

**República Dominicana
UNIVERSIDAD IBEROAMERICANA– UNIBE**



**Facultad de Ciencias de la Salud
Escuela de Medicina
Trabajo Profesional Final para optar por el Título de Especialista en Diabetología y
Nutrición**

Determinación de perfil nutricional en los pacientes hospitalizados en el Instituto Nacional de Diabetes, Endocrinología y Nutrición, Santo Domingo, República Dominicana, en el periodo Febrero – Abril 2025.

Realizado por:

Nombre Completo	Matrículas
Dra. Chelin Manuela Montero Ramírez	22-1198
Dra. Johanna Paniagua Comas	22-1248

Asesorado por:

**Dra. Deysi Hernández, asesora clínica
Dr. Ángel Campusano, asesor Metodológico**

Los conceptos emitidos en el presente trabajo de investigación son de exclusiva responsabilidad de los sustentantes.

**Santo Domingo, Distrito Nacional Junio
2025**

**Determinación de perfil nutricional en los pacientes hospitalizados en el Instituto
Nacional de Diabetes, Endocrinología y Nutrición, Santo Domingo, República
Dominicana, en el periodo Febrero – Abril 2025.**

Resumen

Este estudio tuvo como objetivo determinar el perfil nutricional de los pacientes hospitalizados en el Instituto Nacional de Diabetes, Endocrinología y Nutrición (INDEN), en Santo Domingo, República Dominicana, entre febrero y abril de 2025. Se realizó una investigación cuantitativa, descriptiva y de corte transversal. Se aplicaron herramientas validadas como la valoración global subjetiva para tamizaje nutricional y el IMC para evaluar el estado nutricional. Los resultados revelaron una prevalencia significativa de desnutrición y riesgo nutricional, incluso en pacientes con sobrepeso u obesidad. El 63.5 % de los pacientes presentaron algún grado de desnutrición, y un 73.1 % se clasificaron con riesgo nutricional leve, moderado o severo. Se evidenció una asociación significativa entre el estado nutricional y variables clínicas como la hemoglobina glucosilada (A1C), el índice de masa corporal (IMC) y la hipertensión arterial, lo que sugiere que la desnutrición hospitalaria puede coexistir con enfermedades metabólicas crónicas. Estos hallazgos subrayan la necesidad de implementar evaluaciones nutricionales sistemáticas en el ingreso hospitalario, sin depender exclusivamente del IMC, y promueven la integración de equipos multidisciplinarios para optimizar la atención nutricional y reducir complicaciones clínicas. Se concluye que la detección temprana del riesgo nutricional es fundamental para mejorar los resultados clínicos en pacientes hospitalizados.

Palabras clave: Diagnóstico nutricional, riesgo nutricional, VSG, diabetes, perfil nutricional, pacientes hospitalizados.

Abstract

This study aimed to determine the nutritional profile of hospitalized patients at the National Institute of Diabetes, Endocrinology, and Nutrition (INDEN) in Santo Domingo, Dominican Republic, between February and April 2025. A quantitative, descriptive, and cross-sectional investigation was conducted. Validated tools such as the Subjective Global Assessment (SGA) for nutritional screening and the Body Mass Index (BMI) for nutritional status evaluation were applied. The results revealed a significant prevalence of malnutrition and nutritional risk, even among patients with overweight or obesity. A total of 63.5% of patients presented some degree of malnutrition, and 73.1% were classified as having mild, moderate, or severe nutritional risk. A statistically significant association was found between nutritional status and clinical variables such as glycated hemoglobin (A1C), BMI, and arterial hypertension, suggesting that hospital malnutrition can coexist with chronic metabolic diseases. These findings emphasize the need to implement systematic nutritional evaluations upon hospital admission, without relying solely on BMI, and support the integration of multidisciplinary teams to optimize nutritional care and reduce clinical complications. Early detection of nutritional risk is essential to improve clinical outcomes in hospitalized patients.

Keywords: Nutritional diagnosis, nutritional risk, SGA, diabetes, nutritional profile, hospitalized patients

Tabla de contenido

Introducción	1
CAPITULO I	4
1.1 Problema de Investigación	4
1.2 Planteamiento del problema	4
1.2.1. Preguntas de investigación:	5
1.3 Objetivo General	6
1.3.1 Objetivos específicos	6
1.4 Hipótesis	6
1.5 Justificación	6
7 1.6 Limitaciones	7
8 CAPITULO II	8
9	
2.1.- Antecedentes y referencias	9
2.2. Marco Conceptual	15
2.2.1. Malnutrición	15
2.2.2. Desnutrición hospitalaria	16
2.2.3. Evaluación de estado Nutricional	17
2.2.4. Criterios GLIM	18
2.2.5. Valoración Global Subjetiva (VSG)	19
2.2.6. Índice de Masa Corporal o Índice de Quetelet	21
2.2.7. Obesidad	21
2.2.8. Hemoglobina Glucosilada	22
2.2.9. Diabetes Mellitus	23
2.2.10. Hipertensión Arterial	25
2.2.11. Enfermedad Renal	27
2.2.12. Insuficiencia Cardíaca	28
2.2.13. Infección de piel y tejido	30
2.3.- Contextualización	31
2.3. 1-Reseña del Sector	31
2.3.2- Mapa del Sector	31
2.3.3- Reseña de la institución	31

32	CAPITULO 3: Diseño Metodológico	
33		
3.1	Contexto	33
3.2	Modalidades del Trabajo Final	33
3.3	Tipo de Estudio	33
3.4	Variables y su Operacionalización	33
3.5	Métodos y Técnicas	35
3.6	Instrumentos de Recolección de Datos	35
3.7	Población	35
3.8	Muestra	35
3.9	Criterios de inclusión	35
3.10	Criterios de exclusión	36
3.11	Procedimientos para el procesamiento y análisis de datos	36
	3.12 Consideraciones Éticas	36
	CAPITULO IV	37
	Resultados	37
	Gráfico 1.	37
	Gráfico 2.	38
	Gráfico 3.	39
	Gráfico 4.	40
	Gráfico 5.	41
	Gráfico 6.	42
	Gráfico 7.	43
	CAPITULO V	44
	5.1 Discusión de los resultados	
44	CAPITULO VI:	
50	Conclusiones y Recomendaciones	
50		
6.1	Conclusión	50
6.2	Recomendaciones	
51	ANEXOS I-Tablas	
LII	ANEXOS II-Certificación y carta de aprobación	
LVI	ANEXOS III-Instrumento de recolección de datos	

LIX

Referencias

Bibliográficas LX

Introducción

La alimentación es una necesidad y a la vez un derecho para todo ser humano y es fundamental para su desarrollo desde la concepción hasta las últimas etapas de la vida. Esta se relaciona estrechamente con el estado de salud, el desarrollo y compensación de las enfermedades crónicas no transmisibles como DM2, HTA, Sobrepeso, Síndrome Metabólico, patologías del sistema músculo esquelético, Enfermedad vascular-cerebral, Enfermedad pulmonar. (UNICEF, 2025).

En esa misma línea de evidencia, la desnutrición es la causa más frecuente de aumento de la morbimortalidad en los pacientes hospitalizados, donde coexisten la incapacidad para la ingesta y la enfermedad, tanto en pacientes clínico como quirúrgicos, de los enfermos tienen algún grado de malnutrición cuando son admitidos. Son muchas las causas que se han relacionado con la malnutrición en los pacientes hospitalizados entre las que podemos citar: falta de seguimiento de las variables antropométricas al ingreso y durante la hospitalización que provocan pérdida de grasa corporal y masa libre de grasa, falta de tamizaje o evaluación nutricional, ayuno prolongado y uso de las soluciones intravenosas como único aporte nutricional, falta de control de la ingesta real del paciente, comidas mal programadas, presentadas o distribuidas, inadecuado soporte nutricional y retraso en su instauración, pérdida de nutrientes por efecto del tratamiento o por la propia enfermedad de base, fármacos que afectan el proceso de nutrición. (Autor/es del capítulo o sección 105, 2025).

La desnutrición hospitalaria sigue siendo un problema mundial, siendo causa de aumento de morbi-mortalidad y de aumento de costos para las familias y el estado; en ese mismo orden, la desnutrición cuando no se diagnóstica y trata resulta en estadías hospitalarias más largas, se duplica la necesidad de rehabilitación o cuidado a largo plazo y representa 3.4

veces más muertes hospitalarias, la desnutrición aumenta los costos hospitalarios en un 73%, lo que podría costar US\$ 10, 000.00 adicionales en readmisiones para los hospitales. (Domínguez Feliz, R, 2025) A nivel global la desnutrición afecta entre el 20% y el 50% de los pacientes hospitalizados al ingreso, y se prevé un mayor descenso durante la hospitalización. (Cass, A. R. et al, 2022)

En tanto que, en países europeos según la OMS, aproximadamente el 40% de los pacientes hospitalizados pierden peso de forma no intencionada, y la mitad no come bien y corre el riesgo de sufrir desnutrición. Sin embargo, según subraya, "la mitad de estos pacientes no reciben atención nutricional, y solo un tercio de los pacientes que no pueden comer debido a su enfermedad reciben suplementos nutricionales orales o nutrición artificial". (M Médico, 2024)

En ese mismo sentido, según la recopilación de encuestas de nDay en Latinoamérica, 2 de cada 5 pacientes hospitalizados presentaban riesgo de desnutrición. El riesgo asociado de mortalidad hospitalaria era hasta seis veces mayor entre los pacientes que consumían poco o nada de su comida en nDay. Esta asociación entre el mal estado nutricional y el aumento del riesgo de mortalidad en pacientes hospitalizados se ha detectado en estudios de todo el mundo, incluidos Asia, Australia, Europa, América del Norte, y América del Sur. Esta alta prevalencia mostró escasa mejora con respecto a las tasas de hace dos décadas, lo que justifica con fuerza un nuevo enfoque en la educación y la capacitación nutricional de los profesionales en centros de atención. (Pérez-Zepeda, M. U., et al 2021)

En la República Dominicana la desnutrición hospitalaria no exime de ser una problemática de gran relevancia dado tanto por las consecuencias directas sobre el estado de salud como también por el gasto sanitario que esta genera, la prevalencia de malnutrición en la

población adulta hospitalizada su prevalencia oscila entre el 20-50%, pudiendo alcanzar hasta un 60% en pacientes críticos y geriátricos. (Domínguez Feliz, R, 2025)

De acuerdo a lo antes expuesto queda en evidencia la necesidad de evaluar el estado nutricional en el paciente hospitalizado, con el fin de identificar los pacientes con alteración nutricional y así permitiendo una mejor evolución de su estado de salud y una reducción la estancia hospitalaria, prevención de la desnutrición en algún momento de su evolución, y a partir de ahí programar un plan terapéutico que favorezca a corto y largo plazo el estado nutricional del paciente. (Smith, A. B, 2021)

Con esta investigación se pretende determinar perfil nutricional en los pacientes hospitalizados con el objetivo de investigar la presencia de desnutrición, grado de desnutrición y riesgo de los pacientes y su relación con el sobrepeso u obesidad, estado metabólico y las diferentes comorbilidades de estos pacientes como son Diabetes Mellitus, Hipertensión arterial, Insuficiencia cardíaca e infecciones de partes blandas siendo las más relevantes la Diabetes y las infecciones de acuerdo con la población manejada en nuestro centro.

CAPITULO I

1.1 Problema de Investigación

Determinación Perfil nutricional en los pacientes hospitalizados en el Instituto Nacional de Diabetes, Endocrinología y Nutrición, Santo Domingo, República Dominicana, en el periodo Febrero - Abril 2025.

1.2 Planteamiento del problema

La determinación del perfil nutricional en pacientes hospitalizados del Instituto Nacional de Diabetes, Endocrinología y Nutrición (INDEN) de Santo Domingo se plantea como una necesidad crítica debido a las siguientes razones fundamentales:

Una revisión sistemática que incluyó 66 estudios y casi 30 000 pacientes hospitalizados en 12 países latinoamericanos reportó una prevalencia de malnutrición al ingreso del 40 %–60 %, así como asociación con mayores complicaciones infecciosas y no infecciosas, estancias prolongadas y costos sanitarios elevados (Correia et al., 2017). En pacientes diabéticos, población prioritaria del INDEN este problema se agrava por factores inherentes a su condición: alteraciones metabólicas, comorbilidades frecuentes y dificultad para reconocer la desnutrición en contextos de sobrepeso/obesidad.

Estudios en la República Dominicana revelan que el 60% de los pacientes críticos presentan desnutrición, asociándose con estancias hospitalarias 7 días más largas y costos 3 veces superiores, como también retraso en la cicatrización de las heridas, mayor tasa de reingresos y aumento de la morbimortalidad. (Domínguez Feliz, R, 2025)

Es una brecha particularmente preocupante considerando que en estudio multicéntrico en pacientes mayores con diabetes tipo 2 hospitalizados encontró que el 21.2 % estaban desnutridos, incluidos aquellos con $IMC \geq 30 \text{ kg/m}^2$, es decir, casos de obesidad con

desnutrición simultánea. En la práctica habitual hospitalaria, se documenta que solo se cubre entre el 35 % y el 40 % de los requerimientos nutricionales estimados, en especial cuando se prioriza el control glucémico, lo cual empeora el pronóstico y la evolución nutricional del paciente. (Zhang, T et al, 2024)

A pesar de lo antes dicho, nuestra institución INDEN actualmente no cuenta con datos estadísticos, sobre el perfil nutricional de los pacientes hospitalizados, lo que podría interferir en el abordaje del soporte nutricional temprano.

Partiendo de lo antes expresado y en la imperante necesidad debido a la observación en nuestra práctica clínica, donde a pesar de realizarse tamizaje nutricional a todo paciente hospitalizado, el criterio de mal nutrición, desnutrición y riesgo nutricional con todo lo que esto conlleva no se ha consolidado como manejo multidisciplinario o multinivel para trabajar juntos en el abordaje de las condiciones de salud de nuestros pacientes de manera integral y efectiva por tales razones nos planteamos lo siguiente:

1.2.1. Preguntas de investigación:

- 1- ¿Cuál es el grado de desnutrición en los pacientes hospitalizados del INDEN durante el período 2024-2025?
- 2- ¿Cuál es la relación de control metabólico y el estado nutricional?
- 3- ¿Cuál es la relación entre el índice de masa corporal y el grado de desnutrición?
- 4- ¿Qué variables clínicas (tipo de diabetes, complicaciones crónicas) se relacionan con el estado nutricional?

1.3 Objetivo General

Determinar perfil nutricional en los pacientes hospitalizados en el Instituto Nacional de Diabetes, Endocrinología y Nutrición, Santo Domingo, República Dominicana, en el periodo febrero - Abril 2025.

1.3.1 Objetivos específicos

Identificar el grado de desnutrición o riesgo desnutrición de los pacientes hospitalizados.

Conocer la relación de estado metabólico y el estado nutricional.

Determinar la proporción de desnutrición o riesgo en pacientes con obesidad.

Relacionar del estado nutricional con las comorbilidades presentadas por el paciente.

1.4 Hipótesis

Hipótesis alterna (H1): La desnutrición en el paciente hospitalizado es un riesgo de mayores complicaciones y evolución tórpida durante su estancia hospitalaria, tiene una relación directa sobre el estado metabólico y la comorbilidad de los pacientes; por otra parte, el índice de masa corporal no es referente confiable de estado nutricional óptimo.

Hipótesis nula (H0): La desnutrición en el paciente hospitalizado no es un riesgo de mayores complicaciones y evolución tórpida durante su estancia hospitalaria, tiene una relación directa sobre el estado metabólico y la comorbilidad de los pacientes; por otra parte, el índice de masa corporal es referente confiable de estado nutricional óptimo.

1.5 Justificación

La malnutrición hospitalaria representa una condición silenciosa pero prevalente, frecuentemente sub-diagnosticada a escala nacional e internacional con impacto directo sobre

la evolución clínica, aumento de morbimortalidad, estancia hospitalaria y costos sanitarios significativos que perjudican a quienes la padecen.

Diversos estudios en América Latina reportan que entre 40 % y 60 % de los pacientes hospitalizados presentan algún grado de desnutrición al ingreso, y muchos desarrollan deterioro en términos del estado nutricional durante la estancia de los cuales menos del 25% recibe una intervención nutricional adecuada.

En pacientes con enfermedades metabólicas que cursan con patologías infecciosas y descompensación metabólica como los atendidos en el Instituto Nacional de Diabetes, Endocrinología y Nutrición (INDEN), esta problemática adquiere especial relevancia debido al riesgo aumentado de complicaciones, infecciones, retraso en la cicatrización de las heridas y mayor mortalidad.

A pesar de las recomendaciones internacionales (ESPEN, ASPEN, GLIM), en muchos hospitales de América Latina, no se realiza de forma sistemática la valoración del perfil nutricional al ingreso ni durante la estancia siendo la evaluación del estado nutricional primer paso para el tratamiento y prevención de estas enfermedades a través de los diferentes métodos de tamizajes nutricional como lo es la VGS aprobada por la ASPEN en cual se incluye tanto historia dietética, exploración física y medidas antropométricas como métodos de valoración funcional; por lo que consideramos tiene relevancia clínica realizar este estudio en nuestra institución ya que no contamos datos estadísticos sobre esta problemática.

1.6 Limitaciones

Como limitantes en esta investigación se evidenció algunos tamizajes incompletos, tiempo para la elaboración y aprobación del proyecto de tesis, no poder realizar pruebas bioquímicas y prueba de composición corporal a los pacientes.

CAPITULO II

Marco Teórico

2.1.- Antecedentes y referencias

Barcina Pérez P, Mercader Ros T, Abellán Aynes O, Cayuela García JM, Góngora Hervás J, Hernández Jiménez P y Lucas Abellán C, en Murcia (2021), llevaron a cabo una investigación de tipo observacional, con diseño transversal, en un entorno de atención clínica habitual. El objetivo fue determinar la proporción de pacientes en situación de riesgo o con diagnóstico de desnutrición relacionada con la enfermedad (DRE) al momento del ingreso hospitalario, así como analizar su posible vínculo con el aumento en la duración de la hospitalización y los costos asociados, dentro del área de medicina interna de un hospital general de baja complejidad. La muestra incluyó a 203 pacientes admitidos por diversas causas. Se identificó que el 19% de los individuos presentaban DRE. En el grupo etario mayor de 69 años, esta proporción se elevó al 34% al ingreso. El índice de masa corporal (IMC) promedio entre quienes fueron diagnosticados con desnutrición fue de 25,19 kg/m², y un 55% de estos mostraban un IMC inferior al rango considerado como normopeso. Los autores concluyeron que la desnutrición se relaciona con un incremento tanto en los días de hospitalización como en los gastos sanitarios. Asimismo, advirtieron que el IMC no resulta un indicador suficiente para identificar la malnutrición, ya que un 45% de los pacientes con diagnóstico confirmado de desnutrición y un 63% de aquellos en riesgo presentaban valores por encima del umbral de peso normal.

Villaverde-Núñez A, Pérez Ramos C, Sanz Lobo MV, Morgado Benito MC, MartínezIbáñez V, AVECILLA NIETO N, Antón Rodríguez C. Madrid 2021. Realizo un estudio observacional, prospectivo, analítico y aleatorizado, con el objetivo de evaluar el estado

nutricional al ingreso y evolución tras siete días de hospitalización en un hospital de segundo nivel con una muestra de 260 pacientes donde se obtuvo como resultados al aplicar la VGS al ingreso que un 52% presentaron un estado nutricional normal y el 48 % presentaron algún grado de desnutrición (moderada o severa). De los pacientes con desnutrición, en el 39,2% estaba moderada y en el 8,8% severa, poniendo en evidencia que la desnutrición hospitalaria sigue siendo un tema preocupante y de gran relevancia.

Sonco Félix, R. V. (2023), realizó un estudio observacional, tipo analítico de corte transversal retrospectivo, con el fin de identificar la relación entre perfil metabólico y el estado nutricional en pacientes con Diabetes Mellitus Tipo 2 en el cual se incluyó un total de 83 pacientes obteniendo como resultado que el 57,8% tuvo una glicemia mal controlada con niveles glucémicos en ayunas mayor a 130mg/dl, la evaluación del estado nutricional mostró que el 41% presentó sobrepeso, el 38.5% obesidad (27.7% obesidad grado I y 10,8% obesidad grado II) con una correlación de la distribución del IMC según los niveles de glucosa, se encontró que el 94.1% de los normopeso, 52.9% de pacientes con sobrepeso y 66.7% de pacientes con obesidad grado II presentaron un mal control glicémico, a diferencia de los pacientes con obesidad grado I en quienes el 65.2% presentó un buen control glicémico, existiendo una asociación significativa entre estado nutricional y glucosa en ayunas y se evidencio que la obesidad puede presentarse en pacientes diabéticos mas no es indispensable que estos la padezcan.

Rojas-Padilla IC, Zambrano-Ríos DC, Matta-Miramar AJ. Cali, Colombia 2020. Realizo un estudio descriptivo de tipo transversal con el objetivo de evaluar la influencia del estado nutricional en el control de la diabetes mellitus tipo 2; con una muestra constituida por 237

pacientes diabéticos en el cual se encontró que 117 de 237 participantes presentaron un nivel de hemoglobina glicosilada superior a 7%. En el 52% de los casos se evidenció un aumento de la lipoproteína de baja densidad, el 64% no realizaban ejercicio, y el 68,3% de los participantes estaban en condición de exceso de peso, ya fuera sobrepeso u obesidad. Con este acercamiento investigativo concluyo que los hábitos de vida saludable como alimentación sana, balanceada, adecuada y variada, además de la práctica regular de ejercicio físico, son determinantes en el estado de salud de los pacientes con diabetes mellitus tipo 2, ya que pueden generar un adecuado control en peso, hemoglobina glicosilada y niveles de colesterol.

Sulmont-Rossé C, Van Wymelbeke-Delannoy V and Maître I. Francia 2022. Realizo un estudio de tipo descriptivo cuyo objetivo era determinar la prevalencia de desnutrición en personas mayores con sobrepeso y obesidad a partir de un análisis secundario sobre los datos recopilados a través de dos encuestas francesas entre personas de 65 años o más con una muestra de 727 pacientes donde se obtuvo como resultado que el 2% de los encuestados con un IMC superior a 25 estaban desnutridos y el 23% estaban en riesgo de desnutrición. El 18% de los pacientes con sobrepeso y el 29% de los obesos estaban en riesgo de desnutrición. Con los datos de este estudio y teniendo en cuenta los datos del censo francés 2022, se puede estimar que, en Francia, alrededor de 1,7 millones de personas de 65 años o más con un IMC superior a 25 están desnutridas o corren el riesgo de padecerla.

Rivera-Flores, A. A., Díaz-Posada, V., Díaz-López, J., & Martín del Campo-Cervantes, J. México 2020. Realizo un estudio descriptivo, observacional y analítico donde se evaluó a adultos mayores de 60 años de ambos géneros con el fin de evaluar el estado nutrición con una muestra de 30 pacientes donde se obtuvo como resultado que el 36,7% de la población estudiada refiere un estado nutricional normal, sin embargo, el 63,3% presentó desnutrición en

la población adulta mayor, observando en estos reducción de masa muscular y el incremento de masa grasa con un desarrollo de sarcopenia en este grupo de pacientes.

TF Galeano-Fernández, J. Carretero-Gómez, AS Vidal-Ríos, GM García-García, et al. España 2021. Realizaron un estudio un estudio cohortes, unicéntrico con una muestra 511 pacientes con el fin de describir el Impacto de la diabetes, la desnutrición y la sarcopenia en el pronóstico de los pacientes hospitalizados obteniendo como resultado que el 42% tenía DM2 con una prevalencia de desnutrición de 39,5% en los pacientes DM2 39,4% en los no diabéticos siendo similar porcentaje de desnutrición que el resto, con la variante de mayor sarcopenia en los diabéticos. Esta sarcopenia, junto a la inflamación y la comorbilidad determinan un peor pronóstico.

Czapla, M., Juárez-Vela, R, Lokiec, K., Wleklík, M., Karniej, P., & Smereka, J. Polonia 2022. Realizaron un estudio analítico, retrospectivo por hipertensión cuyo el objetivo fue evaluar cómo el estado nutricional y el índice de masa corporal (IMC) afectan la duración de la estancia en pacientes con hipertensión; incluyo un total de 586 pacientes que ingresaron en el Instituto de Enfermedades del Corazón del Hospital Clínico Universitario de Wroclaw obteniendo como resultado pacientes con riesgo nutricional representaban menos del 2% de la población del estudio, pero más del 60% tenían sobrepeso u obesidad; de pacientes los obesos, la hospitalización duró entre $3,4 \pm 2,43$ días, significativamente más que la de los pacientes de peso normal y para los pacientes con bajo peso, la hospitalización duró $5,14 \pm 2,27$ días, lo que también fue significativamente más largo que para los de otras categorías de IMC concluyendo que en relación al estado nutricional de los pacientes hipertensos, el bajo peso o la obesidad se asociaron con una duración más prolongada de la estancia hospitalaria.

Bansal, N., Alharbi, A., Shah, M., Altorok, I., Assaly, R., & Altorok, N. Toledo 2024. Realizaron un estudio de cohorte retrospectivo con un diagnóstico principal de insuficiencia cardíaca con el objetivo evaluar el impacto de la desnutrición en los resultados hospitalarios y de los pacientes en los ingresos en diferentes centros hospitalarios por insuficiencia cardíaca, se compararon los resultados entre pacientes con y sin desnutrición, centrándose en la mortalidad, la duración de la estancia hospitalaria, los gastos hospitalarios, el paro cardíaco y el shock cardiogénico. Se recogió una muestra probabilística del 20% de todos los hospitales de cada estrato que incluyo datos de 49 hospitales, que cubren el 98 por ciento de la población de los EE.

UU, se incluyó un total de 1.110.085 pacientes que tenían un diagnóstico primario de insuficiencia cardíaca. De estos, 36.522 (3,29%) pacientes tenían desnutrición y 1.073.563 (96,71%) pacientes no tenían desnutrición. La desnutrición severa estuvo presente en 24.422 (2,20%) pacientes, mientras que la desnutrición leve a moderada se encontró en 12.100 (1,09%) pacientes; con tasas de mortalidad del 8,99% (9,2% en el grupo de desnutrición grave y 8,61% en el grupo de desnutrición leve a moderada siendo más alta en pacientes con insuficiencia cardíaca con desnutrición en cuanto a la estancia hospitalaria los pacientes con insuficiencia cardíaca con desnutrición fue significativamente más larga, con una estancia media de 10,09 días en tanto que los pacientes con insuficiencia cardíaca sin desnutrición, que tuvieron una media de 5,42 días. Concluyendo que la desnutrición afecta significativamente los resultados hospitalarios en los pacientes ingresados con insuficiencia cardíaca, con un riesgo de mortalidad aproximadamente tres veces mayor y un mayor riesgo de complicaciones graves, incluido el shock cardiogénico y el paro cardíaco.

Daud M, Ullah F, Uzair M, Siddiq A, Siddiq U, Riaz FB, Ibrar M, Khan AH. Pakistán 2023, realizaron un estudio de cohorte con el objetivo de examinar cómo la desnutrición afecta los

resultados de hospitalización en adultos mayores ingresados por sepsis con una muestra total de 390 pacientes con sepsis de 55 años o más; obteniendo los resultados de que los pacientes desnutridos presentaron mayores complicaciones que los bien nutridos con tasas más altas de ingreso a la UCI (52,82% vs. 29,23%), ventilación mecánica (45,13% vs. 16,41%), mortalidad (27,18% vs. 14,87%) y reingreso a los 30 días (28,21% vs. 12,82%); también tuvieron estancias hospitalarias más prolongadas (18,1 días frente a 12,6 días. Concluyendo que la desnutrición empeora significativamente los resultados de los pacientes ancianos con sepsis, aumentando los ingresos en UCI, las necesidades de ventilación, las tasas de mortalidad y los reingresos, lo que enfatiza la necesidad de intervenciones nutricionales proactivas.

Piersa, J., Bajek, W., Pilśniak, A., Jarosińska, A., Pietrukaniec, M., & Holecki, M. *Plonia* 2025. Realizaron un estudio retrospectivo con el objetivo de evaluar la prevalencia y el grado de desnutrición en pacientes con diabetes mellitus tipo 2 a través de las puntuaciones CONUT y PNI con una muestra total de 66 pacientes obteniendo como resultados que el 67,2% de los pacientes tenía desnutrición leve a moderada y el 12,5% con desnutrición severa solo el 20,3% de ellos estaban bien alimentados; en cuanto al IMC el 27,3% de ellos tenía peso normal (IMC 20-24,9), el 29,5% sobrepeso (IMC 25-29,9) y el 43,2% obesidad (IMC \geq 30). Concluyendo que la diabetes tiene una correlación directa sobre el estado nutricional en pacientes con DM2.

Serrano Valles, C., López Gómez, J. J., García Calvo, S. et al. *España* 2020. Realizaron estudio observacional de cohortes transversal con el objetivo de valorar si el paciente con DM2 hospitalizado tiene peor situación nutricional que el no diabético. y determinar la influencia de la DM2 en la estancia media en pacientes con mala situación nutricional. Se reclutaron un total de 1.017 paciente a quienes se les realizó valoración del estado nutricional por el Servicio de Endocrinología y Nutrición del Hospital y estratificó función del diagnóstico de DM2, en pacientes con DM2 y sin DM2 de acuerdo con los criterios diagnósticos de la American

Diabetes Association; obteniendo como resultado un total de pacientes 24,4% pacientes con DM2 y 75,6% no DM2. Los pacientes con DM2 presentaban mayor índice de masa corporal 23,18 vs. 22,31, un riesgo aumentado de malnutrición en paciente con DM2 según el cuestionario MNA (<17,5 puntos) 95%; e IRN [<85 puntos] 95%. Al valorar la desnutrición combinada con la diabetes, los pacientes con DM2 y malnutrición (MNA<17,5) tienen una estancia media hospitalaria mayor 21 ([2-36 días) en contraste con 17 (9-30 días). Concluyendo que los pacientes con DM2 hospitalizados tienen una peor situación nutricional respecto a los pacientes sin DM2 acorde con la MNA.

2.2. Marco Conceptual

2.2.1. Malnutrición

El concepto de malnutrición engloba tanto la ingesta insuficiente como el consumo excesivo o desequilibrado de energía y nutrientes por parte de un individuo. Para facilitar su análisis, esta condición se divide en tres categorías principales:

Primero, la desnutrición, que abarca situaciones como la emaciación (peso demasiado bajo en relación con la estatura), el retraso del desarrollo físico (estatura menor de la esperada para la edad) y la insuficiencia de peso en función de la edad cronológica.

En segundo lugar, la malnutrición asociada a los micronutrientes, la cual comprende tanto deficiencias (escasez de vitaminas y minerales esenciales) como excesos de estos elementos. Finalmente, el exceso de peso corporal, que incluye el sobrepeso, la obesidad y las enfermedades crónicas no transmisibles derivadas de patrones alimentarios inadecuados, como patologías cardiovasculares, diabetes mellitus y ciertos tipos de neoplasias, según lo expuesto por la (OMS, 2024).

La malnutrición se considera uno de las principales limitantes para alcanzar un estado de salud óptimo y garantizar una buena calidad de vida; tanto es así, que ya en la antigüedad Hipócrates y Galeno la ubicaron en un lugar fundamental. Con el pasar de los años desde la segunda mitad del pasado siglo ha existido un despertar en el mundo de la ciencia de la nutrición, por lo que deviene un reto que se impone enfrentar. La esencia de la malnutrición es multifactorial e incluye aspectos biológicos, sociales, culturales y socioeconómicos.

La malnutrición representa un importante problema de salud pública a nivel global, afectando principalmente a los grupos más vulnerables como los niños y los adultos mayores, quienes presentan mayor susceptibilidad a desarrollar condiciones de salud relacionadas. (Fonseca González et al., 2020)

2.2.2. Desnutrición hospitalaria

La malnutrición puede definirse como un síndrome clínico que resulta de un desequilibrio entre el aporte y el aprovechamiento de los nutrientes, donde el organismo consume más de lo que recibe. Esta condición se manifiesta a través de alteraciones metabólicas, bioquímicas y clínicas, generando pérdida de masa grasa y/o muscular. Además, compromete la capacidad del paciente para responder adecuadamente a la enfermedad y a los tratamientos médicos, lo que incrementa el riesgo de sufrir complicaciones y eleva la tasa de mortalidad. (Pérez, 2021)

La desnutrición hospitalaria es una realidad que causa gran preocupación en los profesionales de la salud, por su creciente frecuencia, por la morbimortalidad que asocia y por sus implicaciones socioeconómicas. (Pérez L. A. A, 2021). Su prevalencia es especialmente alta reportándose hasta 30% - 50%. Siendo los grupos poblacionales susceptibles los ancianos, pacientes oncológicos y los pacientes pediátricos. (Lobatón, 2020).

La desnutrición está asociada con consecuencias negativas como inadecuada función inmunológica, pérdida de masa muscular, mayor estancia hospitalaria, mayores costos en atención en salud y aumento de morbimortalidad. Uno de los factores que influye en la alta prevalencia de malnutrición hospitalaria es el tipo de dieta prescrita que en algunos casos no es adecuada. (Pérez L. A. A, 2021).

La desnutrición en pacientes hospitalizados puede estar originada por múltiples factores, entre ellos la pérdida del apetito, muchas veces provocada por el impacto emocional de la enfermedad o la estancia hospitalaria. También influyen las dietas restrictivas, procedimientos médicos como cirugías o análisis que requieren ayuno prolongado, así como síntomas como vómitos, diarrea o dificultades para masticar, tragar o digerir alimentos. Otros elementos que inciden incluyen intolerancias alimentarias, cambios en el menú, métodos de preparación de los alimentos y horarios poco adecuados para las comidas. A esto se suman factores institucionales, como la falta de formación del personal en nutrición clínica, omisión del registro del peso y talla al ingreso, escasa implementación de estrategias de soporte nutricional y ausencia de monitoreo del peso durante la hospitalización (Lobatón, 2020).

Para evitar o contrarrestar las consecuencias clínicas adversas vinculadas con la desnutrición, resulta fundamental detectar desde el momento del ingreso hospitalario a aquellos pacientes que presentan un estado nutricional deficiente o que se encuentran en riesgo de desarrollarlo. Para ello, es imprescindible el uso de instrumentos de cribado nutricional previamente validados, como la Valoración Global Subjetiva (VGS), entre otros métodos disponibles. Estas herramientas permiten identificar los hábitos alimentarios del paciente y constituyen un punto de partida para establecer un plan de intervención dietética o un soporte nutricional individualizado. El objetivo es proporcionar la cantidad adecuada de energía y

nutrientes que permitan cubrir las necesidades específicas de cada persona. (Lobatón, E., 2020).

2.2.3. Evaluación de estado Nutricional

La evaluación del estado nutricional del paciente debe ser realizada por un profesional de salud debidamente formado, como un médico o un especialista en nutrición. Esta evaluación se lleva a cabo dentro del contexto de un equipo de soporte nutricional encabezado por un médico, y tiene como objetivo determinar si el paciente presenta desnutrición o está en riesgo de desarrollarla (Vaamonde et al., 2022).

La evaluación del estado nutricional constituye una herramienta clave para determinar la condición nutricional de un paciente. Su propósito no solo es detectar la presencia de desnutrición o el riesgo de desarrollarla, sino también estimar la probabilidad de que el paciente desnutrido experimente complicaciones clínicas. Asimismo, esta valoración permite establecer un plan de intervención nutricional apropiado a lo largo de su atención. En última instancia, se busca reducir la aparición de eventos adversos, mejorar la eficacia de los tratamientos, acortar la duración de la hospitalización y contribuir a una mejor calidad de vida del paciente.

En su estructura debe contener datos de: historia clínica completa, historia dietética, exploración física, medidas antropométricas, medidas de laboratorio. (Vaamonde, J. G. et al, 2022).

2.2.4. Criterios GLIM

Recientemente, la Iniciativa Global de Liderazgo en Desnutrición (GLIM, por sus siglas en inglés) desarrolló un conjunto de criterios para facilitar el diagnóstico estandarizado de la desnutrición. Esta propuesta contempla un proceso que inicia con el tamizaje nutricional,

seguido por la evaluación de al menos un criterio fenotípico, como pérdida de peso, bajo IMC o masa muscular reducida, y un criterio etiológico, ya sea por disminución en la ingesta o absorción de nutrientes, o por la presencia de inflamación o carga de enfermedad estos criterios requieren una validación confirmada antes de su uso generalizado en cada población o sistema de salud.

(Jazinaki et al., 2024; Jensen et al., 2025).

Los criterios seleccionados por la iniciativa GLIM se basan en variables sólidamente reconocidas en el ámbito nutricional, las cuales han demostrado tener un valor pronóstico confiable en relación con desenlaces clínicos adversos, incluyendo la mortalidad. Entre los criterios fenotípicos se incluyen la pérdida de peso involuntaria, el bajo índice de masa corporal (IMC) y la disminución de la masa muscular. Por otro lado, los criterios etiológicos abarcan la reducción en la ingesta o absorción de nutrientes, así como la presencia de inflamación o una enfermedad subyacente. Para establecer el diagnóstico de desnutrición, es necesario que se identifique al menos un criterio de cada categoría (Jensen et al., 2025).

2.2.5. Valoración Global Subjetiva (VSG)

Se trata de un instrumento de detección nutricional diseñado para reconocer de forma ágil y sencilla a aquellos pacientes que presentan riesgo nutricional o que ya se encuentran en un estado de desnutrición. Este procedimiento inicial permite identificar a los individuos vulnerables y facilita la realización posterior de una valoración nutricional más exhaustiva, con el fin de determinar si es necesaria una intervención específica en esta área.

Este método fue diseñado por Baker en los años 80 para valorar el estado nutricional de pacientes que iban a someterse a cirugía gastrointestinal, posteriormente validado en la

mayoría de la población. Es un método no sólo de cribado sino de diagnóstico del estado nutricional basado en la historia clínica y datos de la exploración física.

La VSG clasifica como malnutridos a aquellos pacientes con riesgo de complicaciones médicas derivadas de su estado nutricional y que previsiblemente se beneficiarán del apoyo nutricional. Es el método recomendado por la Sociedad Americana de Nutrición Parenteral y Enteral (ASPEN). Para muchos es considerado el «gold standard» para la validación de nuevos métodos de cribado o valoración, y para otros es más un índice global de enfermedad, que de estado nutricional.

Composición: por una parte, este cuestionario evalúa datos de la historia clínica y dietética, como la pérdida de peso, cambios en la ingesta, presencia de síntomas gastrointestinales y funcionalidad. Por otro lado, se examinan algunos datos de la exploración física, como la presencia de edemas o la pérdida de tejido celular subcutáneo o de masa muscular.

Interpretación: cada aspecto no recibe una puntuación numérica, sino que, según el predominio de los datos clínicos y físicos, es el evaluador el que clasifica subjetivamente al paciente en uno de los 3 grupos posibles: A, B o C; esto es, bien nutrido, con desnutrición moderada o riesgo y con desnutrición grave, respectivamente. Por tanto, requerirá de personal entrenado para su correcta interpretación. D. A. de Luis Román D. Sociedad Española de Endocrinología y Nutrición. Dietoterapia, nutrición clínica y metabolismo Tercera edición. 2018. Valoración Nutricional 69-71.

Entre los instrumentos de cribado nutricional más frecuentemente empleados en el ámbito hospitalario se encuentran la Nutrition Risk Screening 2002 (NRS-2002) y la Malnutrition

Universal Screening Tool (MUST), ambas respaldadas por las guías de la ESPEN. También son comúnmente utilizadas otras herramientas como el Short Nutritional Assessment Questionnaire

(SNAQ), la Malnutrition Screening Tool (MUST) y la versión autoadministrada del Subjective Global Assessment (PG-SGA), esta última diseñada para ser completada directamente por el paciente (Cortés-Aguilar et al., 2024).

El cribado del riesgo nutricional, para identificar a los pacientes en riesgo de desnutrición, es el primer paso en la prevención y el tratamiento de la desnutrición en los pacientes hospitalizados, y debe ir seguido de una evaluación nutricional exhaustiva que dé lugar a un diagnóstico de desnutrición y al tratamiento posterior. (Trollebø, M. A. et al, 2022)

2.2.6. Índice de Masa Corporal o Índice de Quetelet

El índice de masa corporal es un parámetro que permite valorar si el peso de una persona es proporcional a su estatura. Se obtiene aplicando una fórmula simple que consiste en dividir el peso en kilogramos entre la altura expresada en metros al cuadrado (kg/m^2). Esta herramienta se utiliza como criterio diagnóstico para clasificar el peso corporal y detectar posibles riesgos asociados a la salud (Juan, 2021).

Se introdujo en el siglo XIX por el estadístico belga Adolphe Quetelet, el IMC y a partir de ahí se ha consolidado como un indicador clave en el ámbito de la salud pública y la medicina preventiva. En 1985 fue validado el IMC como indicador de la grasa corporal en el Reino Unido por Webster y Garrow y posteriormente la OMS evaluó la composición corporal a través de este método reconociendo su utilidad clínica, y estableció la clasificación correlacionando estos valores con causas de morbilidad. (Juan, C. S. L. 2021).

Clasificación	IMC (kg/m^2)
Bajo peso	< 18.5
Normal	18.5 – 24.9
Sobrepeso	25.0 – 29.9

Obesidad clase I	30.0 – 34.9
Obesidad clase II	35.0 – 39.9
Obesidad clase III (mórbida)	≥ 40.0

2.2.7. Obesidad

La obesidad representa uno de los principales retos en materia de salud pública. En España, más de la mitad de la población presenta exceso de peso (56 %) y cerca de una quinta parte vive con obesidad (19 %). Esta condición se asocia con múltiples enfermedades crónicas que podrían prevenirse. En los últimos años, la investigación en nutrición ha pasado de centrarse en nutrientes individuales a enfocarse en los patrones alimentarios, los cuales analizan cómo interactúan de forma conjunta los diferentes alimentos y nutrientes en la dieta (Salas-González, 2024).

2.2.8. Hemoglobina Glucosilada

La hemoglobina glucosilada proviene de los eritrocitos. La hemoglobina, una proteína que se une a la glucosa, se encuentra dentro de los glóbulos rojos cuya función es transportar oxígeno desde los pulmones a todas las células del cuerpo. La glucosa entra en los glóbulos rojos y se une con moléculas de hemoglobina mediante el proceso de glicosilación. Cuanta más glucosa haya en la sangre, más hemoglobina se glucosila traducido a mayor cantidad de hemoglobina glucosilada. (ADA, 2025)

La hemoglobina A1C representa el nivel de glucosa que se ha adherido a la hemoglobina a lo largo de la vida útil del glóbulo rojo, que es aproximadamente de 120 días. Por ello, ofrece un promedio ponderado de la glucemia, con mayor influencia de los niveles recientes de glucosa en sangre. Esta prueba es un indicador indirecto de la exposición a la glucosa, y puede verse alterada por condiciones que afecten la concentración de hemoglobina o el recambio eritrocitario, como ocurre en casos de talasemia o deficiencia de folato. Debido a estas limitaciones, la A1C podría no ser un método diagnóstico confiable en personas con

anemia, pacientes que reciben eritropoyetina o aquellos que se someten a hemodiálisis. (ADA, 2025).

La medición del porcentaje de hemoglobina glucosilada (HbA1c) permite estimar el control promedio de la glucosa en sangre durante aproximadamente los últimos tres meses. Esta prueba se emplea de manera generalizada tanto para el seguimiento de la diabetes mellitus como para su diagnóstico y detección, siendo una alternativa útil a las pruebas tradicionales de glucosa. La HbA1c se ha consolidado como un indicador confiable del riesgo de desarrollar complicaciones microvasculares, como la retinopatía y la nefropatía, en personas con diabetes (ADA, 2025).

La medición de HbA1c se realiza mediante una muestra de sangre venosa, la muestra se procesa como sangre completa. Los pacientes no necesitan ayunar para la prueba de HbA1c, ya que refleja el control de la glucemia a largo plazo, en lugar de los niveles inmediatos de glucosa.

Los resultados de la prueba de A1C se expresan como un porcentaje. Cuanto mayor sea el porcentaje, mayores serán sus niveles de glucosa en sangre durante los últimos dos o tres meses. La prueba de HbA1c se utiliza para el diagnóstico, según las siguientes pautas: HbA1c menor a 5.7% paciente no diabético, niveles de HbA1c de entre 5,7 y menos de 6,5% rango de prediabetes y niveles de HbA1c de 6,5% o superior rango de diabetes. (ADA, 2025)

2.2.9. Diabetes Mellitus

La diabetes mellitus es un grupo de trastornos metabólicos del metabolismo de los hidratos de carbono en los que la glucosa se infrautiliza como fuente de energía y se produce en exceso debido a una gluconeogénesis y glucogenólisis inadecuadas, lo que da lugar a una hiperglucemia. (ADA, 2025).

El diagnóstico de la diabetes puede realizarse mediante la detección de niveles elevados de glucosa en el plasma venoso o un incremento en los valores de hemoglobina A1C. Tradicionalmente, esta enfermedad se clasifica en distintos tipos clínicos, como la diabetes tipo 1, tipo 2, la diabetes gestacional, y otras formas menos comunes asociadas a causas específicas, entre ellas alteraciones monogénicas, disfunciones del páncreas exocrino o el uso de ciertos medicamentos con alto riesgo (ADA, 2025).

A nivel global, se estima que uno de cada once adultos vive con diabetes mellitus, siendo la gran mayoría (alrededor del 90 %) casos de tipo 2. En cuanto a la diabetes tipo 1, su incidencia comienza en edades tempranas, con picos observados entre los 4 a 6 años y nuevamente entre los 10 a 14 años. Cerca del 45 % de los diagnósticos en niños ocurren antes de los diez años de edad. En la población menor de 20 años, la prevalencia se sitúa en aproximadamente 2.3 por cada 1,000 personas (Sapra, A., et al 2025)

El inicio de la DMT2 suele ser más tarde en la vida, aunque la obesidad en adolescentes ha llevado a un aumento de la DMT2 en poblaciones más jóvenes. La DMT2 tiene una prevalencia de alrededor del 9% en la población total de los Estados Unidos, pero aproximadamente el 25% en los mayores de 65 años. La Federación Internacional de Diabetes estima que 1 de cada 11 adultos entre 20 y 79 años tenía DMT a nivel mundial en 2015. Los expertos esperan que la prevalencia de DMT aumente de 415 a 642 millones para 2040, con el aumento más significativo en las poblaciones en transición de niveles de ingresos bajos a medios. (Sapra, A., et al 2025).

La diabetes se puede diagnosticar según los criterios de A1C o los criterios de glucosa plasmática, ya sea el valor de glucosa plasmática en ayunas, el valor de glucosa a las 2 horas

durante una prueba de tolerancia oral a la glucosa de 75 g o un valor de glucosa aleatorio acompañado de síntomas hiperglucémicos clásicos (p. ej., poliuria, polidipsia y pérdida de peso inexplicable) o crisis hiperglucémicas. (ADA, 2024)

Es frecuente que las personas con diabetes requieran ser hospitalizadas, principalmente por enfermedades cardiovasculares, pero también por otras patologías como cáncer, infecciones, pancreatitis o fracturas de cadera. Además, por lo general, tienen un peor pronóstico y un mayor riesgo de complicaciones, de estancias prolongadas y de mortalidad. (Burgos Peláez et al, 2022)

Se debe prestar especial atención a la desnutrición en adultos mayores con diabetes. La tasa de desnutrición es mayor en personas mayores con diabetes que en aquellas sin diabetes. En estos pacientes, la presencia de desnutrición afecta negativamente a las actividades básicas de la vida diaria, el rendimiento físico de las extremidades inferiores y la calidad de vida, y se asocia con estancias hospitalarias más prolongadas y tasas más altas de institucionalización y mortalidad. (Burgos Peláez et al, 2022).

2.2.10. Hipertensión Arterial

La hipertensión se diagnostica cuando la presión arterial sistólica en consulta es igual o superior a 140 mmHg o la presión diastólica alcanza o supera los 90 mmHg, previa confirmación de las mediciones (McEvoy et al., 2024). Esta condición afecta a más del 30 % de los adultos a nivel mundial y constituye el principal factor de riesgo para el desarrollo de enfermedades cardiovasculares, incluyendo la cardiopatía isquémica y los accidentes cerebrovasculares. Además, se asocia a otras patologías como la insuficiencia renal crónica, la insuficiencia cardíaca y ciertos tipos de demencia (Pincay Cañarte et al., 2020).

La hipertensión afecta al 40-45% de la población adulta mundial. Es un factor de riesgo de ECV modificable y su aumento muestra una relación lineal con la mortalidad y el desarrollo de otras afecciones, como infarto de miocardio, insuficiencia cardíaca y accidente cerebrovascular cerebral. (Czapla, M. et al, 2022)

La hipertensión arterial representa un grave desafío para la salud pública, especialmente en países desarrollados, donde se estima que aproximadamente el 20 % de los adultos la padecen. De acuerdo con la Organización Mundial de la Salud (OMS), uno de cada cinco adultos presenta presión arterial elevada, una condición que contribuye a cerca del 50 % de las muertes por enfermedades cardiovasculares, como infartos o accidentes cerebrovasculares. Las complicaciones asociadas a la hipertensión provocan alrededor de 9.4 millones de fallecimientos anuales en todo el mundo, siendo una situación crítica especialmente en regiones como América

Latina (Pincay Cañarte et al., 2020).

Se clasifica la PA como no elevada ($<120/70$ mm Hg) para la que no se recomienda el tratamiento farmacológico, elevada ($120-139/70-89$ mm Hg) para la que se recomienda el tratamiento farmacológico en individuos seleccionados en función del riesgo de ECV y la PA de seguimiento, y la hipertensión ($\geq 140/90$ mm Hg) para la que se recomienda una confirmación y un tratamiento oportunos en la mayoría de los individuos. (McCarthy et al, 2025)

Explorar cómo se relacionan el estilo de vida y el estado nutricional en adultos mayores con hipertensión arterial en el entorno hospitalario es fundamental para responder a las demandas de esta población en expansión. El estado nutricional refleja el equilibrio entre el consumo de calorías, proteínas y otros nutrientes necesarios para el funcionamiento fisiológico adecuado. Cualquier desviación de este equilibrio puede resultar en desnutrición, sobrepeso u

obesidad, condiciones que se asocian a un mayor riesgo de complicaciones como infecciones, caídas, fracturas, estancias hospitalarias prolongadas y una reducción significativa en la calidad de vida, tanto en enfermedades agudas como crónicas o no transmisibles (Surichaqui Gómez et al., 2023).

El estado nutricional influye directamente en el pronóstico y la duración de la hospitalización en pacientes con hipertensión. Aquellos que presentan desnutrición tienen mayor probabilidad de desarrollar complicaciones, y su respuesta al tratamiento suele ser menos efectiva. Asimismo, una condición nutricional deficiente tiende a alargar la estancia hospitalaria, lo que conlleva un aumento en los costos asistenciales. Es importante destacar que tanto el bajo peso como el sobrepeso pueden agravar enfermedades crónicas durante la hospitalización y afectar negativamente la evolución clínica del paciente (Czapla et al., 2022).

2.2.11. Enfermedad Renal

La enfermedad renal crónica (ERC) se define como la presencia durante al menos tres meses de una disminución del filtrado glomerular estimado (FGe) inferior a 60 ml/ min/1,73 m² o que el paciente presente lesión renal manifiesta, independientemente del diagnóstico clínico. (Iraizoz Barrios et al, 2022).

La enfermedad renal crónica (ERC) se caracteriza por una disminución progresiva en la función de los riñones, que puede llevar eventualmente a la necesidad de tratamientos sustitutivos como la diálisis o el trasplante renal. El término daño renal hace referencia a alteraciones estructurales o funcionales detectadas mediante estudios por imágenes, biopsias

renales, presencia de anomalías en el análisis de orina o niveles elevados de albúmina en la orina (Vaidya et al., 2025)

La enfermedad renal crónica (ERC) representa uno de los padecimientos más costosos a nivel mundial en materia de tratamiento, lo que representa un reto económico para los sistemas de salud y para las personas que la padecen, en virtud de la afectación a su calidad y esperanza de vida. La ERC secundaria a enfermedades crónicas como la diabetes tipo 2 y la hipertensión arterial, así como la falta de pruebas diagnósticas oportunas en los grupos de riesgo, aumentan las complicaciones derivadas de la enfermedad e incrementan la mortalidad. (Ortiz Gómez et al, 2021)

La ERC afecta a entre el 8% y el 16% de la población mundial. En los países desarrollados, la ERC se atribuye con mayor frecuencia a la diabetes y la hipertensión. Sin embargo, menos del 5% de los pacientes con ERC temprana informan ser conscientes de su enfermedad. (Vaidya, S. R., et al, 2025)

La clasificación de la ERC de la Iniciativa para la Mejora de los Resultados Globales de la Enfermedad Renal (KDIGO) de 2012 recomienda especificar la causa de la ERC y la clasifica en seis categorías según la TFG (G1 a G5, y G3 se divide en 3a y 3b). Además, incluye la estadificación según tres niveles de albuminuria (A1, A2 y A3), y cada estadio de la ERC se subcategoriza según el cociente albúmina-creatinina urinaria (CAP; mg/g o mg/mmol) en una muestra de orina puntual de la mañana. (Vaidya, S. R. et al, 2025)

Las personas que padecen enfermedad renal crónica (ERC), especialmente en etapas avanzadas como la enfermedad renal terminal (ERT), presentan un alto riesgo de desarrollar desnutrición, lo que impacta negativamente en su calidad de vida. En estos pacientes, las

alteraciones nutricionales, como la caquexia y el desgaste proteico-energético (PEW), pueden agravar su estado clínico y están vinculadas con un aumento en la mortalidad. Se ha comprobado que las intervenciones nutricionales pueden mejorar tanto el estado nutricional a largo plazo como la supervivencia en esta población. Por ello, se hace esencial contar con herramientas de evaluación nutricional precisas que permitan a los profesionales de la salud detectar de manera oportuna la desnutrición y tomar medidas que favorezcan el pronóstico del paciente (Yang et al., 2024).

2.2.12. Insuficiencia Cardíaca

La insuficiencia cardíaca (IC) es un síndrome clínico caracterizado por la incapacidad del corazón para bombear sangre de forma adecuada a los tejidos del organismo, lo que impide satisfacer las demandas metabólicas. Esto se traduce en síntomas como disnea, fatiga y edema, resultado de anomalías estructurales o funcionales en el miocardio que alteran el llenado o la eyección del ventrículo (Heidenreich et al., 2022).

La insuficiencia cardíaca se clasifica de la siguiente manera:

De acuerdo al estadio funcional (NYHA – New York Heart Association):

Clase I: Sin limitación de la actividad física.

Clase II: Ligera limitación con actividad física.

Clase III: Limitación marcada incluso con actividad leve.

Clase IV: Síntomas presentes incluso en reposo.

De acuerdo con la fracción de eyección (FEVI):

IC con fracción de eyección reducida (IC-FER): FEVI \leq 40%.

IC con fracción de eyección levemente reducida (IC-FEIr): FEVI 41–49% IC

con fracción de eyección preservada (IC-FEp): FEVI \geq 50%

El diagnóstico de IC se basa en una combinación de: Síntomas clínicos: Disnea, fatiga, ortopnea, edema de miembros inferiores; Hallazgos físicos: Ingurgitación yugular, estertores pulmonares, hepatomegalia, ascitis; Pruebas complementarias: ecocardiograma, rx de tórax, biomarcadores, electrocardiograma. (Heidenreich et al., 2022).

Aproximadamente la mitad de los pacientes con insuficiencia cardíaca presentan algún grado de desnutrición, lo cual puede agravar los síntomas y empeorar su pronóstico. (Smith, A., et al 2023). Asociándose la desnutrición de estos pacientes con estancias hospitalarias más prolongadas y mayor mortalidad. (Bonilla-Palomas, J. L. et al, 2018).

En una investigación realizada con una muestra de 100 personas que padecían insuficiencia cardíaca crónica, se identificó que el 31 % presentaba desnutrición y el 42 % tenía algún nivel de riesgo nutricional. Luego de recibir una intervención nutricional adecuada, se observó una mejora en diversos parámetros clínicos, incluyendo los niveles de BNP, la fracción de eyección ventricular y varios indicadores bioquímicos. (García-Herbozo, P. E., 2024)

2.2.13. Infección de piel y tejido

Las infecciones cutáneas pueden presentarse con una amplia variedad de manifestaciones clínicas, que van desde formas leves hasta cuadros graves que pueden poner en riesgo la vida. Con el objetivo de estandarizar los criterios de inclusión en estudios clínicos, se ha establecido recientemente una nueva definición para las infecciones bacterianas agudas de la piel y sus estructuras (ABSSSI) (Falcone et al., 2023).

La cicatrización de heridas es un proceso que consume mucha energía y requiere una variedad de macronutrientes y micronutrientes para restaurar la integridad de la piel de manera

eficiente. Los macronutrientes, que incluyen carbohidratos, grasas, proteínas y líquidos, junto con micronutrientes, como vitaminas y minerales, orquestan colectivamente la progresión fluida de la cicatrización de heridas. (Seth, I. et al, 2024).

El impacto de la nutrición en los resultados estéticos de la cicatrización de heridas es sustancial; un aporte adecuado de nutrientes es crucial para reducir la formación de cicatrices y favorecer el complejo proceso de remodelación cutánea. (Seth, I. et al, 2024).

Mantener un control estricto de los niveles de glucosa en sangre es fundamental para favorecer una adecuada cicatrización de heridas, ya que la hiperglucemia persistente interfiere negativamente con la actividad de fibroblastos y células endoteliales, especialmente en personas con diabetes. Por otro lado, la historia del uso de vitaminas, como la vitamina C y su relación con el escorbuto, ha permitido entender su papel esencial como cosustrato enzimático en las hidroxilasas, claves en el proceso de formación del colágeno (Seth et al., 2024).

2.3.- Contextualización

Instituto nacional de diabetes, endocrinología nutrición, es un organismo sin fines de lucro que brinda servicios de salud y orienta sobre la prevención educativa de la diabetes, sobre todo, a pacientes con escasos recursos económicos, se encuentra ubicado en el sector los ríos.

2.3.1-Reseña del Sector

Es un sector de la ciudad de Santo Domingo del distrito nacional de la República Dominicana, fue fundado por el presidente, los ríos está poblado en particular por individuo Clase, este sector está conformado por varios distritos como barrio Azul, Jarro sucio, Los multís, Las cientos, La caña, Esperanza Villa, Elena, los Pinos, la guayubin, y también zonas de

El INDEN funciona, además, como residencia para la especialización en Diabetes y Nutrición, Oftalmología, y Cirugía en Pie Diabético; mismos avalado por la Universidad Iberoamericana UNIBE y el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social.

MISIÓN

Proporcionar servicios de salud alta calidad en todas las especialidades con los equipos, medicamentos y facilidades adecuados, y orientar a través de la prevención educativa de las complicaciones de la Diabetes, a todos los pacientes diabéticos que lo soliciten, sobre todo aquellos de escasos recursos económicos que son la razón primaria de este centro.

VISIÓN

Ser el Centro de salud modelo más grande y de mayor influencia para la educación, prevención y tratamiento de la Diabetes y las enfermedades endocrinológicas; así como para la formación de recursos humanos médicos especializados de alta calidad, tanto para nuestro país como para los demás países de Latinoamérica.

VALORES

Servicio	Responsabilidad	Humanización
Calidad	Ética	Expansión

CAPITULO 3: Diseño Metodológico

3.1 Contexto

Este estudio tiene como objetivo general identificar el grado de desnutrición en los pacientes hospitalizados en el Instituto de Diabetes, Endocrinología y Nutrición en Santo Domingo, República Dominicana durante el periodo febrero- abril 2025.

3.2 Modalidades del Trabajo Final

Para la realización de este trabajo la modalidad fue proceso de investigación ya que el objetivo es poder identificar el grado de desnutrición a través de un cribado de tamizaje

nutricional en los pacientes hospitalizados en el Instituto de Diabetes, Endocrinología y Nutrición en Santo Domingo, República Dominicana durante el periodo febrero- abril 2025.

3.3 Tipo de Estudio

Esta investigación es, observacional descriptiva y de corte transversal con información retrospectivo, ya que se utilizó como herramienta de recolección de datos es una escala de uso universal de cribado nutricional (valoración global subjetiva) ver en anexos, esta es descriptiva ya que se determinará el grado de desnutrición en los pacientes que son hospitalizados en el Instituto de Diabetes, Endocrinología y Nutrición en República Dominicana durante el periodo febrero- abril 2025.

3.4 Variables y su Operacionalización

Variable	Tipo y subtipo	Definición	Indicador
Sexo	Cualitativa y Nominal	División biológica de los seres humanos en dos grupos: hombres y mujeres.	Masculino Femenino
Edad	Cuantitativa y Discreto	Número de años de la vida cumplido	18 a 29 años 30 a 39 años 40 a 49 años 50 a 59 años 60 a 69 años 70 a 80 años >80 años
Diagnóstico de Nutricional	Cualitativa y ordinal	Es el proceso clínico mediante el cual se identifica y describe un problema relacionado con el estado nutricional de un individuo.	Normal Leve Moderada Severa
Riesgo Nutricional	Cualitativa y ordinal	Se define como la probabilidad de que un individuo desarrolle desnutrición o presente un deterioro en su estado nutricional debido a factores clínicos, metabólicos o sociales que afectan su ingesta, absorción o utilización de nutrientes.	Bajo Moderado Alto

Hemoglobina glicosilada	Cuantitativa y continua	Prueba de sangre utilizado para determinar el control glucémico de una persona con diabetes en los últimos tres meses	<5.7% 5.7- 6.4% 6.5-7.0 % 7.1.1- 9.0 % 9.1- 12.9 % 13.0 – 14.9% >15.0%
IMC	Cuantitativa y discreta	Es una medida de asociación entre la masa y la talla de un individuo.	< 18 kg/m2 18.5 - 24.9 kg/m2 25 - 29.9 kg/m2 30 - 34.9 kg/m2 35 - 39.9 kg/m2 > 40 kg/m2
Comorbilidades	Cualitativa y Nominal	Es la presencia de dos o más enfermedades en una persona al mismo tiempo	Diabetes mellitus (DM) Hipertensión arterial(HTA) Insuficiencia cardiaca crónica (ICC) Insuficiencia renal crónica (IRC) Infección de piel y tejido.

3.5 Métodos y Técnicas

El método utilizado en esta investigación es analítico, se utilizó una escala de valoración global subjetiva en la que consta de una serie de interrogantes y evaluación física, y medición antropométrica, que nos aportarán datos relevantes y de suma importancia para la investigación. Una vez recolectados los datos, es analizada la información de cada paciente y empleando herramientas estadísticas para guardar los datos recolectados.

3.6 Instrumentos de Recolección de Datos

El instrumento utilizado es la valoración global subjetiva VGS es una herramienta clínica estandarizada y validada internacionalmente, útil para diagnosticar el estado nutricional de un paciente basándose en una combinación de datos clínicos y hallazgos físicos.

3.7 Población

Está constituido por el total 4,520 de pacientes hospitalizados en el Instituto de Diabetes, Endocrinología y Nutrición, desde el mes de febrero al mes de abril del año 2025.

3.8 Muestra

Está constituido por el total 244 de pacientes hospitalizados en el Instituto de Diabetes, Endocrinología y Nutrición, desde el mes de febrero al mes de abril del año 2025, que cumplan con los criterios de inclusión y exclusión.

3.9 Criterios de inclusión

Pacientes mayores de 18 años.

Pacientes hospitalizados en el Instituto de Diabetes, Endocrinología y Nutrición.

3.10 Criterios de exclusión

Pacientes embarazadas.

Pacientes a los la VGS no se le haya realizado en los tres primeros días de estancia hospitalaria.

VGS incompletas

Pacientes hospitalizados para cirugía electiva

3.11 Procedimientos para el procesamiento y análisis de datos

Los resultados obtenidos en esta investigación se presentarán en cuadros y gráficos, con previa organización y tabulación electrónica mediante el programa Epi Info, Excel y jasp, y test de Fisher para obtener significancia estadística para luego presentar los resultados y conclusiones del estudio.

3.12 Consideraciones Éticas

Para la realización de este estudio se solicita el consentimiento del Instituto de Diabetes, Endocrinología y Nutrición. La información obtenida será manejada con carácter de confidencialidad por el equipo involucrado en la investigación, omitiendo la identificación personal de los pacientes en estudio, respetando así su integridad.

CAPITULO IV Resultados

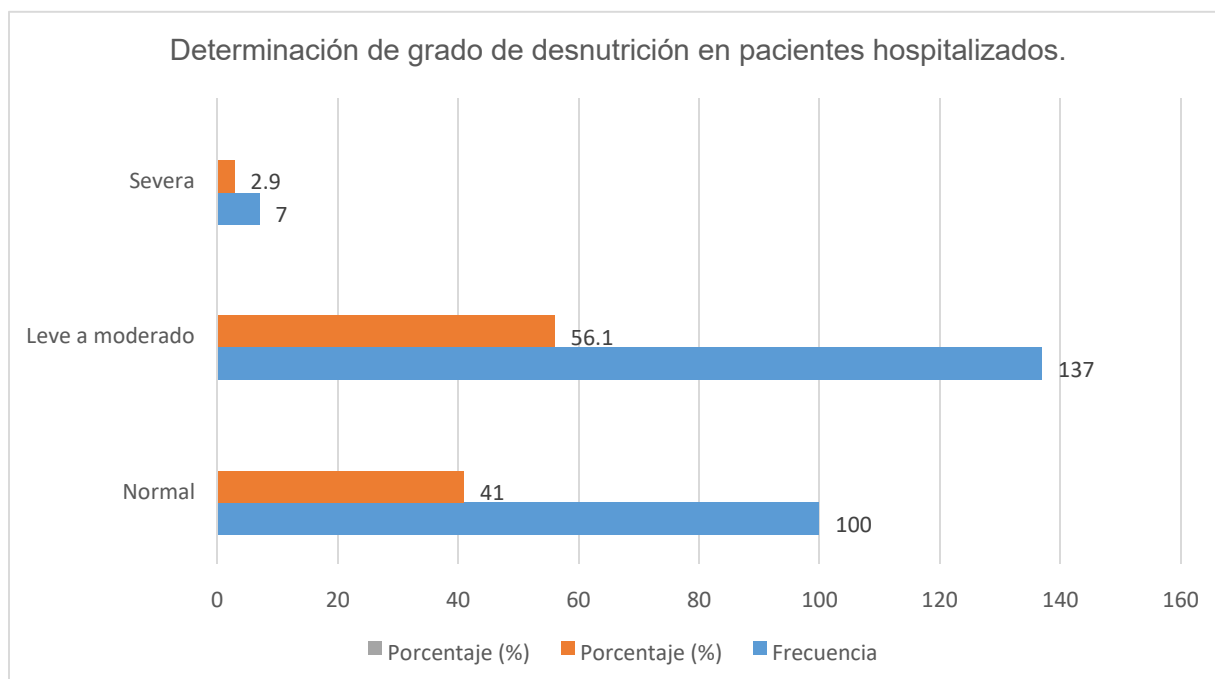


Gráfico 1. Distribución del grado de desnutrición de los pacientes hospitalizados. Perfil nutricional en los pacientes hospitalizados en el Instituto Nacional de Diabetes, Endocrinología y Nutrición, Santo Domingo, República Dominicana, en el periodo febrero - abril 2025.

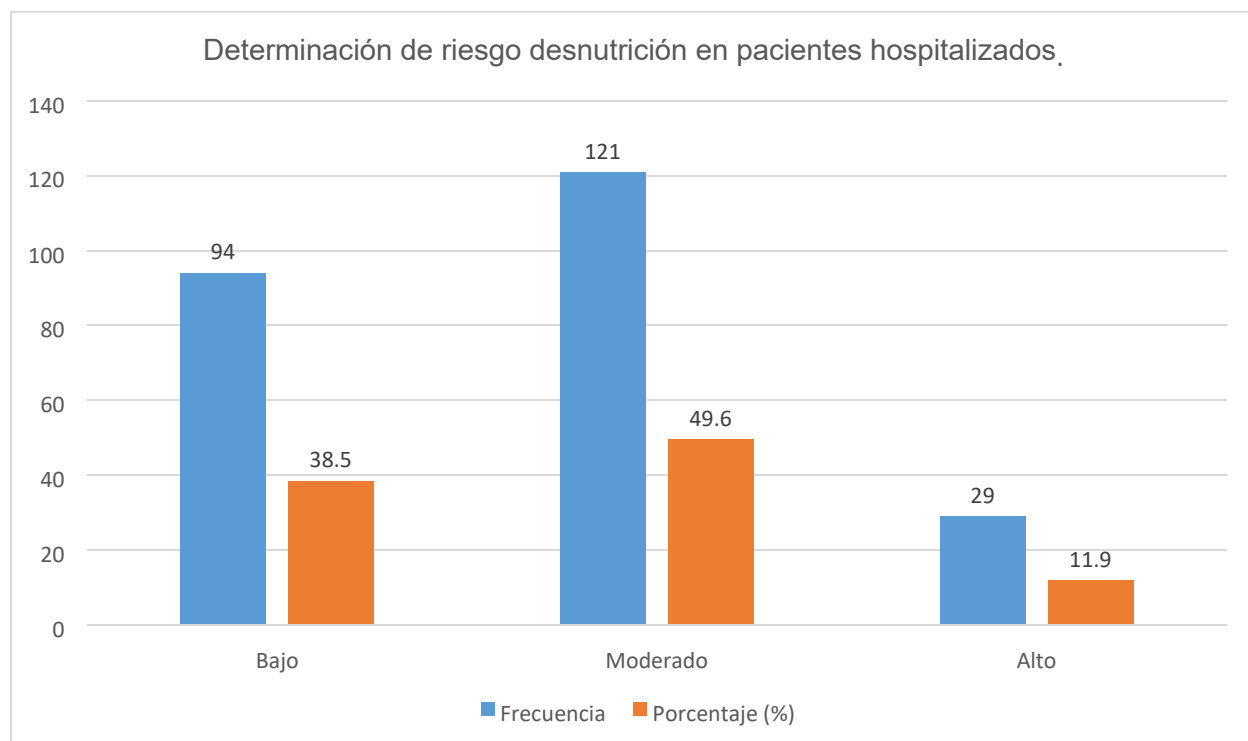


Gráfico 2. Distribución del riesgo desnutrición. Perfil nutricional en los pacientes hospitalizados en el Instituto Nacional de Diabetes, Endocrinología y Nutrición, Santo Domingo, República Dominicana, en el periodo febrero - abril 2025.

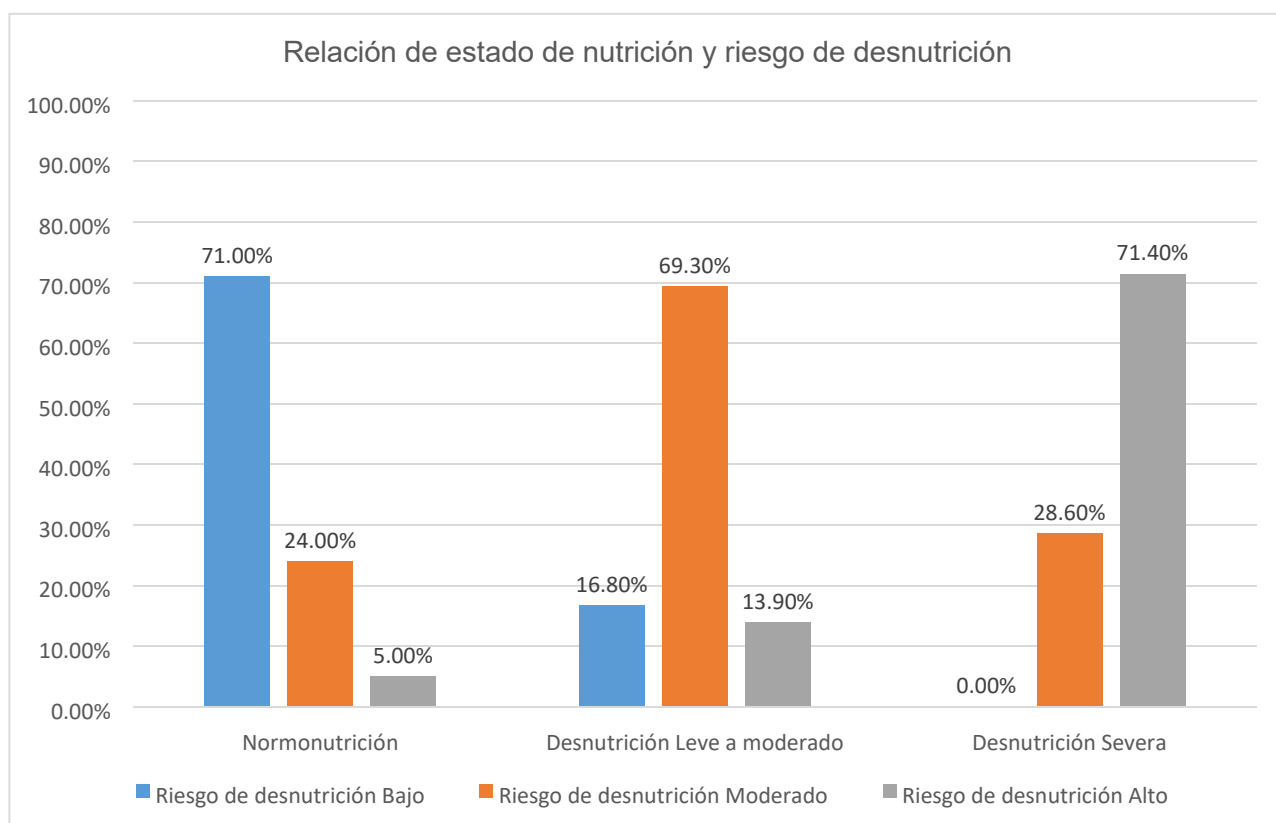


Gráfico 3. Relación de estado de nutrición y riesgo de desnutrición. Perfil nutricional en los pacientes hospitalizados en el Instituto Nacional de Diabetes, Endocrinología y Nutrición, Santo Domingo, República Dominicana, en el periodo febrero - abril 2025.

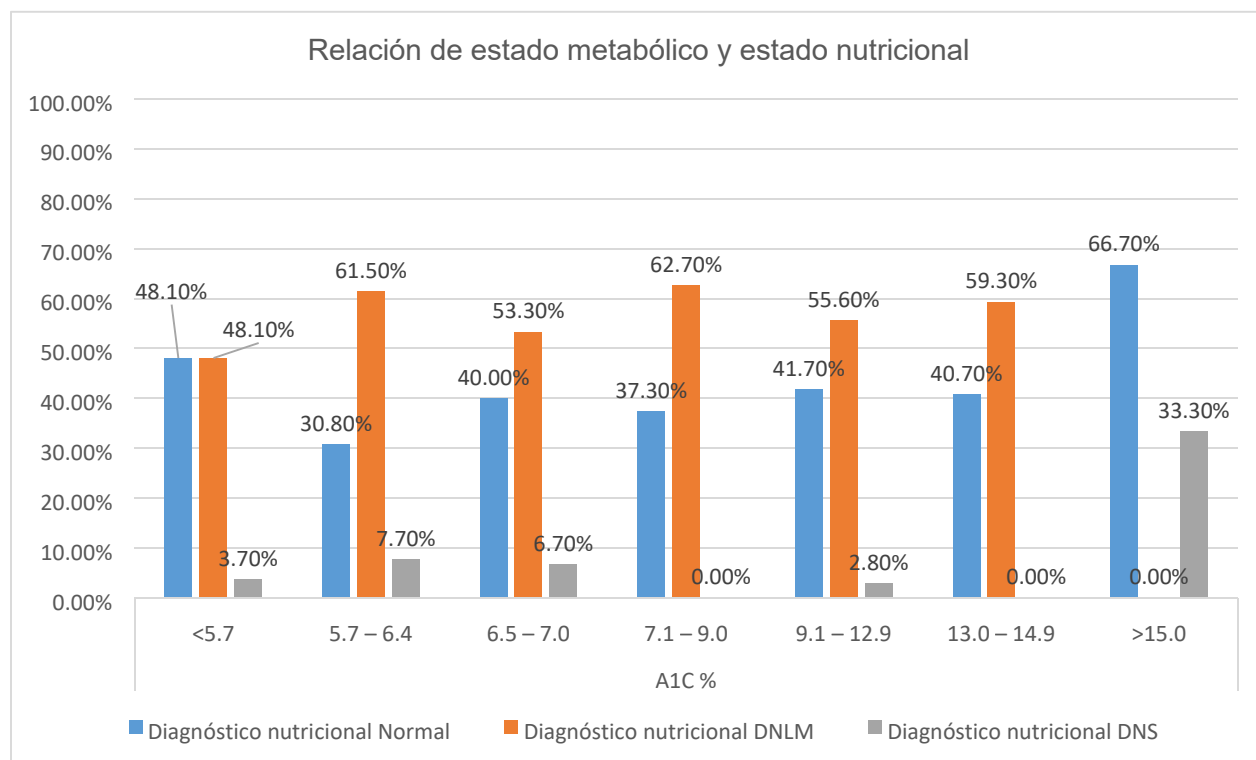


Gráfico 4. Relación de estado metabólico y estado nutricional. Perfil nutricional en los pacientes hospitalizados en el Instituto Nacional de Diabetes, Endocrinología y Nutrición, Santo Domingo,

República Dominicana, en el periodo febrero - abril 2025

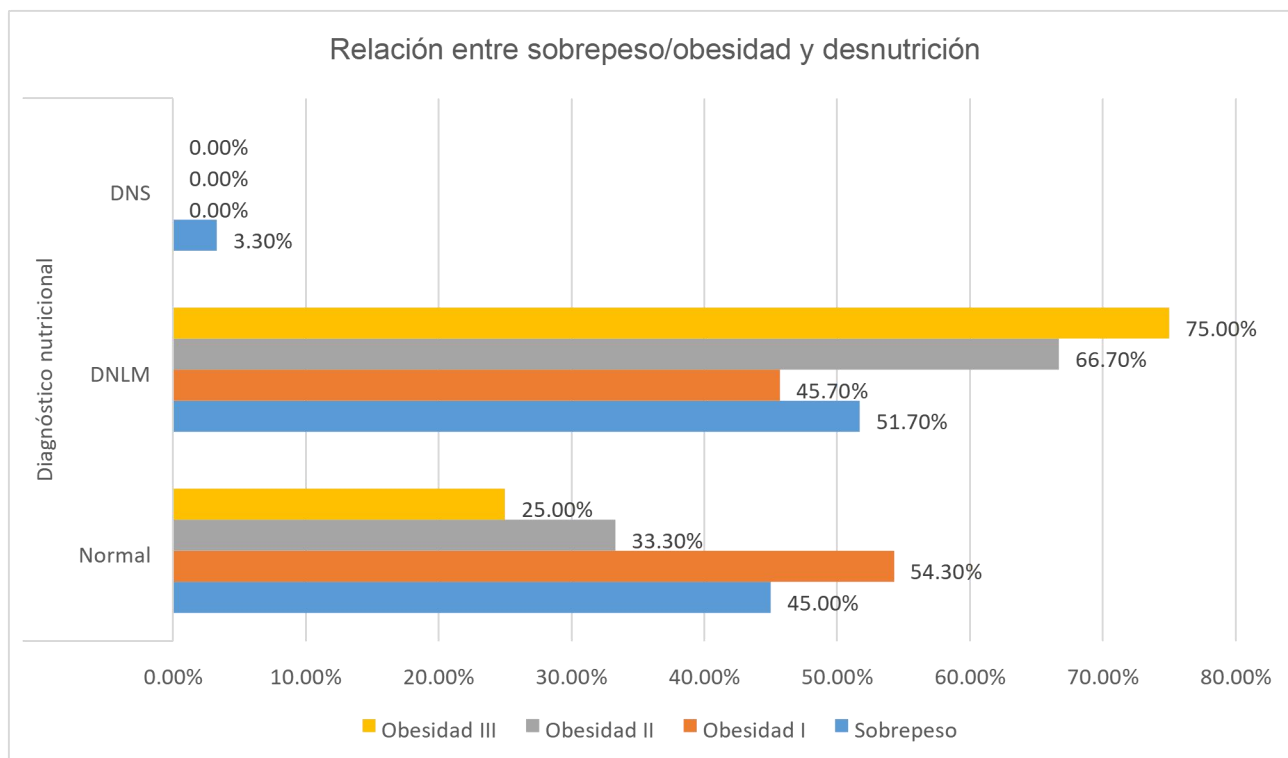


Gráfico 5. Relación entre sobrepeso/obesidad y desnutrición. Perfil nutricional en los pacientes hospitalizados en el Instituto Nacional de Diabetes, Endocrinología y Nutrición, Santo Domingo, República Dominicana, en el periodo febrero - abril 2025.

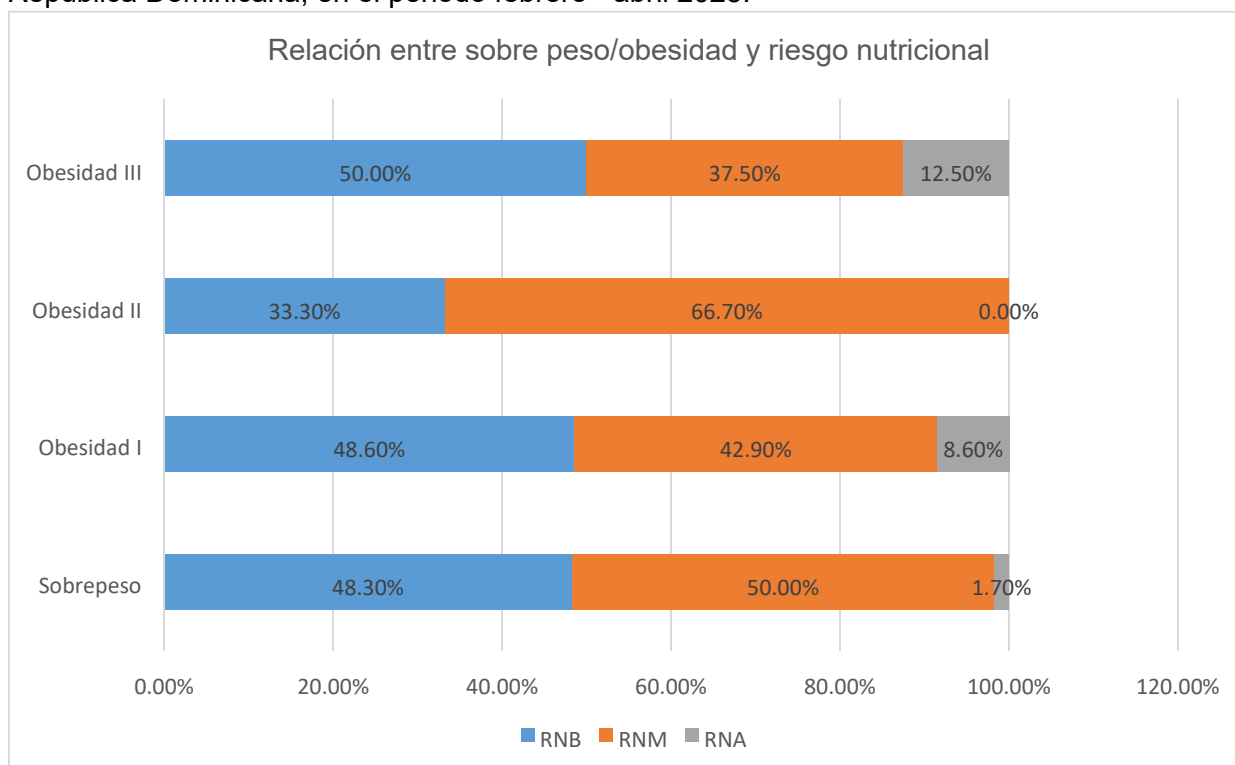


Gráfico 6. Relación entre sobre peso/obesidad y riesgo nutricional. Perfil nutricional en los pacientes hospitalizados en el Instituto Nacional de Diabetes, Endocrinología y Nutrición, Santo Domingo, República Dominicana, en el periodo febrero - abril 2025

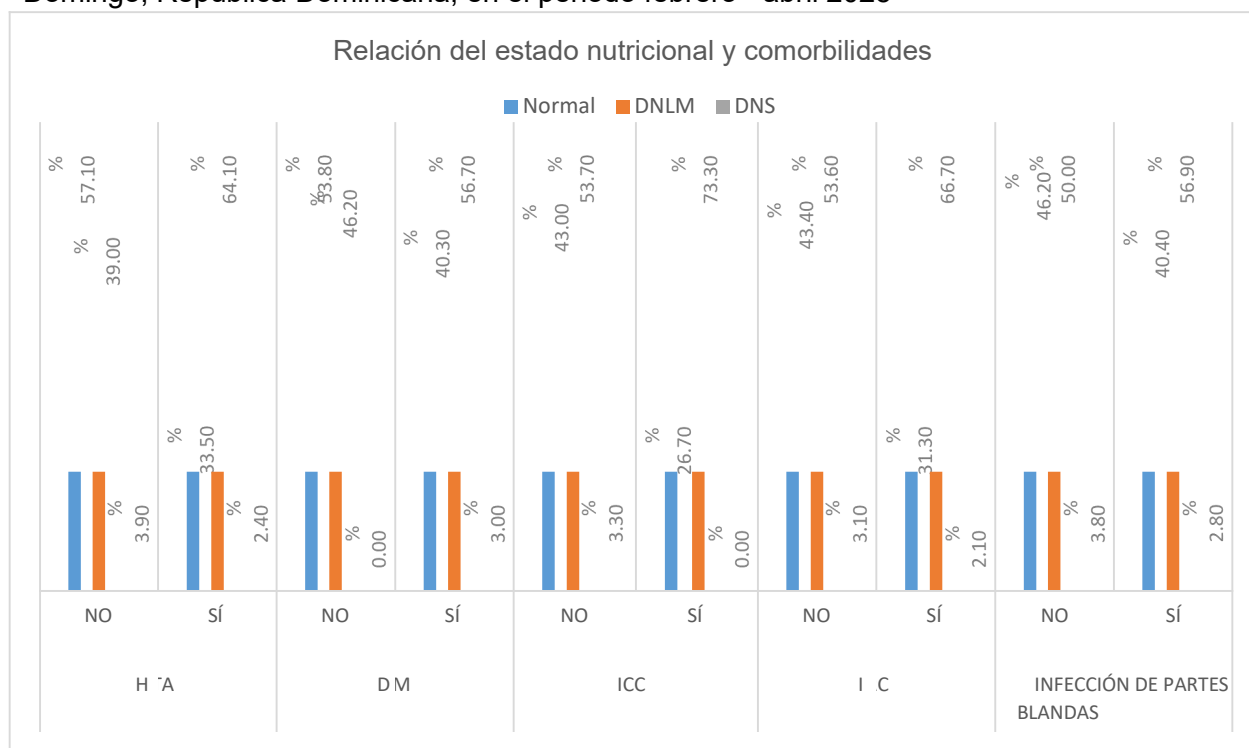


Gráfico 7. Relación del estado nutricional y comorbilidades. Perfil nutricional en los pacientes hospitalizados en el Instituto Nacional de Diabetes, Endocrinología y Nutrición, Santo Domingo, República Dominicana, en el periodo febrero - abril 2025.

CAPITULO V

5.1 Discusión de los resultados

El estado nutricional de los pacientes hospitalizados representa un componente esencial en la evolución clínica, recuperación y pronóstico, especialmente en poblaciones con enfermedades metabólicas complejas como las atendidas en el Instituto Nacional de Diabetes, Endocrinología y Nutrición. En este contexto, el presente estudio ofrece un análisis detallado del perfil nutricional de esta población durante el periodo febrero-abril de 2025.

Se evidenció que más de la mitad de los pacientes hospitalizados en el Instituto Nacional de Diabetes, Endocrinología y Nutrición presentaban algún grado de desnutrición, con un 56.1 % clasificados con desnutrición leve a moderada y un 2.9 % con desnutrición severa, mientras que solo un 41.0 % mantenía un estado nutricional normal. Estos resultados reflejan una alta prevalencia de alteraciones nutricionales en la población hospitalaria, lo cual puede tener implicaciones clínicas relevantes en cuanto a la evolución, estancia hospitalaria y pronóstico. Al contrastar estos hallazgos con los reportados por Villaverde-Núñez et al., 2021 se observan tendencias similares en cuanto a la distribución de los estados nutricionales. En su estudio, se reportó que un 36.1 % de los pacientes presentaban un estado nutricional normal (VGS-A), mientras que un 32.7 % mostraban desnutrición moderada (VGS-B) y un 8.1 % desnutrición severa (VGS-C). Esta distribución, aunque con proporciones diferentes, mantiene una tendencia comparable a la observada en la investigación presente, especialmente en la predominancia de la desnutrición leve a moderada sobre la severa.

La principal diferencia entre ambos estudios radica en la proporción de pacientes con desnutrición severa. Esta disparidad podría estar influenciada por diferencias en la población estudiada, los métodos de valoración nutricional empleados o los criterios clínicos de hospitalización. No obstante, ambos estudios coinciden en resaltar que la mayoría de los pacientes hospitalizados no se encuentran en un estado nutricional óptimo, y que existe un porcentaje considerable con riesgo nutricional, lo cual subraya la necesidad de implementar estrategias de detección y manejo precoz de la desnutrición intrahospitalaria.

Por otra parte, se identificó que el 49.6 % de los pacientes hospitalizados presentó un riesgo de desnutrición moderado, seguido de un 38.5 % con riesgo bajo y un 11.9 % con riesgo alto. Estos hallazgos ponen de manifiesto una importante carga de riesgo nutricional en esta

población, siendo más frecuente el riesgo moderado, lo cual es consistente con el perfil clínico complejo que caracteriza a los pacientes hospitalizados con enfermedades metabólicas. Al contrastar estos resultados con Barcina Pérez y colaboradores, 2021, se observa una tendencia similar en cuanto a la elevada proporción de pacientes con riesgo de desnutrición, aunque con ciertas diferencias cuantitativas. En el estudio citado, se reportó un riesgo de desnutrición del 28 % en la muestra general, porcentaje que asciende al 43 % en los pacientes mayores de 69 años. Si bien este porcentaje es menor que el encontrado en la presente cohorte, ambos estudios coinciden en destacar que una proporción considerable de pacientes hospitalizados presenta un riesgo nutricional clínicamente relevante.

A pesar de que un 41.0 % de los pacientes hospitalizados en el Instituto Nacional de Diabetes, Endocrinología y Nutrición fueron clasificados con un estado nutricional normal, los resultados de la Tabla 3 revelan que esta clasificación no excluye la presencia de riesgo nutricional. De hecho, un análisis más detallado muestra que, dentro de este grupo, el 24.0 % presentaba un riesgo moderado de desnutrición y un 5.0 % un riesgo alto, con un valor estadísticamente significativo ($p = 0.002$).

Estos hallazgos refuerzan la idea de que la valoración del estado nutricional aislado no basta para identificar a todos los pacientes en riesgo, como también sugieren otros estudios previos. En este sentido, la observación es consistente con lo planteado en la discusión anterior, donde se evidenció una alta prevalencia de riesgo nutricional incluso entre quienes no presentan desnutrición franca. Esta situación es comparable a lo reportado por Barcina Pérez et al., donde se identificó una proporción importante de pacientes en riesgo nutricional, aun cuando su estado nutricional global no reflejara desnutrición severa.

Además, estos resultados subrayan la importancia de distinguir entre el diagnóstico nutricional actual y el riesgo futuro de deterioro, ya que los pacientes normonutridos pueden tener condiciones clínicas subyacentes como enfermedades metabólicas, procesos inflamatorios crónicos o ingresos hospitalarios prolongados que los hacen vulnerables al desarrollo de desnutrición durante su estancia. Este riesgo latente puede no ser captado si se depende exclusivamente de indicadores estáticos como el peso, el IMC o las reservas actuales.

Asimismo, se observó una relación estadísticamente significativa entre los niveles de A1C y el estado nutricional de los pacientes hospitalizados ($p=0.005$). Al analizar la distribución por categorías, se evidenció que la mayoría de los pacientes con A1C elevada (particularmente entre 7.1% y 12.9%) presentaban desnutrición leve a moderada (DNLM), representando más del 50% en dichos rangos. A su vez, los casos de desnutrición severa (DNS) fueron escasos y se concentraron mayoritariamente en los extremos del control glucémico ($<5.7\%$ y $>15.0\%$).

Estos hallazgos indican una tendencia en la que un pobre control glucémico se asocia principalmente a desnutrición leve o moderada, mientras que la desnutrición severa se presenta en menor proporción y en rangos de A1C menos representativos en la muestra. Este patrón puede reflejar el impacto que la enfermedad metabólica tiene sobre el estado nutricional, particularmente en pacientes que, a pesar del control glucémico deficiente, no llegan a los extremos de malnutrición severa, lo cual podría explicarse por intervenciones médicas tempranas o por el perfil clínico de la población hospitalizada en el Instituto Nacional de Diabetes, Endocrinología y Nutrición.

Al contrastar estos resultados con los obtenidos por Sonco Felix R V, 2023, se aprecian diferencias relevantes en la tendencia observada. En su estudio, se encontró una relación

significativa entre la glucemia y el estado nutricional ($p=0.01$), similar al hallazgo en este trabajo. Sin embargo, la dirección del efecto fue diferente: la mayoría de los pacientes con glicemia mal controlada presentaban sobrepeso u obesidad (41% y 38.5%, respectivamente), lo cual contrasta con los resultados presentes, donde predominó la desnutrición leve a moderada como condición nutricional más frecuente en pacientes con mal control metabólico.

Esta diferencia puede deberse al contexto hospitalario de la investigación presente, donde los pacientes suelen estar en fases más avanzadas o complicadas de la enfermedad, lo que puede conllevar a un mayor deterioro nutricional. En cambio, la población estudiada por Sonco Felix R. V, 2023 corresponde a un entorno ambulatorio, donde el sobrepeso y la obesidad continúan siendo frecuentes en personas con diabetes tipo 2 mal controlada, alineándose con la epidemiología general de esta enfermedad.

Por otro lado, los resultados también señalan una asociación significativa entre el índice de masa corporal (IMC) y la presencia de desnutrición en pacientes hospitalizados. Los hallazgos revelan una alta prevalencia de desnutrición leve a moderada (52.3%) en pacientes hospitalizados con sobrepeso u obesidad, así como una proporción no despreciable de riesgo nutricional alto (4.6%), cifras que contrastan significativamente.

Estos hallazgos presentan similitudes y diferencias con el estudio realizado por SulmontRossé et al., que evaluó la prevalencia de desnutrición y riesgo de desnutrición en personas mayores con IMC superior a 25. En su muestra de 727 pacientes mayores de 65 años, solo el 2% de las personas con sobrepeso y obesidad estaban desnutridas, mientras que un 23% estaban en riesgo nutricional, con un 18% de riesgo en personas con sobrepeso y un 29% en obesos. La coincidencia principal entre ambos estudios es la existencia de desnutrición y

riesgo nutricional significativo en poblaciones con sobrepeso y obesidad, lo que subraya que un IMC elevado no excluye la presencia de desnutrición. Este fenómeno, conocido como "obesidad oculta" o "doble carga de malnutrición", representa un desafío clínico importante que requiere una evaluación nutricional integral más allá del simple cálculo del IMC.

Finalmente, se debe mencionar que se encontró una asociación estadísticamente significativa entre la presencia de HTA y el deterioro del estado nutricional ($p = 0.0009$), siendo la desnutrición leve a moderada más prevalente entre los pacientes hipertensos (64.1%) en comparación con los no hipertensos (39.0%). Esta observación sugiere que la HTA podría desempeñar un papel relevante en la alteración del estado nutricional de los pacientes, posiblemente como resultado de múltiples factores, incluyendo la polifarmacia, restricciones dietéticas estrictas y la coexistencia de otras enfermedades crónicas. Estos hallazgos guardan relación con los resultados obtenidos por Czapla et al., 2022 quienes observaron que, aunque el riesgo nutricional era bajo (<2%), tanto el bajo peso como la obesidad se asociaron con estancias hospitalarias más prolongadas en pacientes hipertensos.

En cuanto a la diabetes mellitus, si bien en el presente estudio no se observó una asociación estadísticamente significativa entre esta comorbilidad y el estado nutricional ($p = 0.0727$), se detectó una alta prevalencia de desnutrición leve a moderada (56.7%) en pacientes diabéticos. Por lo cual, debido a esta importancia clínica, como también lo cercano que estuvo el valor de p al umbral alfa, pudiera valorarse el resultado anterior como clínicamente significativo, un aumento de beta, pudiera arrojar un resultado inferior al 0.05. Asimismo, el resultado anterior es concordante con el estudio retrospectivo de Piersa et al., 2025 en el que el 67.2% de los pacientes con diabetes tipo 2 presentaban desnutrición leve a moderada y un 12.5% desnutrición severa, evidenciando una relación directa entre la diabetes y el deterioro del

estado nutricional. Respecto a otras comorbilidades como (ICC) e (IRC), no se encontraron asociaciones estadísticamente significativas.

En resumen, los resultados de este estudio evidencian una elevada carga de desnutrición y riesgo nutricional entre los pacientes hospitalizados, incluso en presencia de sobrepeso, obesidad o parámetros clínicos aparentemente estables. Estas alteraciones nutricionales, relacionadas significativamente con variables como el IMC, la A1C y la hipertensión arterial, subrayan la naturaleza multifactorial del deterioro nutricional en el entorno intrahospitalario. Aunque algunas comorbilidades como la diabetes no alcanzaron significancia estadística, sus valores clínicamente relevantes ameritan mayor exploración en futuros estudios. En conjunto, estos hallazgos reafirman la necesidad de integrar una valoración nutricional integral y continua en la práctica clínica hospitalaria, no solo como medida diagnóstica, sino como estrategia preventiva y terapéutica clave para mejorar los desenlaces en salud de esta población vulnerable.

CAPITULO VI:

Conclusiones y Recomendaciones

6.1 Conclusión

Los hallazgos de esta investigación evidencian que la desnutrición y el riesgo nutricional constituyen un problema relevante en la población hospitalizada en los centros de salud.

Con los datos de esta investigación queda demostrado los pacientes hospitalizados tienen un alto riesgo nutricional, más de la mitad de los pacientes presentó algún grado de desnutrición, predominando la forma leve a moderada con un 56.1%, y una proporción significativa se ubicó en un riesgo nutricional moderado o alto siendo un 49.6%, incluso en

presencia de sobrepeso u obesidad, donde más de la mitad (52.3%) presentaron desnutrición leve a moderada (DNLM), de los cuales el porcentaje más significativo correspondía a obesidad grado II y obesidad grado III con un 66.7% y 75.0% respectivamente.

Se establecieron asociaciones estadísticamente significativas entre el estado nutricional y variable como el riesgo nutricional, la hemoglobina glucosilada (A1C), el índice de masa corporal (IMC) y la Diabetes Mellitus (DM) y otras comorbilidades presentadas por nuestros pacientes, lo cual refleja la complejidad metabólica y clínica de esta población. En cuanto a la hemoglobina glucosilada (A1C), En el grupo con A1C entre 7.1% y 9.0%, el 62.7% DNLM, en el grupo de A1C entre 13.0% y 14.9%, el 59.3% mostró DNLM finalmente, en el grupo con A1C >15.0%, el 66.7% el 33.3% DNS, no hubo registros de DNLM; lo cual demuestra que el nivel de A1C no es directamente proporcional al grado de desnutrición.

En cuanto a las comorbilidades la diabetes mellitus (DM) e infecciones de partes blanda; los pacientes DM, el 40.3% tuvo el 56.7% DNLM y el 3.0% DNS. En lo referente a infección de partes blandas, los pacientes con infección presentaron 56.9% con DNLM y 2.8% con DNS.

Estos resultados resaltan la importancia de implementar los sistemas de tamizaje nutricional en los hospitales, que puedan detectar y considerar factores clínicos y metabólicos que afectan directamente el estado nutricional del paciente. Incorporar este enfoque permitirá una detección más oportuna de alteraciones nutricionales y facilitará intervenciones terapéuticas más eficaces para mejorar el pronóstico clínico de los pacientes internados.

6.2 Recomendaciones

Implementar protocolos de tamizajes nutricionales al ingreso hospitalario, utilizando herramientas validadas como la valoración global subjetiva, NRS-2002 o los criterios GLIM, sin limitarse al IMC como único parámetro de diagnóstico.

Identificar la importancia de establecer un equipo de soporte nutricional interdisciplinario que colabore activamente en la valoración, intervención y seguimiento del estado nutricional de los pacientes hospitalizados.

Incorporar la medición rutinaria de parámetros bioquímicos y funcionales (como la albúmina, la hemoglobina glucosilada y marcadores de inflamación) en la evaluación nutricional para identificar de forma más precisa la desnutrición oculta.

Finalmente, se exhorta a las autoridades académicas, científicas y sanitarias a fomentar investigaciones multicéntricas y longitudinales que permitan monitorear el impacto de la desnutrición hospitalaria en la evolución clínica de los pacientes y en los costos del sistema de salud.

ANEXOS I-Tablas

Tabla 1. Distribución del Diagnóstico nutrición de los pacientes hospitalizados.

Nótese: se observó que 137 individuos fueron clasificados con desnutrición leve a moderada para un 56.1 %, y solo 7 para un 2.9 % con desnutrición severa

. Distribución del Diagnóstico nutrición de los pacientes hospitalizados.			
Desnutrición	Frecuencia	Porcentaje (%)	Porcentaje Acumulado (%)
Normal	100	41.0	41.0
Leve a moderado	137	56.1	97.1
Severa	7	2.9	100.0
Total	244	100.0	—

Tabla 2. Distribución del riesgo desnutrición.

Nótese: se encontró que el 38.5% (n=94) presentaba un riesgo de desnutrición bajo, mientras que el 49.6% (n=121) correspondía a un riesgo moderado. Por su parte, el 11.9% (n=29) mostró un riesgo nutricional alto.

Distribución del riesgo desnutrición			
Riesgo de desnutrición	Frecuencia	Porcentaje (%)	Porcentaje Acumulado (%)
Bajo	94	38.5	38.5
Moderado	121	49.6	88.1
Alto	29	11.9	100.0
Total	244	100.0	—

Tabla 3. Relación de estado de nutrición y riesgo de desnutrición.

Nótese: se encontró que la mayoría (71%) de pacientes con estado nutricional normal se encontraban en el grupo de riesgo bajo de desnutrición, mientras que el 24% presenta un riesgo moderado, y solo el 5% se encuentra en riesgo alto. El valor fue de $p=0.002$, Fishe

Relación de estado de nutrición y riesgo de desnutrición					
Desnutrición	Bajo	Moderado	Alto	Total	P valor

Normal	71 (71.0%)	24 (24.0%)	5 (5.0%)	100	<u>0.002</u>
Leve moderado	^a 23 (16.8%)	95 (69.3%)	19 (13.9%)	137	
Severa	0 (0.0%)	2 (28.6%)	5 (71.4%)	7	
Total	94 (38.5%)	121 (49.6%)	29 (11.9%)	244	

Tabla 4. Relación de estado metabólico y estado nutricional.

Nótese: Se encontró que en el grupo A1C entre 6.5% y 7.0%, se registró un 40.0%, un 53.3% con DNLM y un 6.7% con DNS. En el grupo con A1C entre 7.1% y 9.0%, el 62.7% presentó DNLM, sin casos de DNS. En el grupo de A1C entre 13.0% y 14.9%, el 59.3% mostró DNLM, sin casos de DNS. El valor fue de $p=0.005$, Fisher test.

Relación de estado metabólico y estado nutricional					
A1C %	Normal	DNLM	DNS	Total	P valor
<5.7	13 (48.1%)	13 (48.1%)	1 (3.7%)	27	<u>0.005</u>
5.7 – 6.4	4 (30.8%)	8 (61.5%)	1 (7.7%)	13	
6.5 – 7.0	6 (40.0%)	8 (53.3%)	1 (6.7%)	15	
7.1 – 9.0	19 (37.3%)	32 (62.7%)	0 (0.0%)	51	
9.1 – 12.9	45 (41.7%)	60 (55.6%)	3 (2.8%)	108	
13.0 – 14.9	11 (40.7%)	16 (59.3%)	0 (0.0%)	27	
>15.0	2 (66.7%)	0 (0.0%)	1 (33.3%)	3	
Total	100 (41.0%)	137 (56.1%)	7 (2.9%)	244	

DNLM= desnutrición leve a moderada, DNS= desnutrición severa.

Tabla 5. Relación entre sobrepeso/obesidad y desnutrición.

Nótese: De los 109 pacientes en este grupo, más de la mitad (52.3%) presentaron desnutrición leve a moderada (DNLM), y un 1.8% desnutrición severa (DNS). El valor fue de $p=0.007$, Fisher test.

Relación entre sobrepeso/obesidad y desnutrición					
	Normal	DNLM	DNS	Total	P valor
Sobrepeso	27 (45.0%)	31 (51.7%)	2 (3.3%)	60	0.0007
Obesidad I	19 (54.3%)	16 (45.7%)	0 (0.0%)	35	
Obesidad II	2 (33.3%)	4 (66.7%)	0 (0.0%)	6	
Obesidad III	2 (25.0%)	6 (75.0%)	0 (0.0%)	8	
Total	50 (45.9%)	57 (52.3%)	2 (1.8%)	109	

DNLM= desnutrición leve a moderada, DNS= desnutrición severa.

Tabla 6. Relación entre sobre peso y obesidad con riesgo nutricional

Nótese: en los pacientes con obesidad tipo I y III, aproximadamente la mitad presentó riesgo nutricional bajo (48.6% y 50.0%, respectivamente), mientras que en obesidad tipo II no se reportaron casos de riesgo nutricional alto. El valor fue de $p= 0.009$, Fisher test.

Relación entre sobre peso y obesidad con riesgo nutricional					
	RNB	RNM	RNA	Total	P valor
Sobrepeso	29 (48.3%)	30 (50.0%)	1 (1.7%)	60	<u>0.009</u>
Obesidad I	17 (48.6%)	15 (42.9%)	3 (8.6%)	35	
Obesidad II	2 (33.3%)	4 (66.7%)	0 (0.0%)	6	
Obesidad III	4 (50.0%)	3 (37.5%)	1 (12.5%)	8	
Total	52 (47.7%)	52 (47.7%)	5 (4.6%)	109	

RNB= riesgo nutricional bajo, RNM= riesgo nutricional moderado; RNA= riesgo nutricional alto.

Tabla 7. Relación del estado nutricional y comorbilidades. Perfil nutricional

Nótese: Respecto a la diabetes mellitus (DM), los pacientes DM, el 40.3% tuvo estado nutricional normal, el 56.7% DNLM y el 3.0% DNS. El valor fue de $p= 0.0727$; en lo referente a infección de partes blandas, los pacientes sin esta condición mostraron un 46.2% con estado nutricional normal, un 50.0% con DNLM y un 3.8% con DNS, mientras que los pacientes con infección presentaron 40.4% con estado nutricional normal, 56.9% con DNLM y 2.8% con DNS.

El valor fue de $p= 0.3399$

Relación del estado nutricional y comorbilidades						
Comorbilidad		Presencia Normal	DNLM	DNS	Total (n)	P valor
HTA	No	44 (57.1%)	30 (39.0%)	3 (3.9%)	77	<u>0.0009</u>
	Sí	56 (33.5%)	107 (64.1%)	4 (2.4%)	167	
DM	No	7 (53.8%)	6 (46.2%)	0 (0.0%)	13	0.0727
	Sí	93 (40.3%)	131 (56.7%)	7 (3.0%)	231	
ICC	No	92 (43.0%)	115 (53.7%)	7 (3.3%)	214	0.1551
	Sí	8 (26.7%)	22 (73.3%)	0 (0.0%)	30	
IRC	No	85 (43.4%)	105 (53.6%)	6 (3.1%)	196	0.1400
	Sí	15 (31.3%)	32 (66.7%)	1 (2.1%)	48	
Infección de partes blandas	No	12 (46.2%)	13 (50.0%)	1 (3.8%)	26	0.3399
	Sí	88 (40.4%)	124 (56.9%)	6 (2.8%)	218	

DNLM= desnutrición leve a moderada, DNS= desnutrición severa. HTA= Hipertensión arterial; DM= Diabetes mellitus; ICC= insuficiencia cardiaca. IRC= Insuficiencia renal.

ANEXOS II-Certificación y carta de aprobación



Nombre Completo	Chelín Mariuela Montero Ramírez
Matrícula o código institucional	221198
Carrera/Posición:	Postgrado en Medicina
Estado del examen	Aprobado
Número de Certificación	DIAIRB2025-1038
Fecha	Wednesday, April 2, 2025



Michael A. Alcántara-Minaya, MD
Coordinador Comité de Ética
Vicerrectoría de Investigación e Innovación
Universidad Iberoamericana (UNIBE)



Nombre Completo	Johana Paniagua Comas
Matrícula o código institucional	221248
Correo Electrónico Institucional	yohana04.jp@gmail.com
Carrera/Posición:	Postgrado en Medicina
Estado del examen	Aprobado
Número de Certificación	DIAIRB2025-1033
Fecha	Wednesday, April 2, 2025



Michael A. Alcántara-Minaya, MD
Coordinador Comité de Ética
Vicerrectoría de Investigación e Innovación
Universidad Iberoamericana (UNIBE)



Aplicación Completa para Estudiantes

Código de Aplicación	ACECEI2024-268
Nombre del Estudiante #1	Chelin Montero
Matrícula del Estudiante #1	221198
Nombre del Estudiante #2	Johanna Paniagua Comas
Matrícula del Estudiante #2	221248

Nombre del Proyecto de Investigación

: Determinación Perfil nutricional en los pacientes hospitalizados en el Instituto Nacional de Diabetes, Endocrinología y Nutrición, Santo Domingo, República Dominicana, en el periodo Febrero - Abril 2025.

CAMBIOS APROBADOS DÍA Wednesday, May 14, 2025

ESTADO DE LA APLICACIÓN

APROBADO



Por medio de la presente certifico que la estudiante **Johanna Paniagua Comas**, con la matrícula **22-1248** y **Chelin Manuela Montero Ramirez**, matrícula **22-1198** son residentes de tercer año de la especialidad en Diabetes y Nutrición, del Hospital Escuela Dr. Jorge Abraham Hazoury Bahlés, (INDEN) y puedan realizar su trabajo de grado con el título **"Determinación de perfil nutricional en los pacientes hospitalizados en el Instituto Nacional de Diabetes, Endocrinología y Nutrición, (INDEN) en el periodo febrero-abril 2025, en Santo Domingo, Distrito Nacional República Dominicana"**.

Como centro (hospitalario) institución, confirmamos que nuestro manejo de los expedientes / entrevistas / datos se adhiere a las normas éticas nacionales e internacionales en materia de protección de participantes humanos.

Nombre _ Dr Ammar Ibrahim

Cargo Director General

Numero de contacto. 829-420.3000

Firma _____

Fecha 11/3/2025



ANEXOS III-Instrumento de recolección de datos

NUTRICIÓN CLÍNICA

<< VALORACIÓN GLOBAL SUBJETIVA DEL ESTADO NUTRICIO >>

PACIENTE: _____		EDAD: _____ AÑOS		SEXO: <input type="checkbox"/> MASC. <input type="checkbox"/> FEM	
INSTITUCIÓN: _____		DÍAS DE HOSPITALIZACIÓN: 0 - 1 - 2 - 3 - 4 - 5 - 6 - 7 - >7 DÍAS			
HABITACIÓN: _____ CAMA No.: _____		REFERIDO POR: _____			
DX PRINCIPAL: _____		SIGNOS VITALES:			
CO-MORBILIDADES: _____		TA _____ / _____ mmHg FC: _____ LAT. / MIN. TEMP.: _____ °C			
		ESTADO CONCIENCIA: () Alerta () Estupor () Somnolencia () Coma			
INDICADOR	VALORACION	CALIFICACION			
		A	B	C	
1.- Estrés Metabólico. (Según Patología)		<input type="checkbox"/> Leve	<input type="checkbox"/> Moderado	<input type="checkbox"/> Severo	
2.- Pérdida de peso corporal	a) Peso perdido _____ Lb. Tiempo _____	<input type="checkbox"/> Ninguno	<input type="checkbox"/> Leve (<5%) <input type="checkbox"/> Moderado (5-10%)	<input type="checkbox"/> Severo (>10%)	
	b) (Peso perd _____ / PH: _____) x100: _____ %				
3.- Cambios en la alimentación.	c) Peso perdido en las últimas 2 semanas:	<input type="checkbox"/> Ninguno <input type="checkbox"/> Ganancia	<input type="checkbox"/> Leve (1 - 2 lbs.) <input type="checkbox"/> Moderado (3 - 4 lbs.)	<input type="checkbox"/> Severo (> 4 lbs.)	
	() Sin cambio () Cambio		SÓLIDA INSUFICIENTE		
	Tiempo: _____ (días/semanas)	<input type="checkbox"/> Sólida suficiente	<input type="checkbox"/> Leve (< 7 días) <input type="checkbox"/> Moderado (7 - 14 días)	<input type="checkbox"/> Severo (> 14 días)	
		<input type="checkbox"/> Líquida suficiente	LIQUIDA HIPOCALORICA		
		<input type="checkbox"/> Suplementos	AYUNO		
			<input type="checkbox"/> Leve (< 5 días) <input type="checkbox"/> Moderado (5 - 7 días)	<input type="checkbox"/> Severo (> 7 días)	
4.Síntomas gastro-intestinales	() Anorexia _____ días () Náuseas _____ días () Vómitos _____ días () *Diarrea _____ días * Más de 3 evacuaciones líquidas al día.	<input type="checkbox"/> Ninguno	<input type="checkbox"/> Leve (< 7 días) <input type="checkbox"/> Moderado (7-14 días)	<input type="checkbox"/> Severo (> 14 días)	
5.- Cambios en la capacidad funcional (relacionados a desnutrición)	() Ninguno () Dificultad para caminar o laborar: _____ días / semanas / meses	<input type="checkbox"/> Ambulatorio	<input type="checkbox"/> Leve / Mejoría <input type="checkbox"/> Moderado	<input type="checkbox"/> Severo (May débil o encamado)	
6.- Pérdida de grasa subcutánea (tríceps/tórax)		<input type="checkbox"/> Ninguna	<input type="checkbox"/> Leve <input type="checkbox"/> Moderada	<input type="checkbox"/> Severa	
7.- Pérdida de masa muscular (cuadriceps/deltoides temporal)		<input type="checkbox"/> Ninguna	<input type="checkbox"/> Leve <input type="checkbox"/> Moderada	<input type="checkbox"/> Severa	
8.- Edema (relacionado a desnutrición)		<input type="checkbox"/> Ausente		<input type="checkbox"/> Maleolar <input type="checkbox"/> Rotuliano <input type="checkbox"/> Sacro <input type="checkbox"/> Anasarca	
9.- Ascitis () Grado _____		<input type="checkbox"/> Ausente		<input type="checkbox"/> Presente	
10.- Lesiones piel y anexos		<input type="checkbox"/> Ninguna	<input type="checkbox"/> Palidez <input type="checkbox"/> Piel seca	<input type="checkbox"/> Pelo seco, quebradizo, desprendible <input type="checkbox"/> Signo de bandera <input type="checkbox"/> Glositis <input type="checkbox"/> Queilosis	
Dx Nutricional:		<input type="checkbox"/> NORMAL (A) <input type="checkbox"/> DN LEVE/ MODERADA (B) <input type="checkbox"/> DN SEVERA (C)			
Riesgo Nutricional:		<input type="checkbox"/> BAJO <input type="checkbox"/> MODERADO <input type="checkbox"/> ALTO			

Hemoglobina glucosilada _____

Referencias Bibliográficas

(ADA) Diabetesjournals.org. Retrieved June 7, 2025, from https://diabetesjournals.org/care/article/48/Supplement_1/S27/157566/2-Diagnosis-and-Classification-ofDiabetes

McGraw Hill Medical. Recuperado mayo de 2025, de <https://accessmedicina.mhmedical.com/content.aspx?bookid=1846§ionid=13056436>

Bansal, N., Alharbi, A., Shah, M., Altorok, I., Assaly, R., & Altorok, N. (2024). Impacto de la desnutrición en los resultados en pacientes ingresados con insuficiencia cardíaca. *Revista de Medicina Clínica*, 13(14), 4215. <https://doi.org/10.3390/jcm13144215>

Bonilla-Palomas, J. L., López Ibáñez, M. C., Anguita Sánchez, M., & Ojeda, S. (2018). Impacto de la valoración nutricional en los pacientes con insuficiencia cardíaca. *Revista Clínica Española*, 218(1), 58–60. <https://doi.org/10.1016/j.rce.2017.10.006>

Burgos Peláez, R., García Almeida, J. M., Matía Martín, P., Palma Milla, S., Sanz Paris, A., Zugasti Murillo, A., Alfaro Martínez, J. J., Artero-Fullana, A., Calañas Continente, A., Chinchetru, M. un. J., García Malpartida, K., González-Díaz Faes, Á., González-Sánchez, V., Laínez López, M., Martínez Ortega, A. J., Oliva Roldán, J., Serrano-Moreno, C., & Suárez Llanos, J. P. (2022). Manejo de la desnutrición de pacientes hospitalizados con diabetes/hiperglucemia y patologías concurrentes. *Nutrición hospitalaria: órgano oficial de la Sociedad Española de Nutrición Parenteral y Enteral*, 39(Spec4), 1–8. <https://doi.org/10.20960/nh.04505>

Cass, A. R., & Charlton, K. E. (2022). Prevalence of hospital-acquired malnutrition and modifiable determinants of nutritional deterioration during inpatient admissions: A

- systematic review of the evidence. *Journal of Human Nutrition and Dietetics: The Official Journal of the British Dietetic Association*, 35(6), 1043–1058.
<https://doi.org/10.1111/jhn.13009>
- Comité de Práctica Profesional de la Asociación Americana de Diabetes. (2024). 2. Diagnóstico y clasificación de la diabetes: Estándares de atención en diabetes2024. *Cuidado de la diabetes*, 47(supl 1), S20–S42.
<https://doi.org/10.2337/dc24S002>
- Correia, M. I. T. D., Perman, M. I., & Waitzberg, D. L. (2017). Hospital malnutrition in Latin America: A systematic review. *Clinical Nutrition*, 36(4), 958–967.
<https://doi.org/10.1016/j.clnu.2016.06.025>.
- Cortés-Aguilar, R., Malih, N., Abbate, M., Fresneda, S., Yañez, A., & Bennasar-Veny, M. (2024). Validez de las herramientas de cribado nutricional para el riesgo de desnutrición entre los pacientes adultos hospitalizados: una revisión sistemática y metanálisis. *Nutrición clínica (Edimburgo, Escocia)*, 43(5), 1094–1116.
<https://doi.org/10.1016/j.clnu.2024.03.008>
- Czapla, M., Juárez-Vela, R., Lokiec, K., Wleklík, M., Karniej, P., & Smereka, J. (2022). La asociación entre el estado nutricional y la duración de la estancia hospitalaria entre pacientes con hipertensión. *Revista Internacional de Investigación Ambiental y Salud Pública*, 19(10), 5827. <https://doi.org/10.3390/ijerph19105827>
- D. A. de Luis Román D. Bellido Guerrero P. P. García Luna G. Oliveira Fuster. Sociedad Española de Endocrinología y Nutrición. *Dietoterapia, nutrición clínica y metabolismo Tercera edición*. 2018. Valoración Nutricional 69-71.
<https://sancyd.com/wp-content/uploads/2020/04/Dietoterapia-nutrici%C3%B3n-cl%C3%ADnica-y-metabolismo-Tercera-edici%C3%B3n-2018.pdf>
- Daud M, Ullah F, Uzair M, Siddiq A, Siddiq U, Riaz FB, Ibrar M, Khan AH. La desnutrición y su influencia en los resultados de la sepsis en pacientes ancianos.

Cureus. 29 de junio de 2024; 16(6):E63433. doi: 10.7759/cureus.63433. PMID: 39077281; PMCID: PMC11284507

Domínguez Feliz, R. (2025, 4 de febrero). Importancia de conocer el estado nutricional de los pacientes hospitalizados. Hoy. Recuperado el 11 de junio de 2025, de <https://www.hoy.com.do/importancia-de-conocer-el-estado-nutricional-de-los-pacientes-hospitalizados/>

Eyth E, Zubair M, Naik R. Hemoglobin A1C. Updated 2025 Jun 2. In: StatPearls . Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2025 Jan-. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK549816/>

Falcone, M., & Tiseo, G. (2023). Infecciones de la piel y de los tejidos blandos en el anciano. Opinión actual en enfermedades infecciosas, 36(2), 102–108. <https://doi.org/10.1097/QCO.0000000000000907>

Fonseca González., Z., Quesada Font., A. J., Meireles Ochoa., M. Y., Cabrera Rodríguez., E., & Boada Estrada., A. M. (2020). La malnutrición; problema de salud pública de escala mundial. Multimed, 24(1), 237–246. http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1028-48182020000100237

García-Herbozo, P. E., Rojas-Castillo, S. J., & Medina-Vásquez, K. L. (2024). Efecto de la suplementación nutricional oral hiperproteica en pacientes con insuficiencia cardíaca congestiva. Revista Nutrición y Salud, 11(2), 134–140. <https://doi.org/10.1234/rns.v11i2.2024>

Guidelines. Journal of the American College of Cardiology, 79(17), e263–e421. <https://doi.org/10.1016/j.jacc.2021.12.012>

Heidenreich, P. A., Bozkurt, B., Aguilar, D., Allen, L. A., Byun, J. J., Colvin, M. M., Deswal, A., Drazner, M. H., Dunlay, S. M., Evers, G. W., Fang, J. C., Givertz, M.

M., Hernandez, A. F., Konstam, M. A., Mentz, R. J., Spatz, E. S., & Stevenson, L. W. (2022). 2022 AHA/ACC/HFSA Guideline for the Management of Heart Failure: A report of the American College of Cardiology/American Heart Association Joint Committee on Clinical Practice

Iraizoz Barrios, A. M., Brito Sosa, G., Santos Luna, J. A., León García, G., Pérez Rodríguez, J. E., Jaramillo Simbaña, R. M., & Falconí Peláez, S. V. (2022). Detección de factores de riesgo de enfermedad renal crónica en adultos. *Revista Cubana de Medicina General Integral*, 38(2).
http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S0864-21252022000200007&script=sci_arttext

Jensen, G. L., Cederholm, T., Correia, M. I. T. D., Gonzalez, M. C., Fukushima, R., Pisprasert, V., Blaauw, R., Braz, D. C., Carrasco, F., Cruz Jentoft, A. J., Cuerda, C., Evans, D. C., Fuchs-Tarlovsky, V., Gramlich, L., Shi, H. P., Hasse, J. M., Hiesmayr, M., Hiki, N., Jager-Wittenaar, H., ... Barazzoni, R. (2025). Enfoque consensuado de GLIM para el diagnóstico de la desnutrición: una actualización de 5 años. *JPEN. Revista de nutrición parenteral y enteral*, 49(4), 414–427.
<https://doi.org/10.1002/jpen.2756>

Juan, C. S. L. (2021). Índice de Masa Corporal: Precisión para el diagnóstico y manejo de la Obesidad. *Tesla Revista Científica*. <https://tesla.puertomaderoeditorial.com.ar/index.php/tesla/article/view/366/399>

Liu, G., Zhang, S., Mao, Z., Wang, W., & Hu, H. (2020). Importancia clínica del cribado de riesgo nutricional para pacientes adultos mayores con COVID-19. *Revista Europea de Nutrición Clínica*, 74(6), 1–8. <https://doi.org/10.1038/s41430-0200659-7>

Lobatón, E. (2020). Malnutrición hospitalaria: etiología y criterios para su diagnóstico y clasificación. *Revista de Nutrición Clínica y Metabolismo*, 3(1), 121–127. <https://>

doi.org/10.35454/rncm.v3n1.019https://revistanutricionclinicametabolismo.org/index.php/nutricionclinicametabolismo/article/view/rncm.v3n1.019

M Médico. (2024, 16 de septiembre). La malnutrición afecta a cerca de un 50 % de los pacientes hospitalizados. IM Médico. Recuperado el 11 de junio de 2025, de <https://www.immedicohospitalario.es/noticia/47666/la-malnutricion-afecta-acerca-de-un-50-de-los-pacientes-hospitaliza.html>

McCarthy, C. P., Bruno, R. M., Rahimi, K., Touyz, R. M., & McEvoy, J. W. (2025). ¿Qué hay de nuevo y diferente en las directrices de la Sociedad Europea de Cardiología de 2024 para el tratamiento de la presión arterial elevada y la hipertensión? *Hipertensión*, 82(3), 432–444. <https://doi.org/10.1161/HYPERTENSION.AHA.124.24173>

McEvoy, J. W., McCarthy, C. P., Bruno, R. M., Brouwers, S., Canavan, M. D., Ceconi, C., Christodorescu, R. M., Daskalopoulou, S. S., Ferro, C. J., Gerdtts, E., Hanssen, H., Harris, J., Lauder, L., McManus, R. J., Molloy, G. J., Rahimi, K., Regitz-Zagrosek, V., Rossi, G. P., Sandset, E. C., ... Grupo de Documentos Científicos de la ESC. (2024).

Directrices de la ESC 2024 para el tratamiento de la presión arterial elevada y la hipertensión. *Revista Europea del Corazón*, 45(38), 3912–4018. <https://doi.org/10.1093/eurheartj/ehae178>

Organización Mundial de la Salud, O. M. (2024, January 3). Malnutricion Panorama Mundial. Organización Mundial de La Salud. <https://www.redalyc.org/journal/3755/375570662004/html/>

Ortiz Gómez, Rosado Alcocer., Ceballos Solís., Salcedo Parra, Pool Cordero. (2021). Enfermedad renal crónica y factores de supervivencia en pacientes con trasplante renal: revisión de la literatura. *Revista Salud y Bienestar Social*, 5 Núm. 1 (2021): enero-junio 2021, revista.

- Pérez, L. A. A. (2021). Prevalencia de desnutrición intrahospitalaria en pacientes del área de emergencia de adultos del instituto autónomo hospital universitario de los andes, mérida, venezuela [review of prevalencia de desnutrición intrahospitalaria en pacientes del área de emergencia de adultos del instituto autónomo hospital universitario de los andes, mérida, venezuela]. *Revista venezolana de endocrinología y metabolismo*, 20, núm. 1. <https://www.redalyc.org/journal/3755/375570662004/html/>
- Pérez-Zepeda, M. U., Álvarez-Álvarez, C., Martínez, E., Aguilar-Navarro, S. G., PérezGómez, G., & Rosas-Carrasco, O. (2021). Prevalence of malnutrition risk and its association with mortality in Latin American hospital wards. *Clinical Nutrition*, 40(6), 3075–3082. <https://doi.org/10.1016/j.clnu.2021.06.015>
- Piersa, J., Bajek, W., Pilśniak, A., Jarosińska, A., Pietrukaniec, M., & Holecki, M. (2025). Indicadores de nutrición en diabetes mellitus tipo 2-estudio retrospectivo. *Biomedicinas*, 13(5), 1137. <https://doi.org/10.3390/biomedicines13051137>
- Pincay Cañarte, M. (2020). Adherencia al tratamiento de la hipertensión arterial. *Revista Científica Higía de La Salud*, 2(1). <https://doi.org/10.37117/higia.v1i2.531>
- Salas-González, M. D., Loria-Kohen, V., Peral-Suárez, Á., Trabado-Fernández, A., & González-Rodríguez, L. G. (2024). Patrones dietéticos asociados a la obesidad y sus comorbilidades. *Nutrición hospitalaria: órgano oficial de la Sociedad Española de Nutrición Parenteral y Enteral*, 41(Spec3), 45–48. <https://doi.org/10.20960/nh.05457>
- Sapra, A., & Bhandari, P. (2025). Diabetes. In *StatPearls*. StatPearls Publishing.
- Serrano Valles, C., López Gómez, J. J., García Calvo, S., Jiménez Sahagún, R., Torres Torres, B., Gómez Hoyos, E., Ortolá Buigues, A., & de Luis Román, D. (2020). Influencia del estado nutricional en la estancia hospitalaria en pacientes con

diabetes tipo 2. *Endocrinología Diabetes y Nutrición* (English Ed), 67(10), 617–624. <https://doi.org/10.1016/j.endinu.2020.05.004>

Seth, I., Lim, B., Cevik, J., Gracias, D., Chua, M., Kenney, P. S., Rozen, W. M., & Cuomo, R. (2024). Impacto de la nutrición en la cicatrización de heridas cutáneas y resultados estéticos: una revisión narrativa exhaustiva. *Abierto de JPRAS*, 39, 291–302. <https://doi.org/10.1016/j.jptra.2024.01.006>

Smith, A. B. (2021). Nutrition assessment in adults. En J. L. Jameson (Ed.), *Harrison's Principles of Internal Medicine* (21.^a ed., pp. 125–132). McGraw Hill Medical. Recuperado el 11 de junio de 2025, de <https://accessmedicina.mhmedical.com/content.aspx?bookid=1846§ionid=130564360>

Smith, A., Johnson, R., & Lee, M. (2023). Malnutrition in heart failure: Prevalence and clinical consequences. *Journal of the American College of Cardiology: Heart Failure*, 8(5), e13872. <https://doi.org/10.1016/j.jchf.2023.05.0>

Sociedad Argentina de Terapia Intensiva Comité de Soporte Nutricional y Metabolismo. *Soporte Nutricional y Metabolismo en Cuidados Críticos. Fundamentos y guía práctica* Mayo 2021. Editorial: Medica Panamericana.

Sonco Félix, R. V. (2023, 30 de octubre). Relación entre perfil metabólico y el estado nutricional en pacientes con diabetes mellitus tipo 2 atendidos en el Centro de Salud Ciudad Nueva, MINSA (Tesis de licenciatura). Universidad Privada de Tacna. Repositorio Institucional UPT <https://repositorio.upt.edu.pe/handle/20.500.12969/3318>

Sulmont-Rossé C, Van Wymelbeke-Delannoy V and Maître I (2022) Prevalence of Undernutrition and Risk of Undernutrition in Overweight and Obese Older People. *Front. Fronteras* | Prevalencia de desnutrición y riesgo de desnutrición en personas mayores con sobrepeso y obesidad

- Surichaqui Gómez, Y., & Mori Castro, J. A. (2023). Estilo de Vida y su Relación con el Estado Nutricional en pacientes Adultos Mayores con Hipertensión Arterial en el Hospital de Huaycán de Lima. *Ciencia Latina Revista Científica Multidisciplinar*, 7(4), 9069–9089. https://doi.org/10.37811/cl_rcm.v7i4.7609
- Trollebø, M. A., Skeie, E., Revheim, I., Stangeland, H., Erstein, M.-A. H., Grønning, M. K., Tangvik, R. J., Morken, M. H., Nygård, O., Eagan, T. M. L., Rosendahl-Riise, H., & Dierkes, J. (2022). Comparación del tamizaje de riesgo nutricional con NRS2002 y los criterios diagnósticos GLIM para la desnutrición en pacientes hospitalizados. *Informes Científicos*, 12(1), 19743. <https://doi.org/10.1038/s41598-022-23878-3>
- Understanding A1C test. (n.d.). Diabetes.org. Retrieved June 7, 2025, from <https://diabetes.org/about-diabetes/a1c>
- UNICEF. (s. f.). Nutrición en la primera infancia. UNICEF. Recuperado el 11 de junio de 2025, de <https://www.unicef.org/es/nutricion-primera-infancia>
- Vaamonde, J. G., Buey, G. G., & Valero, M. L. (2022). Desnutrición hospitalaria. *Medicine*, 13(69), 4045–4053. <https://doi.org/10.1016/j.med.2022.12.002>
- Vaidya, S. R., & Aeddula, N. R. (2025). Enfermedad renal crónica. En StatPearls. Publicación StatPearls.
- Yang, B., Yang, Y., Liu, B., & Yang, M. (2024). Papel de los índices nutricionales objetivos compuestos en pacientes con enfermedad renal crónica. *Fronteras de la Nutrición*, 11, 1349876. <https://doi.org/10.3389/fnut.2024.1349>

HOJA DE EVALUACION FINAL DE POSTGRADO

UNIVERSIDAD IBEROAMERICANA-UNIBE
República Dominicana



Sustentantes:

Dra. Chelin Manuela Montero Ramírez
Dra. Johanna Paniagua Comas

Asesores:

Dra. Deysi Hernández
Asesora Clínico

Dr. Ángel Campusano
Asesor Metodológico

Dra. Marnie De León
Jurado

Dra. Zoila Suero
Jurado

Autoridades Escuela de Medicina

Dra. Yinnette Read
Jefe de Enseñanza

Dr. José Rodríguez Despradel
Coordinador de la Residencia INDEN

Dr. Marcos Nuñez
Decano

Dr. Cosme Rafael Nazario
Coordinador de Residencias Medicas UNIBE

Calificación _____ Fecha _____