



Red de Investigación Estudiantil de la Universidad del Zulia  
Revista Venezolana de Investigación Estudiantil

# REDIELUZ

Sembrando la investigación estudiantil

**Vol. 13 N° 1**

Enero - Junio 2023



ISSN: 2244-7334

Depósito Legal: pp201102ZU3769



**VAC**

Universidad del Zulia  
Vicerrectorado Académico

## PREVALENCIA DE DESNUTRICIÓN AL MOMENTO DE ADMISIÓN AL SERVICIO DE MEDICINA INTERNA

Prevalence of malnutrition at the time of admission to the internal medicine service.

**Hazel Anderson Vásquez<sup>1,2</sup>, Mareidys Daza<sup>1</sup>, Luisandra González<sup>1</sup>.**

<sup>1</sup>Escuela de Nutrición y Dietética. Universidad del Zulia,

<sup>2</sup>Docente Titular de la Escuela de Nutrición y Dietética, Coordinadora Académica de la Especialidad en Nutrición Clínica, Coordinadora del Programa de Educación Continua de la División de Estudios para Graduados de la Facultad de Medicina de la Universidad del Zulia, Venezuela

ORCID: <http://orcid.org/0000-0001-8780-4332>

<http://orcid.org/0000-0003-1653-6566>

<https://orcid.org/0000-0002-7224-8326>.

[hazelanderson2001@gmail.com](mailto:hazelanderson2001@gmail.com)

### RESUMEN

La desnutrición hospitalaria es un problema de salud pública, determinada por factores socioeconómicos y políticos, la patología asociada, los procesos digestivos alterados y los factores ambientales incluyendo los patrones alimentarios. El presente trabajo de investigación observacional, descriptivo, transversal, tuvo como objetivo determinar la prevalencia de desnutrición al momento de admisión al Servicio de Medicina Interna, se realizó con 262 sujetos (164 hombres y 98 mujeres) a quienes se les aplicó la valoración Global subjetiva en las primeras 24-48 horas de la hospitalización, encontrándose 170 pacientes desnutridos (65%) distribuidos: 94 (36%) desnutrición moderada y 76 (29%) desnutrición severa; En cuanto al género masculino: desnutrición moderada (38%) y desnutrición grave (26%); y en el género femenino desnutrición moderada (32%) y desnutrición grave (34%). La desnutrición moderada predominó en el grupo de 50 – 64 años (48%); mientras que la desnutrición severa tuvo la mayor frecuencia en el grupo de 65-80 años (52%) ( $p < 0,018$ ). La patología más frecuente = neumonía con 106 casos (41%) y mayor prevalencia en mujeres (52%), el resto de las patologías en los hombres predominando el HIV (33%) ( $p < 0,000$ ). Se concluye, que la prevalencia de desnutrición en esta población es alta, con predominio de la severidad en los adultos mayores.

**Palabras Clave:** estado nutricional, desnutrición, valoración global subjetiva, neumonía, grupos de edad, sexo, hospital

Prevalence of malnutrition at the time of admission to the internal medicine service.

### ABSTRACT

Hospital malnutrition is a public health problem, determined by socioeconomic and political factors, associated pathology, altered digestive processes and environmental factors including eating patterns. The objective of this observational, descriptive, cross-sectional research work was to determine the prevalence of malnutrition at the time of admission to the Internal Medicine Service, it was carried out with 262 subjects (164 men and 98 women) to whom the Subjective Global assessment was applied. in the first 24-48 hours of hospitalization, finding 170 malnourished patients (65%) distributed: 94 (36%) moderate malnutrition and 76 (29%) severe malnutrition; As for the male gender: moderate malnutrition (38%) and severe malnutrition (26%); and in the female gender moderate malnutrition (32%) and severe malnutrition (34%). Moderate malnutrition prevailed in the group of 50-64 years (48%); while severe malnutrition had the highest frequency in the group of 65-80 years (52%) ( $p < 0.018$ ). The most frequent pathology = pneumonia with 106 cases (41%) and a higher prevalence in women (52%), the rest of the pathologies in men, predominantly HIV (33%) ( $p < 0.000$ ). It is concluded that the prevalence of malnutrition in this population is high, with a predominance of severity in older adults.

**Keywords:** nutritional status, malnutrition, subjective global assessment, age groups, gender, hospital

**Recibido: 26-01-2023 Aceptado: 20-04-2023**



## INTRODUCCIÓN

La desnutrición del paciente hospitalizado se ha definido como un estado de enfermedad secundaria a una deficiencia relativa o absoluta de calorías y nutrientes que se manifiesta clínicamente, es detectado a través de diferentes indicadores clínicos, bioquímicos, dietéticos y antropométricos (Burgos, 2013; Xu & Vincent, 2020) y se basa en los efectos deletéreos que ocurren en los órganos y tejidos en todos los sistemas, tanto a nivel gastrointestinal, endocrino-metabólico, inmune, renal y cardiovascular, que trae consigo un desequilibrio que puede traer consecuencias adversas al organismo favoreciendo una mayor morbilidad (García de Lorenzo, Álvarez, Planas, Burgos & Araujo, 2011), por lo que es necesario identificarla para minimizar sus efectos sobre el paciente, principalmente las complicaciones ya que aumentan la estancia hospitalaria y la mortalidad. (Waitzberg, Ravacci & Raslan, 2011; Pérez-Flores et al, 2016).

Todo paciente debe ser evaluado a su ingreso al hospital para determinar su riesgo y/o estado nutricional (Villamayor et al, 2006). En este sentido, Detsky et al en 1987 publicaron la Valoración Global subjetiva (VGS), La VGS es un método clínico de valoración del riesgo y estado nutricional, recomendado por la Sociedad Americana de Nutrición Enteral y Parenteral (ASPEN) que tiene como objetivo identificar pacientes con riesgo y signos de desnutrición, presenta una sensibilidad del 96-98% y una especificidad del 82-83% (Ravasco, Anderson & Mardones, 2010). Es una prueba simple, válida, no invasiva, aplicable a todo tipo de pacientes y situaciones clínicas. Se considera como "gold standard" para validar nuevos métodos de valoración nutricional (Peralta, 2015).

La VGS es un método de valoración nutricional de un paciente a través de la evaluación clínica que incluye 5 antecedentes: pérdida reciente de peso, cambios en la ingesta de alimentos, presencia de síntomas gastrointestinales, capacidad funcional, demandas metabólicas de la enfermedad subyacente y cuatro características del examen físico (grasa subcutánea, desgaste muscular, edema y ascitis); clasifica al paciente en tres grupos: (A) bien nutrido, (B) con desnutrición moderada o riesgo de desnutrición y (C) con desnutrición severa (Detsky et al., 1989).

En cuanto a su aplicación, en 1995, a través del IBANUTRI (Inquérito Brasileiro de Avaliação Nutricional Hospitalaria), se evaluaron en Brasil 4.000 pacientes hospitalizados utilizando este método,

la prevalencia de desnutrición encontrada fue de 48,1%; de los cuales 12,5% eran desnutridos graves (Waitzberg, Caiaffa & Correia, 2001). Asimismo, En el Estudio Latinoamericano de Desnutrición (ELAN) que involucró a 13 países con un total de 9346 pacientes, al aplicar la VGS se encontró un 50,2% de desnutrición, de los cuales 39% eran desnutridos moderados y 11,2% desnutridos graves (Correia et al, 2003).

Por otra parte, en cuanto a su aplicación según las patologías, (Fernández-López et al, 2013) estudiaron 997 pacientes oncológicos con un rango de edad de 20-90 años encontraron una prevalencia de desnutrición con la valoración global subjetiva del 72,9% (29,9% desnutrición moderada y 43% desnutrición severa), de los cuales 69% de los pacientes habían perdido más de un 5% de su peso habitual en los 3 meses previos, siendo esto más frecuente entre los portadores de tumores digestivos. El 81,2% de los pacientes tenían dificultades para alimentarse (53,3%). Mientras que Oreggioni et al (2013) estudiaron 81 pacientes mayores de 18 años, de ambos sexos con diagnóstico de cáncer de cabeza y cuello en el periodo 2014 – 2015, reportaron desnutrición de los cuales 32,1% eran moderada y severas respectivamente, con predominio del sexo masculino, de edades avanzadas, en estadios III/IV de la neoplasia.

En la presente investigación se seleccionaron patologías tales como: neumonía, el virus de la deficiencia humana (HIV), hemorragia digestiva superior, cáncer y hepatopatías. La neumonía es una enfermedad infecciosa que inflama los alvéolos pulmonares; entre los patógenos causantes tenemos: las bacterias, los virus y los hongos. Es una enfermedad aguda y potencialmente grave con el rápido desarrollo de una serie de síntomas y complicaciones, por lo que representa una causa importante de morbilidad y mortalidad, especialmente en personas mayores con enfermedades crónicas, por lo que la desnutrición juega un papel fundamental (Yeo et al., 2019).

La segunda nosología más frecuente incluyó las personas con VIH ya que su estado nutricional es un factor pronóstico importante para el progreso de la enfermedad, la supervivencia y los niveles de funcionamiento en el curso de la enfermedad. La infección por el VIH provoca un aumento de la necesidad de nutrientes pero, al mismo tiempo, exacerba la reducción de la ingesta de alimentos lo que conduce a la desnutrición (Hamzeh, Pasda, Darbandi, Parsa & Reza, 2017).

En cuanto a la hemorragia digestiva, se define como la extravasación de sangre a cualquier nivel del aparato digestivo, que alcanza la luz esófago-gástrica, intestinal o colónica, aparece como complicación de múltiples enfermedades digestivas y sistémicas, el paciente puede ser sometido a períodos de ayuno prolongados lo cual repercute en el estado nutricional (Páez, 2006)

Entre las hepatopatías, la cirrosis representa la fase final de cualquier enfermedad crónica del hígado, que resulta en la destrucción de la arquitectura normal de hígado. La malnutrición es uno de los factores pronóstico más importantes en la cirrosis hepática. La desnutrición relacionada con la enfermedad se asocia con un incremento sustancial de complicaciones, peor calidad de vida e incremento de la estancia hospitalaria (European Association for the Study of the Liver, 2019).

Finalmente en el paciente oncológico, la desnutrición puede originarse como consecuencia de disminución del aporte de energía y de nutrientes, hipermetabolismo asociado a las infecciones, la anorexia, la depresión, la terapia citotóxica). Estos sujetos presentan desnutrición tanto al inicio de la enfermedad (15 % - 20 %) como en los estadios avanzados (80 % - 90 %) (Valenzuela-Landaeta, Rojas & Basfiferk, 2012).

En otro orden de ideas, es importante considerar los aspectos extrínsecos de la nutrición, ya que el proceso de alimentación es muy complejo e incluye aspectos psico-sociales y económicos que garantizan su efectividad. Es significativo considerar que Venezuela vive la crisis económica más severa que haya enfrentado país latinoamericano alguno en la historia moderna; el cual ha afectado directamente el estado nutricional de la población (Sánchez Urribarrí, 2016). En este sentido, La Encuesta Nacional de Condiciones de Vida de la Población Venezolana (Landaeta-Jiménez, Herrera Cuenca, Vásquez & Ramírez, 2015) evaluó las siguientes dimensiones: características de los hogares, pobreza, alimentación y nutrición, salud y otros.

En cuanto a la alimentación, indican que hay un importante desabastecimiento y encarecimiento de alimentos, debido a la hiperinflación y la pérdida del poder adquisitivo con una tendencia a la mono dieta. La dieta tradicional ha perdido calidad y cantidad, ya que se redujo el aporte de proteínas de alto valor biológico y aumentó el porcentaje de carbohidratos, bajo en fuentes de hierro, zinc, vitamina A, complejo B y otros micronutrientes (Lan-

daeta-Jiménez, Sifontes & Herrera Cuenca, 2018). Esto asociado a la desmejora de los servicios de nutrición de los hospitales públicos que para el año 2017, 64% de los servicios de nutrición se encontraban inoperativos y sólo 13% contaba con el servicio adecuado (Tejeda Diaz, 2017).

De acuerdo con lo anteriormente planteado la presente investigación tiene como objetivo determinar la prevalencia de desnutrición en pacientes al momento de su admisión al servicio de Medicina interna con la finalidad de obtener información para el diseño de estrategias dietéticas dentro de la terapéutica de estos pacientes.

## MATERIALES Y MÉTODO

La presente investigación fue descriptiva, observacional y de diseño transversal, se llevó a cabo en el Servicio de Medicina Interna del Hospital Universitario de Maracaibo en el periodo Marzo a Diciembre de 2018 donde se realizó la evaluación del estado nutricional mediante el método de la Valoración global subjetiva (VGS) a los pacientes adultos en las primeras 24 horas posterior al ingreso al servicio de hospitalización. Todos los procedimientos de investigación se realizaron de acuerdo con la Declaración de Helsinki

Se consideraron como criterios de inclusión: a) Pacientes de ambos géneros entre 18-80 años de edad. b) Pacientes ingresados al Servicio de Medicina Interna del Hospital Universitario de Maracaibo c) Que firmaran el consentimiento informado.

### Técnica de recolección de datos

Para la recolección de los datos, se utilizó la historia Clínica y el Formulario de la Valoración global subjetiva de Detsky et al (1989). Este formulario está estructurado de la siguiente manera: edad, sexo, diagnóstico de ingreso, pérdida de peso, cambios en la ingesta oral, síntomas gastrointestinales y capacidad funcional. También incluyó una exploración física en la que se examinó la pérdida de masa muscular y de masa grasa, edema maleolar y sacro y ascitis.

### Diagnóstico nutricional

Para realizar el diagnóstico nutricional se consideró que aquel paciente que presentó pérdida de peso y de masa muscular pero recibió una ingesta adecuada o se encontraba recuperando su peso, se clasificó como A = Bien nutrido. Un paciente con

perdida moderada de peso de patrón continuo, disminución persistente de su ingesta, incapacidad funcional progresiva y con una enfermedad de estrés moderado, se clasificó como B = Desnutrición moderada. Un paciente con pérdida severa de peso, ingesta disminuida, incapacidad funcional progresiva y pérdida de masa muscular, se clasificó como C = Desnutrición severa independientemente de su proceso patológico.

### Análisis estadístico

Para el análisis estadístico se utilizó el programa estadístico SPSS versión 20.0 para Windows, las variables cualitativas se expresaron en forma de frecuencias absolutas y/o relativas y se presentaron en forma de tablas. Para contrastar la normalidad de la distribución de las variables se utilizó el test de Kolmogorov-Smirnov. Variables como el sexo y la edad se emplearon como factores de agrupación. Para la asociación de las variables de las patologías y el estado nutricional o la edad se utilizó Chi cuadrado de Pearson. Las diferencias se consideraron significativas al nivel de  $p < 0,05$ .

## RESULTADOS

Se aplicó la VGS a 262 sujetos quienes aceptaron participar en el estudio. En la tabla 1 se representa las características de los sujetos de acuerdo a la edad y el género: 164 hombres y 98 mujeres evaluados, se observa que la mayor frecuencia en los hombres fue en el grupo de 18 a 34 años de edad, mientras que en las mujeres fue en el grupo de 50 a 64 años. En el género masculino se encontró una mayor heterogeneidad en cuanto a la edad ( $p < 0,007$ ). Con respecto a las patologías distribuidas según el género (Tabla 2) se observa que la patología más frecuente fue la neumonía con 106 casos (41%), con mayor prevalencia en el género femenino (52%) mientras que en los hombres la mayor prevalencia fue de HIV (33%); igualmente que con excepción de las neumonías, la demás patologías tuvieron un mayor predominio en los hombres, ( $p < 0,000$ ) (Tabla 2).

La tabla 3, muestra el estado nutricional determinado por la VGS un total de 170 pacientes desnutridos (65%), de los cuales 94 (36%) presentó desnutrición moderada y 76 pacientes (29%) desnutrición severa., al ser distribuidos por género, el 38% del género masculino presentó desnutrición moderada y el 26% desnutrición grave; mientras que en las mujeres fue 32% y 34% respectivamente.

Con respecto al estado nutricional determinado por la VGS de acuerdo a los grupos de edad (Tabla 4) se mantiene la tendencia de 36% malnutrición moderada y 29% desnutrición grave para el grupo estudiado. Al analizar por grupos de edad, la prevalencia de la desnutrición moderada fue mayor en el grupo de 50 – 54 años (48%); mientras que la desnutrición severa tuvo la mayor prevalencia en el grupo de 65-80 años (52%), con una distribución de la severidad en proporción directa con la edad (Tabla 4).

La tabla 5, representa la asociación entre las patologías, los grupos de edad y el género, se observa que predominó el grupo de 18-34 años, las patologías más frecuentes en los hombres fue el HIV y en las mujeres la neumonía, manteniéndose la tendencia hasta llegar al grupo de 65-80 años, donde el mayor predominio fueron las neumonías, no se reportaron HIV, hepatopatías ni patologías oncológicas. La hemorragia digestiva superior fue más frecuente en el grupo de 50-64 años y las hepatopatías u oncología en el grupo de 18-34 años. En el grupo de edad la mayor diferencia ocurrió en el grupo de 18-34 años de edad ( $P=0,001$ ) que incluyó el mayor número de hombres, y se reflejó porcentualmente en una mayor frecuencia de HIV; situación diferente se observa en el grupo de 50-64 años de edad ( $P=0,021$ ) donde la mayor frecuencia fue de mujeres con neumonía pero no se reportaron patologías oncológicas.

La tabla 6, señala la asociación entre el estado nutricional con el género y los grupos de edad. Se observa que en el grupo bien nutrido predominó en el género masculino (52%) en el grupo de 18 – 34 años (adulto joven), mientras que en las mujeres la mayor frecuencia de bien nutridas se encontró en el grupo de 50-64 años de edad; en ambos géneros la prevalencia de bien nutridos fue más baja en el grupo de 65-80 años (5 y 3% respectivamente) ( $p < 0,003$ ). En la misma tabla 5, se observa que el grupo de malnutrición moderada predominó en el género masculino (38%) mientras que en las mujeres comprendió desde los 35-64 años, en ambos géneros. La prevalencia de malnutrición moderada fue más baja en el grupo de 65-80 años (8 y 16% respectivamente). Finalmente la desnutrición grave predominó en el grupo de 18-34 años de edad en ambos géneros (40% y 32% respectivamente).

Al analizar la tabla 6, se observa la asociación entre el estado nutricional, las patologías y el género, con respecto al total de sujetos estudiados, la patología más frecuente fue la neumonía, en cuan-

to al predominio según los géneros, en el masculino predominó el HIV y en el femenino la neumonía. En el resto de las patologías la oncológica, fue casi en un 97% predominio en los hombres, seguidas de las hepatopatías; mientras que la hemorragia digestiva superior tuvo una frecuencia homogénea, con excepción del grupo desnutrido grave donde predominó el género masculino.

Por otra parte en la misma tabla 6, se observa que en la escala bien nutrido, para el género mas-

culino la patología más frecuente fue el HIV (37%), seguida de la neumonía (22%), mientras que en el género femenino la patología más frecuente fue la neumonía (57%), seguido de la hemorragia digestiva superior. En la escala de malnutrición moderada en ambos géneros fue la neumonía la patología más prevalente. En la desnutrición grave en el género masculino las más frecuentes fueron la neumonía y el HIV y en las mujeres la neumonía y no se observaron casos de hepatopatías en la escala desnutrición grave.

**Tabla 1.- Características de los sujetos de acuerdo a los grupos de edad y género.**

Grupos de edad	Total	Género		P<0,05
		Masculino	Femenino	
18-34	98 (37)	72 (44)	26 (26)	0,007
35-49	71 (27)	45 (28)	25 (26)	
50-64	60 (23)	30 (18)	30 (31)	
65-80	33 (13)	16 (10)	17 (17)	
Total	262 (100)	164 (100)	98(100)	

**Fuente:** Andersón et al (2022)

Los valores se expresan: n (%) Se considera significativo cuando es  $p < 0,05$ . p: determinado por Prueba de Chi cuadrado de <Pearson.

**Tabla 2.- Prevalencia de las patologías según el género**

Patologías	Total	Género		P<0,05
		Masculino	Femenino	
Neumonía	106 (41)	46 (28)	60 (52)	0,000
HIV	66 (25)	54 (33)	12 (12)	
Hemorragia digestiva superior	43 (16)	28 (17)	15 (15)	
Hepatopatías	26 (10)	19 (12)	7 (7)	
Oncología	21 (8)	17 (10)	4 (4)	
Total	262 (100)	164 (100)	98(100)	

**Fuente:** Andersón et al (2022)

Datos expresados como n (%). Se considera significativo:  $p < 0,05$ . Prueba de chi cuadrado de <Pearson

**Tabla 3- Estado nutricional según la Valoración Global Subjetiva y el género.**

VGS	Total	Sexo		P<0,05
		Masculino	Femenino	
Estado nutricional				0,259
Bien nutrido	92 (35)	59 (36)	33 (34)	
Malnutrición moderada o riesgo de malnutrición	94 (36)	63 (38)	31 (32)	
Desnutrición grave	76 (29)	42 (26)	34 (34)	
Total	262 (100)	164 (100)	98(100)	

**Fuente:** Andersón et al (2022)

Los valores se representan= n (%) Se considera significativo cuando es  $p < 0,05$ . p: determinado por chi cuadrado



**Tabla 4.- Estado nutricional determinado por la Valoración Global Subjetiva de acuerdo a los grupos de edad**

VGS	Grupos de edad (años)					P<0,05
	Total (n=262)	18-34 (n=98)	35-49 (n=71)	50-64 (n=60)	65-80 (n=33)	
Bien nutrido	92 (35)	40(41)	28(39)	18(30)	6(18)	0,018
desnutrición moderada	94 (36)	30(32)	25(26)	29(31)	10(11)	
Desnutrición grave	76(20)	28(30)	18(26)	13(22)	17(52)	
<b>Total</b>	<b>262 (100)</b>	<b>98(100)</b>	<b>71(100)</b>	<b>60 (100)</b>	<b>33(100)</b>	

**Fuente:** Andersón et al (2022)

Datos expresados como n (%).Se considera significativo: p<0,05. Prueba de chi cuadrado de <Pearson

**Tabla 5.- Asociación entre las patologías, los grupos de edad, y el género de los sujetos evaluados según la Valoración Global Subjetiva.**

Patolo- gias	Total (n=262)	P<0,05	Grupos de edad											
			18-34 (n=98)		35-49 (n=71)		50-64 (n=60)		65-80 (n=33)		P<0,05		P<0,05	
			M (n=72)	F (n=26)	P<0,05	M (n=46)	F (n=25)	P<0,05	M (n=30)	F (n=30)	P<0,05	M (n=16)	F (n=17)	P<0,05
Neumo- nía	106 (40)	0,000c,d	16(22) a	16(62) b	0,001d	16(35) a	13(52) b	0,496 d	7(24) a	17(56) b	0,021 d	7(44) a	14(82) b	0,061 d
HIV	66 (25)		35(49) a	2(8) b		14(31) a	8(32) b		4(13) a	2(7) b		1(6) a	0(0)	
Hemo- rragia digestiva superior	43(16)		4(6) a	1(4),b		7(15) a	2(8) b		9(30) a	9(30) b		8(50) a	3(18)b	
Hepato- patías	26(8)		9(12) a	4(15) b		6(13) a	1(4) b		4(13) a	2(7) b		0(0)	0(0)	
Oncolo- gía	21(8)		8(11) a	3(11) b		3(6) a	1(4) b		6(20) a	0(0)		0(0)	0(0)	

**Fuente:** Andersón et al (2022)

Datos expresados como n (%).M=Masculino. F= Femenino. Prueba Chi cuadrado de Pearson(X2) Se considera significativo: p<0,05.

a=masculino (p=0,000) b=femenino (p=0,003) c=sexo d=edad

**Tabla 6.- Asociación entre el Estado nutricional evaluados según la Valoración Global Subjetiva, el género y los grupos de edad de los sujetos**

Grupos de edad (años)	Total (n=262)	Bien nutrido (n=92)		P<0,05	Malnutrición moderada o riesgo de malnutrición (n=94)		P<0,05	Desnutrición grave (n=76)		P<0,05
		Masculino (n=59)	Femenino (n=33)		Masculino (n=63)	Femenino (n=31)		Mascu- lino (n=42)	Femeni- no (n=34)	
18-34	98 (37)	31(52)	9(27)	0,003a	24(38)	6(20)	0,242a	17(40)	11(32)	0,551a
35-49	71 (27)	20(33)	8(24)		15(24)	10(32)		11(26)	7(20)	
50-64	60 (23)	6(10)	12(36)		19(30)	10(32)		5(12)	8(24)	
65-80	33 (13)	2(5)	4 (3)		5(8)	5(16)		9(22)	8(24)	

**Fuente:** Andersón et al (2022)

Datos expresados como n (%).Se considera significativo: p<0,05. Prueba de chi cuadrado de <Pearson a=asociación del estado nutricional, sexo y edad

**Tabla 7.- Asociación entre el Estado nutricional según la Valoración Global Subjetiva, las patologías y el género.**

Patologías	Total (n=262)	P<0,05	Estado nutricional								
			Bien nutrido (n=92)			Malnutrición moderada o riesgo de malnutrición (n=94)			Desnutrición grave (n=76)		
			Masculino (n=59)	Femenino (n=33)	P<0,05	Masculino (n=63)	Femenino (n=31)	P<0,05	Masculino (n=42)	Femenino (n=34)	P<0,05
Neumonía	106 (40)	0,000a	13(22)	19(57)	0,000a	20(31)	18(59)	0,090a	13(31)	23(67)	0,007a
HIV	66 (25)		22(37)	1(3)		19(30)	5(16)		13(31)	6(18)	
Hemorragia digestiva superior	43(16)		8(14)	8(25)		8(13)	5(16)		12(28)	2(6)	
Hepatopatías	26(8)		9(15)	5(15)		8(13)	2(6)		2(5)	0(0)	
Oncología	21(8)		7(12)	0(0)		8(13)	1(3)		2(5)	3(9)	

Fuente: Andersón et al (2022)

Datos expresados como n (%). Prueba Chi cuadrado de Pearson(X<sup>2</sup>) Se considera significativo: p<0,05. a=asociación de la patología, estado nutricional y sexo

## DISCUSIÓN Y CONCLUSIÓN

La desnutrición relacionada con la enfermedad es un problema de salud pública de alto impacto en todo el mundo, particularmente en Latinoamérica, en este caso en Venezuela. Se ha reportado que al momento del ingreso del paciente a la institución hospitalaria la prevalencia se encuentra entre el 40% y 60%, principalmente en adultos mayores en estado crítico o en cirugía. La presente investigación tuvo como objetivo determinar la prevalencia de desnutrición en el Servicio de Medicina Interna en un hospital universitario, observándose un 65% de desnutrición, valores más elevados que los reportados en el estudio sobre la malnutrición hospitalaria en Latinoamérica, donde Venezuela en un estudio de 188 pacientes publicó un 45% de desnutrición hospitalaria (Correia et al., 2017).

Sin embargo, los resultados del presente estudio son más bajos a los valores reportados por Padilla-Romo y cols (2015) quienes en su estudio con 100 sujetos evaluados por la VGS con una edad promedio de 49 años, (51 hombres y 49 mujeres); conformados 62% del servicio de medicina interna y 38% de nefrología; mostraron que el 30% presentaron sospecha de desnutrición y 42% estaban severamente desnutridos. Asimismo, difieren de los valores publicados por Baccaro y cols (2007), quienes evaluaron 152 pacientes con edad promedio de

63.4 años (rango de 17 a 92 años), encontrando que 78 pacientes estaban bien nutridos (51.3%), mientras que 74 estaban malnutridos (48.7%). De ellos, 52 estaban moderadamente desnutridos (34.2%) y 22 gravemente desnutridos (14.5%).

La elevada prevalencia de desnutrición observada en el presente estudio pone de manifiesto la importancia de su detección al ingreso del paciente al centro hospitalario, ya que ella incrementa el riesgo de complicaciones tales como problemas respiratorios, gastrointestinales y cardíacos, trombosis venosa profunda, úlceras de presión, mortalidad perioperatoria, déficit inmunológico mediado por la disminución de los linfocitos T CD4, falla multiorgánica, incremento de costos y de tiempo de hospitalización (Correia et al., 2017).

Según (Hernández-Escalante et al., 2014), el envejecimiento poblacional constituye el cambio demográfico más trascendente en el nuevo milenio y es indudable que la población mayor de 65 años continuará incrementándose en los próximos años; aunque en el adulto mayor, el estado de desnutrición está asociado a múltiples factores, incluyendo declinación funcional cognoscitiva, enfermedades crónicas, medicamentos, problemas de dentición, aislamiento y pobreza. Estos autores evaluaron aplicando la VGS a 80 pacientes mayores de 60 años, (51% sexo masculino, 49% sexo femenino), en el Servicio de Medicina Interna del Hospi-



tal Regional "Mérida" del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (México) reportaron 49% de casos de desnutrición, valores que difieren de la elevada prevalencia en el grupo de 65 a 80 años de edad observada en la presente investigación.

Entre las patologías estudiadas en la neumonía es muy importante el diagnóstico del riesgo nutricional, ya que la desnutrición favorece su desarrollo y debilita la actividad física y el sistema inmunitario (Gea, Sancho & Chalela, 2018). Por lo tanto, el papel principal de la nutrición en el tratamiento de la neumonía, es reducir la desnutrición que induce una alta mortalidad y morbilidad y favorece una contractilidad muscular respiratoria deteriorada. Por lo tanto, la intervención nutricional es vital en pacientes con neumonía (Rodríguez et al., 2010).

En el estudio de Correia y cols (2003) sobre la malnutrición hospitalaria en Latinoamérica reportaron que los resultados de malnutrición en pacientes con patologías como VIH, cáncer, hepatopatías fueron similares al resto de la población hospitalizada. En este sentido en el caso del VIH (Freijo & Mengoni, 2018) la desnutrición puede afectar, en diferentes grados de severidad, al 50-90% de seropositivos y se trata de uno de los primeros signos clínicos que aparecen en la evolución del curso de la enfermedad (Thuppal, Shinyoung, Regan & Bailey, 2017). Martínez Iturriaga y cols (2014) evaluaron 50 pacientes por la VGS encontró que el 78% de los pacientes presentó un estado nutricional adecuado, 14% de los entrevistados fueron categorizados como moderadamente desnutridos o con riesgo de desnutrición y una minoría (8%) tenía desnutrición severa.

Por otra parte, en las patologías gastrointestinales, la prevalencia de la desnutrición tiene un rango más alto debido a las dificultades de la ingesta de alimentos, la función alterada de la digestión y la absorción causada por enfermedades gastrointestinales (Rodríguez, 2011), en este caso la hemorragia digestiva superior dependiendo de su etiología. No se encontró literatura para comparar por hemorragia digestiva superior; pero dado que la mayoría de estos pacientes presentaron desnutrición grave, se consideraron los estudios en servicios de gastroenterología o de enfermedades digestivas dado que las enfermedades gastrointestinales a menudo conducen a una disminución de la ingesta de alimentos y al deterioro de la función de la digestión y la absorción (Onishi et al., 2018).

Con respecto al paciente oncológico, Lancheros-Páezel (2014) publicaron que presenta múltiples factores de riesgo que de manera directa o indirecta pueden afectar su estado nutricional y la respuesta al tratamiento antineoplásico instaurado. Es de vital importancia que siempre se realice la evaluación nutricional al ingreso hospitalario,

Múltiples factores contribuyen a la malnutrición, como los socioeconómicos, la edad avanzada y el tipo de patología. En el caso de Venezuela la situación empeora, debido a la situación actual de inseguridad alimentaria determinada por la escasez, desabastecimiento de alimentos e inflación lo cual repercute, ya que se ha observado desde el año 2012 una reducción del consumo de alimentos. Para obtener información al respecto se realizó la Encuesta Nacional de Condiciones de Vida 2014 (Landaeta-Jiménez et al, 2015), quienes reportaron que la dieta del venezolano es de baja calidad, ya que en la cesta básica no aparecen algunos alimentos fundamentales para la alimentación saludable, determinado por un alto consumo de harinas refinadas y un bajo consumo de proteínas, vegetales y frutas dado que sus ingresos no lo permiten, factores éstos que se infiere, pueden favorecer el desarrollo de la desnutrición en esta población (Landaeta-Jiménez et al, 2018).

Este trabajo presentó limitaciones asociadas con la dificultad determinada por las condiciones físicas y ambientales del ámbito hospitalario; así como también por las condiciones del paciente.

Se concluye que la prevalencia de desnutrición en estos pacientes es alta al momento de la admisión al servicio de hospitalización y su severidad afecta principalmente a la tercera edad. Se evidenció la importancia de identificar y diagnosticar la desnutrición al ingreso hospitalario, como un factor de riesgo para el desarrollo de complicaciones y mortalidad, ya que se ha reportado que puede incrementar en los desnutridos el riesgo de mortalidad hasta en 2,64 veces, al ser comparados con los sujetos con estado nutricional normal (Pérez-Flores et al, 2016).

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Baccaro F, Balza D, Zapata S.(2007) Subjective Global Assessment: utility in the clinical setting. *Journal of Parenteral and Enteral Nutrition*, 31,405-409.
- Burgos R. (2013) Desnutrición y enfermedad. *Nutr Hosp Suplementos*, 6 (1),10-23.

- Correia MITD, Perman MI, Waitzberg DL.(2017) Hospital malnutrition in Latin America: A systematic review. *Clin Nutr.*Aug,36 (4),958-967. doi: 10.1016/j.clnu.2016.06.025. Epub 2016 Jul 19. PMID: 27499391.
- Correia MI, Campos AC; ELAN Cooperative Study. (2003) Prevalence of hospital malnutrition in Latin America: the multicenter ELAN study. *Nutrition.* Oct, 19(10), 823-5. doi: 10.1016/s0899-9007(03)00168-0. PMID: 14559314.
- Detsky A, Baker J, Mendelson R, Wolman S, Wesson D, Jeejeebhoy K. (1984) Evaluating the Accuracy of Nutritional Assessment Techniques Applied To Hospitalized Patients: Methodology and Comparisons.*J Parenter Enteral Nutr;* 8(2): 153-159.
- European Association for the Study of the Liver EASL(2019). Clinical Practice Guidelines on nutrition in chronic liver disease *Journal of Hepatology.*70, ( j ),172–193.
- Fernández López M. T., Saenz Fernández C. A., Sás Prada M. T. de, Alonso Urrutia S., Bardasco Alonso M. L., Alves Pérez M. T. et al (2013). Desnutrición en pacientes con cáncer: una experiencia de cuatro años. *Nutr. Hosp.,* Abr, 28( 2 ), 372-381. <http://dx.doi.org/10.3305/nh.2013.28.2.6239>.
- Freijo S. y Mengoni A.(2018) Estado nutricional al ingreso de los pacientes internados con VIH. *Diaeta,* 28, (130),37-44.
- García de Lorenzo A, Álvarez Hernández J, Planas M, Burgos R, Araujo K(2011); multidisciplinary consensus work-team on the approach to hospital malnutrition in Spain Multidisciplinary consensus on the approach to hospital malnutrition in Spain *Nutr Hosp.* Jul-Aug,26,(4),701-710.
- Gea J., Sancho A., Chalela R.(2018) Nutritional status and muscle dysfunction in chronic respiratory diseases: stable phase versus acute exacerbations. *J Thorac Dis.* May, 10(Suppl 12), S1332–S1354.
- Hamzeh B., Pasdar Y., Darbandi M., Parsa M., Reza S.(2017) Malnutrition among patients suffering from HIV/AIDS in Kermanshah, Iran. *Ann Trop Med Public Health,*10, 1210-4.
- Hernández-Escalante V.V., Raygoza-Echeverría J. , Castro-Sansores C.J.(2014). Desnutrición hospitalaria en pacientes geriátricos mexicanos y concordancia entre instrumentos diagnósticos. *Rev Biomed,* 25,31-37.
- Lancheros-Páez Lilia Lizarda, Merchán-Chaverra Ricardo Alfonso, Martínez-Anaya Lizeth Joanna. (2014) Tamización del riesgo nutricional en el paciente oncológico. *rev.fac.med.,*62 ,( Suppl 1 ), 57-64.
- Landaeta-Jiménez M, Herrera Cuenca M, Vásquez M, Ramírez G.(2015) La alimentación y nutrición de los venezolanos. Encuesta Nacional de Condiciones de Vida 2014. *An Venez Nutr ,* 28(2), 100-109
- Landaeta-Jiménez M, Sifontes Y, Herrera Cuenca M, (2018) Venezuela entre la inseguridad alimentaria y la malnutrición. *An Venez Nutr,* 31(2), 66-77..
- Martínez Iturriaga S, Apiñaniz Apiñaniz R, Hurtado Gómez MF, Torroba Terroba I.(2014). Utilidad de una herramienta de screening nutricional en población VIH aplicable desde consultas externas del Servicio de Farmacia de un hospital. *Rev. O.F.I.L.,* 24,1,24-31.
- Onishi S, Shiraki M, Nishimura K, Hanai T, Moriwaiki H, Shimizu M.(2018) Prevalence of Sarcopenia and Its Relationship with Nutritional State and Quality of Life in Patients with Digestive Diseases.*J Nutr Sci Vitaminol (Tokyo),*64(6),445-453. doi: 10.3177/jnsv.64.445.
- Oreggioni L, Ortiz L, Joy L, Morinigo M.(2016) Desnutrición a partir de la valoración global subjetiva generada por el paciente (VGS-GP) en pacientes con cáncer de cabeza y cuello. *Mem. Inst. Investig. Cienc. Salud,*14(1),86-93.
- Padilla-Romo M , Martinez-Cordero E y Martinez-Cordero C(2015). Un instrumento sencillo y fiable para detectar riesgo nutricional en pacientes hospitalizados. *Nutr Hosp.,*32,1-382.
- Páez O. (2006) Guía práctica clínica. Hemorragia digestiva aguda. *Salud Uninorte,* 22 (2): 195-206.
- Peralta J. (2015) Valoración del riesgo nutricional en pacientes mayores de 19 años con el método de la valoración global subjetiva en el Hospital Vicente Corral Moscoso. Tesis para la obtención del Título de Especialista en Medicina. Universidad de Cuenca. Cuenca. Ecuador
- Pérez-Flores, Juan Emmanuel; Chávez-Tostado, Mariana; Larios-del-Toro, Yonué Elizabeth; García-Rentería, Jesús; Rendón-Félix, Jorge; Salazar-Parra, Marcela; IrustetaJiménez, Leire; Michel-Espinoza, Luis Rodrigo; Márquez-Valdez, Aída Rebeca; CuestaMárquez, Lizbeth; Álvarez-Villaseñor, Andrea Socorro; Fuentes-Orozco,

- Clotilde; González-Ojeda, C. Alejandro Evaluación del estado nutricional al ingreso hospitalario y su asociación con la morbilidad y mortalidad en pacientes mexicanos *Nutrición Hospitalaria*, vol. 33, núm. 4, julio-agosto, 2016, pp. 872-878.
- Ravasco P, Anderson H, Mardones F.(2010) Red de Malnutrición en Iberoamérica del Programa de Ciencia y Tecnología para el Desarrollo. Métodos de valoración del estado nutricional. *Nutr Hosp Supl.*,3(3),57-66.
- Rodríguez I.(2011) Factores de riesgo que incrementan la morbimortalidad en pacientes con hemorragia digestiva alta. *Enfermería Global*, 10 (2): 1-17.
- Rodríguez M., Carlson D., Montero J., Parodi R., Montero A., Greca A (2010) Estado nutricional y mortalidad en neumonía de la comunidad. *MEDICINA (Buenos Aires)*; 70: 120-126.
- Sánchez Urribarrí, Raúl A. (2016). Venezuela (2015): Un régimen híbrido en crisis. *Revista de ciencia política (Santiago)*, 36 (1), 365-381. <https://dx.doi.org/10.4067/S0718-090X2016000100016>
- Tejeda Diaz, I.N. (2017). Dinámica de la asistencia nutricional desde una perspectiva compleja. *Utopía y Praxis Latinoamericana*; 22 (78): 79-90.
- Thuppal S., Shinyoung J., Regan A. and Bailey L.(2017). The Nutritional Status of HIV-Infected US Adults. *Current Developments in Nutrition*, (1)10.
- Valenzuela-Landaeta k, Rojas p y Basfi-ferk (2012). Evaluación nutricional del paciente con cáncer. *Nutr Hosp.*, 27(2), 516-523.
- Villamayor Blanco L, Llimera Rausell G, Vidal VJ, González C, Pérez-Crespo, Iniesta Navalón C, Mira Sirvent MA, Martínez Penella M y Rabell Íñigo S. (2006). Valoración nutricional al ingreso hospitalario: iniciación al estudio entre distintas metodologías. *Nutr Hosp.*,21,163-72.
- Waitzberg D.L. Ravacci G. R y Raslan M. (2011). Desnutrición hospitalaria. *Nutr Hosp*;26(2):254-264.
- Waitzberg DL, Caiaffa WT, Correia MITD (2001). Hospital malnutrition: the brazilian national survey (IBRANUTRI): a study of 4000 patients. *Nutrition* , 126 (26-27), 24263-270.
- Xu, Y. C., & Vincent, J. I. (2020). Clinical measurement properties of malnutrition assessment tools for use with patients in hospitals: a systematic review. *Nutrition journal*, 19(1), 106. <https://doi.org/10.1186/s12937-020-00613-0>
- Yeo HJ, Byun KS, Han J, Kim JH, Lee SE, Yoon SH, Jeon D, Kim YS, Cho WH.(2019) Prognostic significance of malnutrition for long-term mortality in community-acquired pneumonia: a propensity score matched analysis. *Korean J Intern Med*. Jan 29. doi: 10.3904/kjim.2018.037.