

**UNIVERSIDAD DE EL SALVADOR
FACULTAD DE MEDICINA
ESCUELA DE POSGRADOS**



Título del trabajo

PREVALENCIA DE FACTORES DE RIESGO MODIFICABLES Y NO MODIFICABLES RELACIONADOS A MALNUTRICIÓN EN PACIENTES HOSPITALIZADOS.

Autor:

Tania Sofía Echeverría Ventura

Para optar al Título de Especialista en

Medicina Interna

Asesor metodológico

Dr. Luis Fernando Rivas

Ciudad Universitaria “Dr. Fabio Castillo Figueroa”, El Salvador, Noviembre, 2025

AUTORIDADES DE LA UNIVERSIDAD

RECTOR

M.Sc. Juan Rosa Quintanilla

VICERRECTORA ACADÉMICA

Dra. Evelyn Beatriz Farfán

VICERRECTOR ADMINISTRATIVO

M.Sc. Roger Arias

SECRETARIO GENERAL

Lic. Pedro Rosalío Escobar Castaneda

AUTORIDADES DE LA FACULTAD

DECANO

Dr. Saúl Díaz Peña

VICEDECANO

Dr. C. Franklin Arnulfo Méndez Durán

SECRETARIO

Dr. C. Roberto Carlos Hernández Marroquín

DIRECTOR DE ESCUELA DE MEDICINA

Dr. Douglas Alfredo Velásquez Raimundo

DIRECTOR DE ESCUELA DE POSTGRADO

Dr. Edwar Alexander Herrera Rodríguez

COORDINADORA DE ESPECIALIDADES MÉDICAS

Dra. Claudia Margarita de Blanco

Índice de contenido	
Resumen	5
Introducción	6
Métodos	8
Resultados	10
Discusión	13
Conclusión	18
Bibliografía	20
Anexos 1 y 2.....	22

Resumen

Introducción: La malnutrición es un problema poco identificado, afecta la recuperación del paciente, tiempo de estancia hospitalaria y calidad de vida.

Objetivo: Registrar la prevalencia de factores de riesgo modificables y no modificables relacionados a malnutrición en pacientes hospitalizados en el servicio de Medicina Interna 3 del Hospital General del Seguro Social entre Agosto – septiembre 2025.

Materiales y métodos: Estudio descriptivo, prospectivo, transversal y observacional de datos obtenidos de entrevista y toma de medidas antropométricas de los pacientes hospitalizados en el servicio de Medicina Interna 3 entre Agosto – Septiembre. **Resultados:** Un total de 131 pacientes ingresaron al Servicio de Medicina Interna de los cuales hubo una prevalencia de 79.41% de los pacientes que presentaron malnutrición. Con edad media de 59. 87 años. Siendo predominante el sexo masculino valor 31 (57,40%). El índice de masa corporal que predominó se clasifica en valor sobrepeso 38 (70,37%). Entre las comorbilidades más frecuentes se encontraron según el índice de Charlson diabetes mellitus, enfermedad renal y hepatopatía. La tres causas más frecuentes de ingreso fueron infecciosas 13 pacientes (24,07%), seguidas de neurológicas con 9 (16,67%), hemorragia digestiva con 7 (12,96%), enfermedad renal con 6 (11,12%). Un promedio de estancia hospitalaria de 7 días y una pérdida de peso de 1,1 libras.

Conclusión: La prevalencia de malnutrición en pacientes que ingresaron al servicio de medicina interna es igual a la descrita en estudios mundiales. Siendo el grupo más afectado los adultos mayores, del sexo masculino, con sobrepeso como estado nutricional más frecuente.

Palabras clave: Malnutrición, índice de masa corporal, comorbilidades.

Introducción

La malnutrición se refiere a deficiencias, excesos o desequilibrios en la ingesta de energía y/o nutrientes de una persona (1). El término malnutrición cubre dos amplios grupos de condiciones. Una es la desnutrición, que incluye retraso del crecimiento (baja altura para la edad), emaciación (bajo peso para la altura), bajo peso (bajo peso para la edad) y deficiencias o insuficiencias de micronutrientes (falta de vitaminas y minerales importantes). El otro es el sobrepeso, la obesidad y las enfermedades no transmisibles relacionadas con la dieta (como enfermedades cardíacas, accidentes cerebrovasculares, diabetes y cáncer) (2). En 2022, aproximadamente 390 millones de adultos de 18 años o más en todo el mundo tenían bajo peso, mientras que 2.500 millones tenían sobrepeso, incluidos 890 millones que vivían con obesidad. (3)

La malnutrición está asociada con factores de riesgo que se pueden dividir en dos grandes grupos: los modificables (hipercolesterolemia, tabaquismo, diabetes, hipertensión arterial, obesidad y sedentarismo, entre otras comorbilidades) y los no modificables como la edad, el sexo y los antecedentes familiares (4); que pueden cambiar el manejo o la evolución del cuadro del paciente, incluida una estancia hospitalaria más prolongada, un aumento de la morbilidad y la mortalidad; y también, puede generar un aumento de los costos hospitalarios. Por lo tanto, el reconocimiento de la malnutrición y el establecimiento de la terapia nutricional temprana en pacientes hospitalizados es importante junto con el tratamiento de las enfermedades subyacentes.

El Índice de Comorbilidad de Charlson (CCI) es una herramienta clínica fundamental que se utiliza para valorar la carga de enfermedades crónicas que presenta un paciente y predecir su riesgo de mortalidad o de resultados clínicos adversos. La suma total del puntaje se relaciona con el riesgo de muerte o complicaciones a 10 años. Por tanto, ayuda a predecir el pronóstico de pacientes hospitalizados o con enfermedades crónicas (5). En investigación, el CCI se usa para controlar o ajustar la influencia de las comorbilidades en los resultados de los estudios (por ejemplo, comparar tratamientos en pacientes con diferentes condiciones de base); esto

mejora la validez estadística y permite interpretar los resultados de manera más justa y precisa.

La evaluación global subjetiva es una herramienta clínica muy importante para valorar el estado nutricional de los pacientes. Su relevancia radica en que permite identificar de forma práctica y confiable a las personas con malnutrición o riesgo de desarrollarla, lo que influye directamente en el pronóstico y manejo clínico. fue desarrollada por Detsky et al., en 1987, e incluye la historia del paciente (pérdida de peso, cambios en los hábitos de ingesta alimentaria, síntomas gastrointestinales y capacidad funcional), una breve exploración física (verificación de disminución de masa muscular, grasa subcutánea o aparición de edema de tobillo, sacro y ascitis) y la Evaluación general del médico sobre el estado del paciente. Cada paciente se clasifica como bien nutrido (SGA-A), sospechoso o moderadamente malnutrido (SGA-B) o gravemente malnutrido (SGA-C) (6).

Aunque la malnutrición entre los pacientes hospitalizados no es rara, en ocasiones se pasa por alto debido a la escasez de recursos médicos, como la disponibilidad de especialistas en nutrición o el apoyo hospitalario sistemático y financiero, los cuales son insuficientes, o por el poco tiempo para la atención nutricional que se brindan en las instituciones.

La prevalencia de malnutrición en pacientes hospitalizados no está bien estudiada en nuestro país y hay pocos estudios que han determinado la prevalencia de factores de riesgo asociados a malnutrición en los pacientes hospitalizados en el servicio de Medicina Interna del Hospital General de Seguro Social, y así establecer recomendaciones para mejorar la calidad de atención y realizar una atención integral en el paciente hospitalizado.

Métodos

Estudio descriptivo, prospectivo, transversal y observacional. La presente investigación fue realizada en el Servicio de Medicina Interna 3 del Hospital General del Instituto Salvadoreño del Seguro Social del 1 de agosto al 30 de septiembre del 2025. Se incluyeron pacientes mayores de 18 años, de ambos sexos, que ingresaron por cual condición médica y que contaran con un peso y talla reportado en el expediente. Se excluyeron pacientes que no ingresaron inicialmente en el servicio de medicina 3, poco o no colaboradores e incapaces de deambular (desorientados, con sujeción, encamados, en ventilación mecánica, con fracturas, mal estado neurológico o con necesidades especiales) a los cuales no podría poder realizarse la toma de peso y talla, además, pacientes que fallecieron.

Se realizo toma de medidas antropométricas (peso y talla) de todos los pacientes al ingreso y al egreso. Se incluyeron 131 pacientes de los cuales posterior a los criterios de exclusión se obtuvo un total de 68 pacientes; así mismo se recolectó información en cuanto a sexo, edad, comorbilidades del paciente y una evaluación subjetiva del estado nutricional de cada paciente al ingreso. Se dividió el total de pacientes entre los que presentaban malnutrición y no malnutrición.

Se utilizó una herramienta donde en los primeros ítems se registraron datos de identificación, demográficos, fecha de ingreso, egreso, días de estancia intrahospitalaria, medidas antropométricas y diagnóstico de ingreso, también incluyó el índice de comorbilidad de Charlson y la escala de evaluación global subjetiva (ver anexo 1 y 2); el cual constaba de 33 ítems. Los datos recolectados fueron organizados y analizados en el programa Microsoft Excel, mediante una base de datos a través de una tabla con cada uno de los apartados, que facilitaron su posterior análisis y obtención de forma más rápida a través de fórmulas establecidas medidas de tendencia central. Para variables cuantitativas como la edad, días de estancia hospitalaria y pérdida total de peso se expresaron mediante promedio (media aritmética) y las variables cualitativas como sexo, IMC, comorbilidades y

estado nutricional se presentaron en moda (valor que más se repite) y a partir de los resultados se elaboraron tablas para la exposición de los hallazgos.

El estudio fue aprobado por el Comité de Ética local (754M410M023) el 18 de junio de 2025. El estudio se basó en los principios de autonomía, justicia y beneficencia. Los datos serán resguardados únicamente por los investigadores. Además, no contamos con ningún tipo de interés económico, farmacéutico, político o social de dicha investigación.

Resultados

Un total de 68 pacientes fueron reclutados en el estudio. De los cuales 54 presentaban malnutrición y 14 peso normal. La media de edad en el grupo con malnutrición fue de 59,87 años (rango 25–89), mientras que en el grupo sin malnutrición fue de 60,73 años (rango 25–89). En cuanto al sexo, en el grupo con malnutrición 23 pacientes (42,60%) correspondió al género femenino y 31 (57,40%) al masculino; mientras en el grupo sin malnutrición, 8 pacientes (57,14%) fueron mujeres y 6 (42,86%) hombres. *Ver tabla 1.*

El promedio de días de estancia hospitalaria fue de 7,25 días en los pacientes con malnutrición y de 7,05 días en los pacientes sin malnutrición. La pérdida total promedio de peso fue de 1,1 libras en el grupo con malnutrición y de 0,6 libras en el grupo sin malnutrición. Respecto al índice de masa corporal (IMC), en el grupo con malnutrición, 2 pacientes (3,70%) presentó bajo peso, 38 (70,37%) sobrepeso, 13 (24,07%) obesidad grado I, 1 paciente (1,86%) obesidad grado II y no se registraron casos de obesidad grado III.

En relación con el motivo de ingreso, en el grupo con malnutrición, las causas más frecuentes fueron infecciosas 13 pacientes (24,07%), seguidas de neurológicas con 9 (16,67%), hemorragia digestiva con 7 (12,96%), enfermedad renal con 6 (11,12%), gastrointestinal no hemorrágica 5 (9,26%) y cardíacas 5 (9,26%). Los ingresos por causas neoplásicas fueron 2 pacientes (3,70%), mientras que 7 12,96% pacientes consultaron motivos diferentes.

En el grupo sin malnutrición, los motivos de ingreso más comunes fueron por diferentes causas con 4 pacientes (28,56%), seguidos de infecciosos 2 (14,29%), neoplásicos 2 (14,29%), hemorragia digestiva 2 (14,29%) y enfermedad renal 2 (14,29%); los diagnósticos neurológicos y gastrointestinales no hemorrágicos representaron cada uno el 7,14%. Respecto a las comorbilidades, en el grupo con malnutrición se presentó la diabetes mellitus en 24 pacientes (44,44%), seguida de hipertensión arterial en 20 (37,04%), enfermedad renal en 8 (14,81%), neurológicas

en 7 (12,96%), hepatopatías en 6 (11,11%), cardíacas en 4 (7,41%), y otras comorbilidades sumaron 3 pacientes (5,56%); 11 pacientes (20,37%) no presentó comorbilidades. En el grupo sin malnutrición, la diabetes mellitus estuvo presente en 9 pacientes (64,29%), hepatopatías 4 (28,56%), enfermedad renal 2 (14,29%), hipertensión arterial 3 (21,43%), neurológicas 1 paciente (7,14%), y otras comorbilidades sumaron 2 pacientes (14,29%); y 2 pacientes (14,29%) no presentó comorbilidades.

Tabla 1. Características clínicas y demográficas de los pacientes ingresados en el servicio de Medicina 3

	MALNUTRICIÓN (N = 54)	NO MALNUTRICIÓN (N = 14)
PREVALENCIA	79,41%	20,59%
MEDIA DE EDAD, AÑOS (RANGO)	59,87(25-89)	60,73(25-89)
GÉNERO FEMENINO, N (%)	23 (42,60)	8 (57,14)
GÉNERO MASCULINO, N (%)	31(57,40)	6 (42,86)
DÍAS DE ESTANCIA HOSPITALARIA	7,25	7,05
PÉRDIDA DE PESO, LBS/DÍA TOTALES PERDIDAS	1,1	0,6
ÍNDICE DE MASA CORPORAL, N (%)		
BAJO PESO	2 (3,70)	0 (0)
SOBREPESO	38 (70,37)	0 (0)
OBESIDAD GRADO I	13 (24,07)	0 (0)
OBESIDAD GRADO II	1 (1,86)	0 (0)
OBESIDAD GRADO III	0 (0)	0 (0)
MOTIVO DE INGRESO, N (%)		
INFECCIOSAS	13 (24,07)	2 (14,29)
CARDIACAS	5 (9,26)	0 (0)
NEUROLÓGICAS	9 (16,67)	1 (7,14)
NEOPLÁSICAS	2 (3,70)	2 (14,29)
HEMORRAGIA DIGESTIVA	7 (12,96)	2 (14,29)
GASTROINTESTINAL NO HEMORRÁGICA	5 (9,26)	1 (7,14)
ENFERMEDAD RENAL	6 (11,12)	2 (14,29)
OTROS*	7 (12,96)	4 (28,56)
COMORBILIDADES, N (%)		
DIABETES MELLITUS	24 (44,44)	9 (64,29)
HIPERTENSIÓN ARTERIAL	20 (37,04)	3 (21,43)
CARDIACAS	4 (7,41)	0 (0)
HEPATOPATÍAS	6 (11,11)	4 (28,56)
NEUROLÓGICAS	7 (12,96)	1 (7,14)
ENFERMEDAD RENAL	8 (14,81)	2 (14,29)
OTROS*	3 (5,56)	2 (14,29)
SIN COMORBILIDADES	11 (20,37)	2 (14,29)

Fuente: Datos de la investigación

* Colagenopatías, leucemia, derrame pleural, enfermedad pulmonar obstructiva, enfermedad pulmonar intersticial.

En relación con el riesgo según el índice de Charlson, dentro del grupo con malnutrición (n = 54), 11 (20,37%) de los pacientes no presentó riesgo, 27 (50%) mostró riesgo bajo y 16 (29,63%) riesgo alto. Mientras que el grupo sin malnutrición (n = 14), 7 paciente (50%) no presentó riesgo, 6 (42,86%) tuvo riesgo bajo y 1 (7,14%) riesgo alto. Respecto a la Evaluación Global Subjetiva (EGS), en el grupo con malnutrición, 38 (70,37%) presentó malnutrición leve o moderada, y 16 (29,63%) malnutrición severa. En el grupo sin malnutrición, 8 pacientes (57,14%) fueron clasificados como bien nutridos, 3 (21,43%) con malnutrición leve o moderada, y 3 (21,43%) con malnutrición severa. *Ver tabla 2.*

Tabla 2. Clasificación del riesgo según Charlson y evaluación global subjetiva de los pacientes ingresados en el servicio de Medicina 3

	MALNUTRICIÓN (N = 54)	NO MALNUTRICIÓN (N = 14)
EVALUACIÓN GLOBAL SUBJETIVA (%)		
BIEN NUTRIDO	0 (0)	8 (57,14)
DESNUTRICIÓN LEVE/MODERADA	38 (70,37)	3 (21,43)
DESNUTRICIÓN SEVERA	16 (29,63)	3 (21,43)

Fuente: Datos de la investigación

Discusión

La malnutrición sigue siendo un problema poco reconocido, diagnosticado y tratado; por lo tanto, detectarse temprana y rápidamente ayuda a implementar intervenciones de nutrición, tratar las causas subyacentes o los factores de riesgo contribuyentes.

La malnutrición es un problema de salud pública universal tanto en niños como en adultos a nivel mundial; también es un impedimento para la erradicación de la pobreza, la productividad y el crecimiento económico a nivel mundial (6). Se ha estimado que eliminando la malnutrición se eliminaría el 32% de la carga mundial de enfermedades (7).

La incidencia de malnutrición en pacientes hospitalizados se cuantifica entre el 20% y el 50% (dependiendo del método de diagnóstico utilizado); sin embargo, en un estudio europeo donde participaron 21.000 pacientes de 325 hospitales de 25 países europeos que fueron incluidos en un estudio de la encuesta "NutriDay", sus resultados muestran que sólo el 52% (osciló entre el 21% y el 73%) de los hospitales de las diferentes regiones realizan cribados de detección nutricional (8).

En un estudio estadounidense entre 69.934 pacientes con malnutrición que fueron hospitalizados, la edad media fue de 73,8 años, 36.776 (52,6%) eran mujeres, 53.849 pacientes (77,0%) fueron ingresados en un hospital de atención terciaria, 30.933 pacientes (44,2%) tenían hipertensión, 23.894 pacientes (34,2%) tenían cáncer, 22.598 pacientes (32,3%) tenían insuficiencia renal crónica y 7.662 pacientes (10,9%) tenían desnutrición grave (8). Las comorbilidades más frecuentes fueron diabetes (28,8%), insuficiencia cardíaca (23,2%) y otras (46,5%) (9). La prevalencia del riesgo de desnutrición fue mayor en enfermedades infecciosas (46,1%) y cuidados a largo plazo (45,8%) (10).

En este estudio que incluyó un total de 68 pacientes que ingresaron en el servicio de Medicinas Interna 3 del Hospital general del seguro social entre agosto y septiembre del presente año, la prevalencia de malnutrición en pacientes que ingresaron al servicio de medicina interna es igual a la descrita en estudios mundiales con un 79.4%. La media de edad fue similar entre ambos grupos, con

59,87 años en los pacientes con malnutrición y 60,73 años en los pacientes sin malnutrición. Esto sugiere que la edad no fue un factor diferenciador importante entre ambos grupos, aunque en general refleja una población adulta mayor, donde el riesgo de alteraciones nutricionales y comorbilidades suele ser mayor.

Con respecto al sexo, en el grupo con malnutrición predominó el género masculino (57,40%), mientras que en el grupo sin malnutrición predominó el femenino (57,14%). Esta distribución podría reflejar diferencias en los factores de riesgo, hábitos de vida o patrones de enfermedad entre hombres y mujeres, aunque no se evidencian variaciones marcadas en cuanto al impacto global del estado nutricional por sexo.

El promedio de días de estancia hospitalaria fue similar entre ambos grupos (7,25 días en malnutridos vs. 7,05 días en no malnutridos), sin diferencias relevantes. La pérdida promedio de peso fue levemente mayor en los pacientes con malnutrición (1,1 lbs frente a 0,6 lbs), lo cual coincide con la tendencia esperada en pacientes con alteración del estado nutricional.

En cuanto al índice de masa corporal (IMC), la mayoría de los pacientes con malnutrición presentaron sobrepeso (70,37%), seguido de obesidad grado I (24,07%), mientras que solo un pequeño porcentaje presentó bajo peso (3,70%). En el grupo sin malnutrición, todos los pacientes se encontraron dentro del rango de peso normal. Este hallazgo resalta que la malnutrición no siempre se asocia con bajo peso, ya que puede coexistir con exceso de masa corporal, reflejando un estado de malnutrición por exceso o por desequilibrio en la composición corporal, común en enfermedades crónicas.

Al analizar el motivo de ingreso, en el grupo con malnutrición predominaron las causas infecciosas (24,07%), seguidas de las neurológicas (16,67%) y hemorragia digestiva (12,96%). En contraste, en el grupo sin malnutrición fueron más frecuentes los ingresos por otros motivos (28,56%), seguidos de causas infecciosas, neoplásicas, hemorrágicas y renales (todas con 14,29%). Esto sugiere que las

patologías infecciosas y neurológicas fueron causas importantes de hospitalización en los pacientes con alteración nutricional, lo que podría relacionarse con mayor vulnerabilidad inmunológica y funcional.

En cuanto a las comorbilidades, en los pacientes con malnutrición predominó la diabetes mellitus (44,44%), seguida de hipertensión arterial (37,04%) y enfermedad renal (14,81%). En los pacientes sin malnutrición, la diabetes mellitus (64,29%) también fue la comorbilidad más frecuente, seguida de hepatopatías (28,56%) e hipertensión arterial (21,43%). En ambos grupos, la diabetes se destacó como la principal enfermedad asociada, lo que refuerza su relevancia como factor de riesgo metabólico y nutricional.

En la muestra evaluada, se observó que de los pacientes con malnutrición (n = 54), la mayoría presentó un riesgo bajo según el índice de Charlson (50%), seguido de un riesgo alto en un 29,63%, mientras que solo un 20,37% no presentaba riesgo. Esto sugiere que, aunque predominó el riesgo bajo, una proporción considerable de pacientes malnutridos mostró una carga importante de comorbilidades, lo que podría reflejar un mayor grado de fragilidad y vulnerabilidad clínica.

En el grupo sin malnutrición (n = 14), se encontró que el 50% no presentó riesgo según el índice de Charlson, y un 42,86% riesgo bajo, mientras que solo un 7,14% mostró riesgo alto. Este hallazgo indica que, aunque estos pacientes no presentaban malnutrición, coexistían igualmente comorbilidades relevantes, lo que refuerza la idea de que el riesgo clínico no depende únicamente del estado nutricional, sino también de la carga de enfermedades crónicas.

Al aplicar la Evaluación Global Subjetiva (EGS), se evidenció que el 70,37% de los pacientes fueron clasificados con malnutrición leve o moderada y el 29,63% con malnutrición severa. Por otro lado, en el grupo sin malnutrición, el 57,14% fue catalogado como bien nutrido, mientras que un 21,43% presentó malnutrición leve/moderada y otro 21,43% malnutrición severa según la EGS. Este hallazgo llama la atención, ya que incluso en los pacientes sin diagnóstico de malnutrición se identificaron alteraciones nutricionales leves a severas mediante la valoración

subjetiva, lo que sugiere la utilidad de la EGS como herramienta complementaria para la detección temprana de riesgo nutricional.

En conjunto, los resultados evidencian que tanto la presencia de comorbilidades como el estado nutricional están estrechamente relacionados en la población estudiada. Además, se destaca la importancia de utilizar herramientas combinadas, como el índice de Charlson y la Evaluación Global Subjetiva, para lograr una valoración integral del paciente y detectar oportunamente el riesgo nutricional en contextos hospitalarios o de atención crónica.

En general, los resultados evidencian que la mayoría de los pacientes, independientemente de su estado nutricional, presentaban exceso de peso y múltiples comorbilidades crónicas, principalmente diabetes e hipertensión. Esto refleja el perfil típico de pacientes con enfermedades metabólicas y cardiovasculares en el contexto de Medicina Interna, en quienes la evaluación nutricional adquiere un papel fundamental para el abordaje integral y la prevención de complicaciones. Entre las principales limitaciones del presente estudio se incluyen el tamaño poblacional reducido, el corto tiempo de estudio y la exclusión de población con alta demanda metabólica como los pacientes en ventilación mecánica, encamamiento prolongado por diferentes causas (fracturas, eventos cerebrovasculares, síndrome confusional, etc.) debido a falta de herramientas necesarias para medir peso en este tipo de pacientes. Otra de las limitantes es que no se contemplan muchas comorbilidades en el índice de Charlson como por ejemplo hipertensión arterial y trastornos tiroideos y que generan una carga importante en el sistema de salud. Aun así, los resultados aportan información valiosa sobre las características demográficas y clínicas de los pacientes estudiados y constituyen una base sólida para futuras investigaciones multicéntricas nacionales que evalúen el estado nutricional en pacientes hospitalizados.

La malnutrición representa un desafío clínico y de gestión hospitalaria de gran relevancia, dado su impacto directo en la evolución de los pacientes y en la

eficiencia de los servicios de salud. Desde el punto de vista clínico, la malnutrición se asocia con un aumento en la morbilidad, una mayor incidencia de infecciones, retraso en la cicatrización de heridas y prolongación de la estancia hospitalaria. Estos efectos no solo deterioran la calidad de vida del paciente, sino que también incrementan significativamente los costos asistenciales. En el ámbito de la gestión hospitalaria, la detección y el manejo oportuno de la malnutrición requieren la implementación de protocolos de evaluación nutricional sistemática, formación del personal sanitario y coordinación interdisciplinaria entre médicos, enfermeros y dietistas. En conjunto, abordar la malnutrición desde una perspectiva integral permite optimizar los resultados clínicos, reducir la carga económica y mejorar la calidad de la atención en los entornos hospitalarios.

Conclusión

1. Este estudio caracterizó los pacientes ingresados en el servicio de Medicina Interna 3 del Hospital General del Instituto Salvadoreño del Seguro Social. Los resultados evidenciaron que la prevalencia de malnutrición en pacientes que ingresaron al servicio de medicina interna es igual a la descrita en estudios mundiales con un 79.4%, la mayoría eran adultos mayores, con predominio del sexo masculino, predominio de sobrepeso como estado nutricional, con múltiples comorbilidades asociadas a riesgo de malnutrición y mortalidad destacando la diabetes mellitus, hipertensión arterial, enfermedad renal y la hepatopatía como las más frecuentes; con un promedio de estancia hospitalaria de 7,25 días y una pérdida de peso de 1,1 libras, que a pesar de no ser significativa, la mayoría de pacientes tiene tendencia a la pérdida de peso.
2. La prevalencia de malnutrición en pacientes hospitalizados no está bien estudiada en nuestro país y la planificación de la terapia nutricional para pacientes con malnutrición es difícil sin información sobre la situación actual; este estudio se realizó para determinar la prevalencia de factores de riesgo asociados a malnutrición en los pacientes hospitalizados y establecer recomendaciones para mejorar la calidad de atención y realizar una atención integral en el paciente hospitalizado; por lo tanto, la detección oportuna de la malnutrición en pacientes hospitalizados constituye un componente esencial de la atención integral en salud, ya que permite identificar riesgos nutricionales, prevenir complicaciones y favorecer una recuperación más rápida y eficaz.
3. La valoración nutricional, basada en mediciones precisas de peso y talla, requiere de equipos modernos, tecnológicos, calibrados y en buen estado, así como de personal capacitado para su correcta utilización. La disponibilidad y el mantenimiento de este equipamiento no solo garantizan resultados confiables, sino que también reflejan el compromiso institucional con la calidad de la atención. En este sentido, la implementación de protocolos sistemáticos de

evaluación nutricional y el trabajo coordinado entre los distintos profesionales de la salud resultan fundamentales para mejorar los resultados clínicos y optimizar los recursos hospitalarios. Promover la detección temprana de la malnutrición y asegurar las condiciones necesarias para una medición precisa son, por tanto, pilares clave en la mejora continua de la atención al paciente.

Bibliografía

1. Van Vliet IM, Gomes-Neto AW, de Jong MF, Jager-Wittenaar H, Navis GJ. High prevalence of malnutrition both on hospital admission and predischage. Nutrition [Internet]. Septiembre de 2020 [consultado el 5 de febrero de 2023];77:110814. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.nut.2020.110814>
2. Tobert CM, Mott SL, Nepple KG. Malnutrition Diagnosis during Adult Inpatient Hospitalizations: Analysis of a Multi-Institutional Collaborative Database of Academic Medical Centers. Journal of the Academy of Nutrition and Dietetics [Internet]. Enero de 2018 [consultado el 5 de febrero de 2023];118(1):125-31. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.jand.2016.12.019>
3. Leiva Badosa E, Badia Tahull M, Virgili Casas N, Elguezabal Sangrador G, Faz Méndez C, Herrero Meseguer I, Izquierdo González À, López Urdiales R, Oca Burguete FJ, Tubau Molas M, Vilarasau Farré C, Llop Talaveron JM. Screening for hospital malnutrition on admission: malnutrition increase mortality and length of hospital stay . Nutrición Hospitalaria [Internet]. 28 de julio de 2017 [consultado el 5 de febrero de 2023];34(4). Disponible en: <https://doi.org/10.20960/nh.657>
4. Kang MC, Kim JH, Ryu SW, Moon JY, Park JH, Park JK et al. Prevalence of Malnutrition in Hospitalized Patients: a Multicenter Cross-sectional Study. Journal of Korean Medical Science [Internet]. 2018 [consultado el 5 de febrero de 2023];33(2). Disponible en: <https://doi.org/10.3346/jkms.2018.33.e10>
5. Sauer AC, Goates S, Malone A, Mogensen KM, Gewirtz G, Sulz I, Moick S, Laviano A, Hiesmayr M. Prevalence of Malnutrition Risk and the Impact of Nutrition Risk on Hospital Outcomes: Results From nutritionDay in the U.S. Journal of Parenteral and Enteral Nutrition [Internet]. 22 de enero de 2019 [consultado el 5 de febrero de 2023];43(7):918-26. Disponible en: <https://doi.org/10.1002/jpen.1499>
6. Ruiz AJ, Buitrago G, Rodríguez N, Gómez G, Sulo S, Gómez C, Partridge J, Misas J, Dennis R, Alba MJ, Chaves-Santiago W, Araque C. Clinical and economic outcomes associated with malnutrition in hospitalized patients. Clinical Nutrition [Internet]. Junio de 2019 [consultado el 5 de febrero de 2023];38(6):2500-2506. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.clnu.2019.05.010>

- 2023];38(3):1310-6. Disponible en:
<https://doi.org/10.1016/j.clnu.2018.05.016>
7. Kaegi-Braun N, Mueller M, Schuetz P, Mueller B, Kutz A. Evaluation of Nutritional Support and In-Hospital Mortality in Patients With Malnutrition. JAMA Network Open [Internet]. 20 de enero de 2021 [consultado el 5 de febrero de 2023];4(1):e2033433. Disponible en:
<https://doi.org/10.1001/jamanetworkopen.2020.33433>
 8. Cano-Torres EA, Simental-Mendía LE, Morales-Garza LA, Ramos-Delgado JM, Reyes-Gonzalez MM, Sánchez-Nava VM, et al. Impacto de la intervención nutricional sobre la duración de la estancia hospitalaria y la mortalidad entre pacientes hospitalizados con desnutrición: un ensayo clínico controlado aleatorio. Journal American College Nutrition [Internet]. 2017;36(4):235–9. Disponible en:
<http://dx.doi.org/10.1080/07315724.2016.1259595>
 9. Celik ZM, Islamoglu AH, Sabuncular G, Toprak HS, Gunes FE. Evaluation of malnutrition risk of inpatients in a research and training hospital: A cross-sectional study. Clinical Nutrition ESPEN [Internet]. Diciembre de 2020 [consultado el 5 de febrero de 2023]. Disponible en:
<https://doi.org/10.1016/j.clnesp.2020.12.002>
 10. Marchand S, Lapauw B, Eeckloo K, Deschepper M. Malnutrition risk and severity: Impact on patient outcomes and financial hospital reimbursement in a tertiary teaching hospital. Clin Nutr ESPEN [Internet]. 2022;48:386–92. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1016/j.clnesp.2022.01.013>

Anexos 1 y 2

Evaluación Global Subjetiva

Nombre: _____ Registro _____ Cama _____

Fecha _____

a) Historia clínica

1. Cambios de peso

Variación en últimos 6 meses _____ Kg

Variación porcentual

- aumento-pérdida < 5 %
 pérdida 5-10 %
 pérdida >10 %

Variación en últimas 2 semanas

- aumento
 ninguna
 pérdida

2. Alimentación

Variaciones en la ingesta

- Si No

Duración _____ semanas

Tipo

- dieta sólida subóptima
 dieta completa líquida
 líquidos hipocalóricos
 hambre

3. Síntomas gastrointestinales

- ninguno
 náuseas
 vómito
 diarrea
 anorexia

4. Deterioro funcional debido a desnutrición

Deterioro global

- ninguno
 moderado
 grave

Variación en últimas 2 semanas

- mejora
 ninguna
 empeoramiento

b) Exploración física

5. Evidencia de:

1) Pérdida de grasa subcutánea

- Debajo del ojo Biceps Triceps

2) Pérdida de masa muscular

- Sienes Clavícula Omóplato
 Espalda alta Costillas Hombros
 Cuadriceps Pantorrilla Dorso de mano

3) Edema

- Sacro Tobillo

Clasificación		
A	B	C

Normal	Leve	Moderada	Grave

Clasificación global

A. Bien nutrido B. Desnutrición leve/moderada C. Desnutrición grave

Enfermedades <u>comórbidas</u>	Puntuación asignada
Cardiopatía Isquémica	1
Insuficiencia cardíaca congestiva	1
Enfermedad vascular periférica	1
Enfermedad cerebrovascular	1
Demencia	1
Enfermedad pulmonar crónica	1
Enfermedad reumática	1
Úlcera péptica	1
Enfermedad hepática leve	1
Hipertensión Arterial	1
Diabetes Mellitus	2
Hemiplejía o paraplejía	2
Enfermedad renal	2
Tumores malignos	2
Enfermedad hepática moderada o grave	3
Tumor sólido <u>metastásico</u>	6
SIDA	6