



EDITORIAL (Versión española)

Controversia en el manejo de la desnutrición clínica. Lo negado es válido ahora

Controversy in the management of clinical nutrition. The denied is valid now

Jose-Ignacio Ulibarri, Antonio Mancha

Unidad de Nutrición Clínica y Dietética. Hospital Universitario de La Princesa. Madrid. España (jubilados)

* Autor para correspondencia.
Correo electrónico: jiuliba@gmail.com (Jose-Ignacio Ulibarri).

Recibido el 13 de enero de 2019; aceptado el 8 de junio de 2019.

Como citar este artículo:

Ulibarri JI, Mancha A. Controversia en el manejo de la desnutrición clínica. Lo negado es válido ahora. JONNPR. 2019;4(8):746-52. DOI: 10.19230/jonnpr.2959

How to cite this paper:

Ulibarri JI, Mancha A. Controversy in the management of clinical nutrition. The denied is valid now. JONNPR. 2019;4(8):746-52. DOI: 10.19230/jonnpr.2959



This work is licensed under a Creative Commons Attribution-NonCommercial-ShareAlike 4.0 International License
La revista no cobra tasas por el envío de trabajos, ni tampoco cuotas por la publicación de sus artículos.

Palabras clave

Desnutrición Clínica; Cribado nutricional; Screening; Riesgo Nutricional; Riesgo Clínico

Keywords

Clinical Undernutrition; Nutritional screening; screening; Nutritional risk; Clinical risk

Nos vamos a referir al manejo de la Desnutrición Clínica en Europa en el siglo XXI

Después de 30 años de dedicación, estudio, investigación y discusión en España, no avanzamos en la implantación de un método capaz de captar cuanto antes el riesgo de la aparición de la desnutrición en el enfermo tratado. Para distinguirla de la desnutrición



meramente carencial o la ligada exclusivamente a la enfermedad, denominamos Desnutrición Clínica (DC) a la producida tanto por la enfermedad como por el tratamiento.

En 1983, cuando comenzamos a organizar la nutrición clínica en nuestro hospital de La Princesa, en Madrid, abordamos la etapa inicial de acondicionar al hospital, su estructura arquitectónica, funcional y de personal para procurar la mejor alimentación de los pacientes. Ello nos llevó a celebrar en 1988, las "I Jornadas sobre la organización de la Alimentación y Nutrición en el Hospital", a las que acudieron más de 300 profesionales responsables del área en 82 hospitales de todo el país.

Tratando de evitar el conocido efecto añadido de la hospitalización que es la desnutrición, centramos nuestra atención en valorar la situación nutricional de nuestros pacientes desde su ingreso y sus causas. Para ello establecimos en la Unidad de Nutrición un protocolo para la Valoración del Estado Nutricional (VEN) que abarcaba una detenida anamnesis clínica con especial atención a los hábitos alimentarios, exploración física, que incluyó todo tipo de técnicas clínicas y antropométricas y una amplia selección de parámetros analíticos.

Esta VEN se aplicaba a los enfermos sospechosos de estar desnutridos o en riesgo nutricional y nos informaba del deterioro orgánico y funcional ocasionado por la enfermedad y el tratamiento hasta el momento, midiendo las mermas que había experimentado. Pero resultaba lento para controlar los bruscos cambios experimentados por el paciente a lo largo de su evolución clínica a consecuencia del tratamiento, fuera mejorando o empeorando. Tan amplio y metódico protocolo (algo más exigente y preciso que la SGA) resultaba más lento que los cambios en la evolución clínica del paciente y nos dejaba sin la información puntual que necesitábamos: **monitorizar el curso clínico y aplicar a tiempo las correcciones oportunas**, por lo que fue necesario cambiar de estrategia.

Optamos por seleccionar los parámetros más sensibles, rápidos y expresivos entre los utilizados en el VEN, mediante estudios observacionales. Esto nos llevó a adoptar solo los parámetros que cumplieran los requisitos exigidos para cubrir nuestras necesidades de **conocer y cuantificar inmediatamente los cambios experimentados** por el paciente, ya fueran producidos por la propia enfermedad o por el tratamiento, incluido el efecto del soporte nutricional. Todos los parámetros anamnésicos, antropométricos y funcionales fueron descartados, uno por uno, quedando por comprobar la utilidad de los parámetros analíticos, por lo que empezamos a estudiar los utilizados en el perfil analítico básico establecido en los controles clínicos rutinarios.



Los más sensibles resultaron ser las concentraciones plasmáticas de albúmina, colesterol total y linfocitos totales.

Y con ello obtuvimos un sencillo, sensible y eficiente procedimiento de CRIBADO DEL RIESGO NUTRICIONAL que, ante la escasez de nutrientes en el entorno celular, nos alertaba de la posibilidad de que se produjera la desnutrición somática.

Pronto comprobamos que estábamos midiendo RIESGO CLÍNICO porque evidenciaba directamente el peligro que corría la homeostasis del medio interno. Por ello lo denominamos también así ya que era la consecuencia de la conjunción en la clínica de enfermedad + tratamiento + complicaciones. Así se evidenciaba la carencia de algunos elementos vitales para la nutrición de la célula, como la albúmina o el colesterol, e incluso que se iniciaba el declive de la capacidad defensiva del sistema inmunitario.

Una vez validado, estadística y epidemiológicamente fue publicado en revistas y congresos de nuestro entorno, fue presentado en nuestro Ministerio de Sanidad, varias Comunidades Autónomas y numerosos hospitales. Pero sigue siendo ignorado por nuestras más altas entidades científicas y, en consecuencia, por las entidades académicas y administrativas a las que nos hemos dirigido, pues a ellas les consultan,

Como final a estos comentarios de ambientación al entorno CONUT, resumir que algo antes de jubilarnos habíamos llegado a la firme conclusión de que el método elegido para **la detección precoz del riesgo nutricional nos estaba dando simultáneamente la evolución del riesgo clínico y la gravedad puntualmente actualizada del paciente**, interpretando **las oscilaciones de la homeostasis del medio interno, pesebre de la célula** que le nutre. Pero, además, con una gran capacidad predictiva del pronóstico si no corregimos oportunamente este indicador de riesgo, sea incluyendo nuevas características al soporte nutricional, sea rectificando el protocolo terapéutico para ajustarlos más a las necesidades del paciente.

Había coincidido cronológicamente nuestra iniciativa con la de la ESPEN en Europa, en la cual, impulsaron el uso de supuestos sistemas de cribado nutricional, desoyendo a la OMS que aconseja la selección de datos exclusivamente prediagnósticos para elaborar métodos eficientes de screening. ESPEN incluye en sus recomendaciones el uso de datos sintomáticos, que son útiles para el diagnóstico, pero no para la prevención de la desnutrición, como exige el concepto de screening y que consideramos que los mismos autores pretendían implantar.

Su pretensión de que el sistema de screening seleccione situaciones corregibles con soporte nutricional es otra vuelta de tuerca hacia el fracaso de la prevención de la desnutrición. Se trata de la inclusión de un punto, en su propuesta al Consejo de Europa (Appendix to **RESAP(2003)3**), en el que pone como condición para dar validez a los métodos de screening



el que sean eficaces para justificar el uso del soporte nutricional. Y con este punto 1.1ii, al pretender identificar al paciente que se pueda beneficiar del soporte nutricional, pasa de ser un método de cribado de riesgo a ser un procedimiento diagnóstico. Ha perdido su carácter preventivo.

Continuando con su postura, claramente errónea en nuestra opinión, la Sociedad científica pionera en Europa en el conocimiento de la desnutrición, fomenta la asociación de este grave problema con la enfermedad, pero no lo relaciona con otra causa incluso más dañina que la propia enfermedad, como es en ocasiones el tratamiento, especialmente los más agresivos, aplicados normalmente en los hospitales,

Con esto ignoraron, y siguen haciéndolo, que durante el ingreso se duplica o triplica la incidencia de la Desnutrición Clínica, al añadirse a la desnutrición relacionada con la enfermedad (DRE), la producida por los procedimientos terapéuticos, incluida la hospitalización. Pero estos efectos añadidos a la desnutrición no se evitan con los métodos propuestos ya que la adición de suplementos nutricionales no es la solución cuando la causa no es la carencia de aporte sino el trastorno metabólico ocasionado por el tratamiento, que impide a los nutrientes llegar a la célula en la cantidad adecuada. Da la impresión de que distorsionan la realidad a conveniencia de los promotores que soportan los gastos de las actividades científicas y de divulgación

Por otra parte, al centrar la preocupación en la especificidad de los métodos de cribado, descuidan exigir la necesaria sensibilidad del método de cribado para captar el problema con la adecuada rapidez desde que se inicia. Así resulta imposible monitorizar el curso clínico en consonancia con los rápidos cambios provocados por la enfermedad y la terapia, incluyendo el soporte nutricional.

En definitiva, después de 15 años de promulgar y recomendar ESPEN varios de estos procedimientos como sistemas de screening para combatir la desnutrición clínica, resulta que **no son auténticas herramientas de cribado** al estar basadas en datos sintomáticos por lo que ya no permiten prevenir la desnutrición. Ni siquiera son procedimientos de diagnóstico fiables por lo incompletos e imprecisos, resultando en cambio demasiado costosos como método de cribado en personal, tiempo y molestias al paciente.

Se entiende que estos procedimientos aconsejados no se hayan implantado todavía ventajosamente en ningún país europeo y el problema persista, habiendo llegado a un costo declarado por la misma ESPEN en unos tres mil millones de euros / año. Y esto pese a que, al tener menor sensibilidad, solo captan una parte de los casos reales, que hubieran sido detectados y evitados mediante el auténtico cribado. En cambio, han dejado transcurrir



impunemente el periodo presintomático, que hubiera sido aprovechado de haber utilizado parámetros analíticos, lo que hubiera permitido combatir oportunamente las causas, con la consiguiente disminución del número de afectados y la reducción de su gravedad, complicaciones, comorbilidad, costo y mortalidad.

Por el contrario, la utilización del método que desarrollamos a finales del siglo pasado en el hospital de La Princesa de Madrid para control de la nutrición en el entorno celular (CONUT®) evoluciona muy lentamente en España ya que oficialmente no se le ponen mas que pegas y trabas como método de cribado del riesgo nutricional. Simultáneamente, particularmente en la literatura de varios países orientales, están proliferando trabajos basados en este método como Índice Pronóstico de Riesgo Nutricional porque detecta el riesgo y predice el futuro de los pacientes en los que se aplica. Se le están encontrando gran cantidad de aplicaciones en diferentes patologías y procedimientos terapéuticos que permiten vigilar, cada pocos días y automáticamente, el curso clínico del proceso personalizado en cada paciente, sin aumentar exploraciones o molestias para él ni costos para el Sistema Sanitario. En el aspecto económico, nuestro cálculo, coincidente con el realizado en España por Pérez de la Cruz y la media de varios estudios realizados internacionalmente, es de un incremento del 60% del costo asistencial en pacientes afectados frente al costo de los normalmente nutridos.

Tabla 1.

| COSTO DE LA DESNUTRICIÓN CLÍNICA | | | | | |
|---|-------------|--------------------|------------|-----------------------|-----------------------|
| Parámetro | Población | Altas por 1000 hab | Altas | Costo € | Incremento 50-60% |
| Europa* | 503.824.373 | 160,7 | 80.964.577 | 120x10 ⁹ € | 192x10 ⁹ € |
| España | 46.766.403 | 102,5 | 4.633.086 | 38.588 mills | 61.741 mills |
| Madrid | 6.498.560 | 138 | 681.194 | 5.673 mills | 9.077 mills |

**** Malnutrition can be prevented and treated and we as nutrition experts have a mission to do something about malnutrition in hospitals, care homes and communities". October 2009 Prof. Ljungqvist, President of the ESPEN*

El coste potencialmente atribuible a la Desnutrición Hospitalaria en España ha sido cifrado por SENPE a través de estudio PREDYCES en al menos 1.143 millones de euros (XXXI Congreso SENPE 2016). Esto, multiplicado por los 16 años transcurridos desde que propusimos el cribado, han supuesto unos 18.300 millones de € de gasto descuidado.

El presupuesto del Proyecto CONUT presentado por el Dr. García de Lorenzo, entonces Presidente de SENPE, al Ministerio de Sanidad en 2002 para la detección precoz de la desnutrición en España, mediante concurso público, ascendía a 186.746 € de entonces, con un plazo de ejecución de seis meses desde la adjudicación.



El proyecto fue rechazado por el Ministerio al entender incumbía a las Comunidades Autónomas, El Comité Científico-Educacional de SENPE, desestimó apoyarlo y cerró el grupo de trabajo creado al efecto para protocolizar VEN y Cribado Nutricional.

En conclusión, el método que hemos desarrollado para la detección precoz del riesgo nutricional es válido gracias a sus valores de objetividad, sencillez, eficiencia, sensibilidad y capacidad predictiva y de monitorización.

Se pone de manifiesto una clara contradicción, incluso con connotaciones deontológicas, entre **nuestro objetivo a alcanzar: “prever el riesgo para evitar la desnutrición clínica”** y los métodos propuestos por ESPEN, basados en diagnóstico de hechos consumados (no acordes con los criterios de la OMS).

Seguimos defendiendo nuestro método por más que sea negado por Sociedades Científicas de gran peso a nivel mundial pues marcan pautas que, en esta ocasión, parecen más afines a los intereses comerciales de sus mecenas que a las directrices científicas de los profesionales que velan por la salud de los pacientes.

Colofón: Consideramos que SENPE podría dar solución al estancamiento del problema en España, debido, en primer lugar, a la improcedencia e ineficacia de los métodos propuestos por varios países europeos a instancias de las directrices marcadas por ESPEN en los últimos 15 años y en segundo lugar ante la dificultad para aplicarlos en España por carecer de Dietistas en los Hospitales, proponiendo:

- Promulgar el uso del sistema automático de filtro CONUT para la valoración inmediata del riesgo clínico y nutricional, desde fases presintomáticas, de todos los pacientes atendidos a los que se pide análisis clínico.
- Manteniendo, para los pacientes de riesgo CONUT igual o superior a 2, los actuales directrices de ESPEN para confirmar el diagnóstico de la desnutrición susceptible de ser tratada con soporte nutricional con procedimientos sencillos.
- De no confirmarse la etiología carencial del riesgo, optar por procedimientos diagnósticos más específicos, dirigidos a la tipificación etiopatogénica del riesgo clínico del paciente por parte del especialista responsable.
- En los pacientes con riesgo CONUT alto (>8), aplicando directamente la Evaluación clínica completa.
- Aconsejando mantener activo el control del riesgo nutricional / clínico del paciente a todo lo largo del curso clínico para **monitorizarlo nutricional y clínicamente**, hasta el alta clínica definitiva, incluyendo el algoritmo CONUT en los análisis rutinarios de control clínico.



Con ello se beneficiaría a todos los pacientes mejorando la calidad asistencial y disminuiría la morbilidad, mortalidad, reingresos y costos asistenciales, al introducir simultáneamente un sistema automático de monitorización del curso clínico desconocido en Europa.