salud, ya que no hacerlo también a ellos les resulta muy caro en personal, estancias, reingresos, complicaciones postquirúrgicas u otros tratamientos.

Esto se conseguirá bajo la denominación de trofopatía clínica, por tratarse de un trastorno patológico del trofismo del conjunto celular orgánico ya que, pese a conocer con más detalle desde mediados del siglo pasado las consecuencias de sufrir estas agresiones durante la asistencia clínica, no estamos siendo capaces de prevenir sus riesgos y evitar sus daños. Creo que, en buena parte, porque se ha simplificado el problema li-

mitándonos a considerarlo como “desnutrición” y centrando su solución en un tratamiento nutricional.

Desde principios de siglo estamos anclados en Europa cuando ESPEN introdujo esta simple frase en los primeros puntos de apéndice de la “Resolución ResAP(2003)3 para condicionar la detección de la desnutrición en la clínica: *“The nutritional risk screening method should be evidence based, in order to secure the identification of patients who may benefit from nutritional support”*, (aprobado por el Comité de Ministros el 12 de noviembre de 2003 en la 860ª reunión de los Suplentes de Ministros).

Esta mezcla de cribado del riesgo nutricional con valoración y diagnóstico precoz ha ocasionado un gran confusiónismo dando prioridad al hecho de que el paciente pueda ser tratado nutricionalmente cuando se alcance al diagnóstico de desnutrición sobre las otras posibles causas del deterioro como los trastornos metabólicos o daños terapéuticos, que no tendrían solución con el soporte nutricional pero que quedan excluidas de la consideración del clínico, al menos del nutriólogo.

Pero más grave todavía es que las sociedades científicas responsables sigan sin tratar de prevenir este riesgo clínico, pese a su extensión y gravedad, y que no se admitan auténticos procedimientos de cribado del mismo, basados en los clásicos criterios de la OMS para la detección precoz del riesgo nutricional y clínico. De ahí la necesidad de incluir otras causas del daño clínico en el nuevo paradigma de la trofopatía clínica, sobre el que podemos seguir departiendo.

Obviamente, abogo en defensa del uso de CONUT o del IPN como los únicos procedimientos válidos de cribado del riesgo clínico en pacientes o personas presumiblemente enfermas.

<sup>1</sup>El paradigma de la desnutrición y el equilibrio nutricional - *New Medical Economics*

Director del proyecto Control Nutricional (CONUT)