



**UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL**

**FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
CARRERA DE NUTRICIÓN Y DIETÉTICA**

TEMA:

**Riesgo de desnutrición en pacientes hospitalizados del Hospital de
Especialidades Teodoro Maldonado Carbo de Guayaquil en
noviembre 2024.**

AUTORAS:

**Albornoz Mosquera, Shayra Del Carmen
Flores Montesdeoca, María Fernanda**

**Trabajo de titulación previo a la obtención del título de
LICENCIADAS EN NUTRICIÓN Y DIETÉTICA**

TUTORA:

Dra. Alexandra Josefina Bajaan Guerra

Guayaquil, Ecuador

05 de mayo del 2025



UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL

**FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
CARRERA DE NUTRICIÓN Y DIETÉTICA**

CERTIFICACIÓN

Certificamos que el presente trabajo de titulación fue realizado en su totalidad por **Albornoz Mosquera, Shayra Del Carmen** y **Flores Montesdeoca, María Fernanda**, como requerimiento para la obtención del título de **Licenciadas en Nutrición y Dietética-**

TUTOR (A)

f. _____

Dra. Bajaña Guerra, Alexandra Josefina

DIRECTORA DE LA CARRERA

f. _____

Dra. Celi Mero, Martha Victoria

Guayaquil, a los 5 días del mes de Mayo del 2025



UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL

**FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
CARRERA DE NUTRICIÓN Y DIETÉTICA**

DECLARACIÓN DE RESPONSABILIDAD

**Yo, Albornoz Mosquera, Shayra Del Carmen y Flores Montesdeoca, María
Fernanda**

DECLARAMOS QUE:

El Trabajo de Titulación, **Riesgo de desnutrición en pacientes hospitalizados del Hospital de Especialidades Teodoro Maldonado Carbo de Guayaquil en noviembre 2024**, previo a la obtención del título de **Licenciada en Nutrición y Dietética**, ha sido desarrollado respetando derechos intelectuales de terceros conforme las citas que constan en el documento, cuyas fuentes se incorporan en las referencias o bibliografías. Consecuentemente este trabajo es de mi total autoría.

En virtud de esta declaración, me responsabilizo del contenido, veracidad y alcance del Trabajo de Titulación referido.

Guayaquil, a los 5 días del mes de mayo del 2025

AUTORAS

f. _____

f. _____

Albornoz Mosquera, Shayra Del Carmen Flores Montesdeoca, María Fernanda



UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
CARRERA DE NUTRICIÓN Y DIETÉTICA

AUTORIZACIÓN

Yo, **Albornoz Mosquera, Shayra Del Carmen y Flores Montesdeoca, María
Fernanda**

Autorizo a la Universidad Católica de Santiago de Guayaquil a **la publicación en la biblioteca de la institución del Trabajo de Titulación Riesgo de desnutrición en pacientes hospitalizados del Hospital de Especialidades Teodoro Maldonado Carbo de Guayaquil en noviembre 2024**, cuyo contenido, ideas y criterios es de mi exclusiva responsabilidad y total autoría.

Guayaquil, a los 5 días del mes de Mayo del 2025

AUTORAS

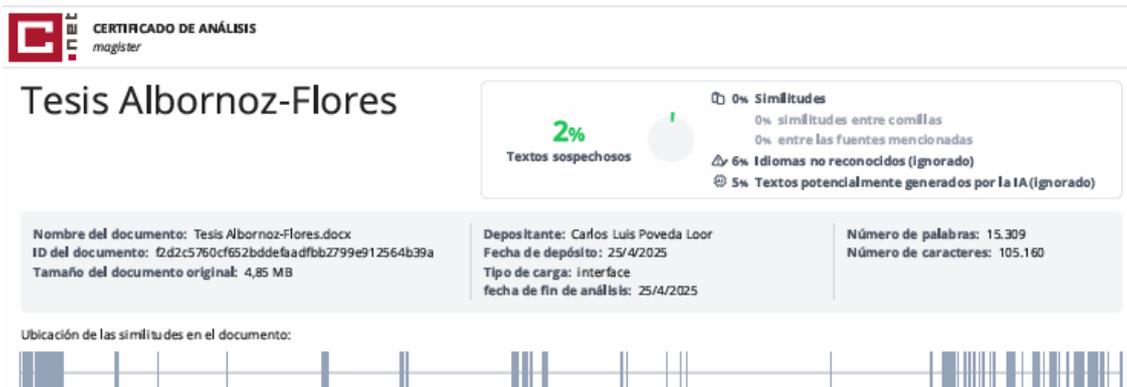
f. _____

Albornoz Mosquera, Shayra Del Carmen

f. _____

Flores Montesdeoca, María Fernanda

REPORTE DE COMPILATIO



f. _____
Dra. Bajaña Guerra, Alexandra Josefina

AGRADECIMIENTO

En primer lugar, agradezco a Dios por ser mi guía constante durante estos años de carrera, por darme la fortaleza, sabiduría y paciencia requerida para culminar con éxito esta etapa tan importante de mi vida, que, sin duda sin su amor y guía, no hubiera sido posible.

A mis padres, que durante todos estos años han sido mi mayor ejemplo de amor, sacrificio y dedicación, siendo parte fundamental en la formación de lo que soy hoy en día y estoy agradecida que Dios me permita cumplir una meta mas junto a ellos. Mi gratitud será eterna por siempre haberme brindado lo mejor, por trabajar arduamente desde que era una niña para poderme ofrecer una educación de calidad, y por enseñarme que con esfuerzo y constancia todo es posible. Este logro también les pertenece, porque cada paso que doy en mi vida esta basado en el amor y los valores que me enseñaron. Jamás podre agradecer lo suficiente por todo lo que han hecho a lo largo de mi vida.

A mi misma, por no rendirme, por seguir adelante a pesar de las dificultades presentadas en el camino y por confiar en mi capacidad para alcanzar lo que me propongo.

A la Dra. Alexandra Bajaña y Dra.Dennis Narvaez, por su orientacion, paciencia y apoyo durante cada etapa de esta tesis. Su acompañamiento en esta tesis fue crucial para poder culminar con éxito este proceso, que sin duda ha sido largo pero satisfactorio.

Shayra Del Carmen Albornoz Mosquera

AGRADECIMIENTO

A Dios, por ser mi guía en cada paso, por darme la fortaleza en los momentos difíciles y por llenar mi camino de bendiciones. A mi mami, Mónica, mi mayor pilar desde el inicio, gracias por tu amor incondicional, tu apoyo constante y por nunca dejar de creer en mí. A mi abuelita Gladys, por mostrarme cariño a su manera, al principio de mis estudios ella fue una persona que me mostro su apoyo y lo aprecio mucho.

Y a mi esposo, quien fue el primero en alentarme a seguir este camino. Gracias por confiar en mí desde el comienzo, por impulsarme con tu apoyo y por ser mi compañero incondicional en esta etapa tan importante.

También, a mis mejores amigos: Alex, Boris, Shakti, Anna y Gabriel, por estar siempre creyendo en mis capacidades, ver en mi ese potencial que no veía yo, su amistad me dio fortaleza para seguir adelante, por escucharme, animarme y celebrar conmigo cada pequeño y gran logro. Su presencia constante ha sido un apoyo invaluable en este camino, y me siento afortunada de tenerlos a mi lado.

Un agradecimiento especial a la Dra. Dennis Narvárez y a la Dra. Alexandra Bajaña por su dedicación, guía y generosidad al compartir su conocimiento.

Maria Fernanda Flores Montesdeoca

DEDICATORIA

A Dios, por ser mi consuelo en los momentos de incertidumbre, mi luz en los días oscuros y la fuente inagotable de sabiduría, amor y fortaleza. Cada uno de mis logros han sido alcanzados gracias a su guía y misericordia. A Él, dedico con todo mi corazón este fruto nacido del esfuerzo y perseverancia.

A mis padres, por ser el pilar fundamental en mi vida. Les agradezco eternamente su amor sin condiciones, por el esfuerzo que han hecho desde que era una bebé, y por guiarme a soñar en grande sin olvidar mis raíces. Este logro, como todos los que he alcanzado y alcanzaré es tan suyo como mío, ya que sin su entrega, su apoyo inquebrantable y sus enseñanzas, no habría llegado hasta aquí. Este logro es mi manera de reconocer y valorar todo lo que han hecho por mí.

Shayra Del Carmen Albornoz Mosquera

DEDICATORIA

"A mi hermano Jefe, que en paz descanse. Fuiste mi inspiración constante y lamento profundamente que no estés aquí para verme graduar. Siempre vivirás en mí."

"A mis padres, Mónica y Kleber, por su amor incondicional y por enseñarme con su ejemplo el valor del esfuerzo y la perseverancia. A mis hermanos, Alex y Adrián, por ser mi apoyo constante y por creer en mí incluso en los momentos más difíciles.

Quiero darles las gracias por siempre impulsarme a ser mejor y estar orgullosos de mis logros, espero que este solo sea un impulso para cumplir muchas metas más y compartirlas con ustedes que siempre están para alentarme.

"A mis sobrinos Gael y Danny, por ser una alegría presente en mi vida, siempre tendrán a su tía Mari para apoyarlos incondicionalmente."

"A mi amada hija Elizabeth, quien es mi mayor amor y motivación, mi más grande deseo es convertirme en un ejemplo a seguir para ti y que este logro profesional cause en ti inspiración para seguir tus sueños con valor."

"A mi esposo, Victor Mora, por permanecer a mi lado desde el inicio de esta carrera, gracias por tu paciencia y consideración, este logro también es tuyo."

Maria Fernanda Flores Montesdeoca



**UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
CARRERA DE NUTRICIÓN Y DIETÉTICA**

TRIBUNAL DE SUSTENTACIÓN

f. _____

CELI MERO, MARTHA VICTORIA
DECANO O DIRECTOR DE LA CARRERA

f. _____

POVEDA LOOR, CARLOS LUIS
COORDINADOR DEL AREA DE UNIDAD DE TITULACIÓN

f. _____

MGS. CABADIANA CEVALLOS, MERCEDES ANNABELLE
OPONENTE

ÍNDICE GENERAL

RESUMEN	XVI
ABSTRACT	XVII
INTRODUCCIÓN	2
1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	4
1.1. Formulación del Problema	8
2. OBJETIVOS	8
2.1. Objetivo General.	8
2.2. Objetivos Específicos.	8
3. JUSTIFICACIÓN	9
4. MARCO TEÓRICO	11
4.1. Marco referencial	11
4.2. MARCO CONCEPTUAL.	13
4.2.1. Malnutrición	13
4.2.2. Desnutrición	13
4.2.3. Desnutrición hospitalaria	14
4.2.4. Complicaciones de la desnutrición en pacientes hospitalizados	16
4.2.5. Manifestaciones clínicas de la desnutrición	17
4.2.6. Diagnóstico de la desnutrición	18
4.2.7. Cribado o screening nutricional	20

4.2.8. Factores de riesgo para la desnutrición en pacientes hospitalizados.....	23
5. IDENTIFICACIÓN Y CLASIFICACIÓN DE VARIABLES	24
5.1. Variables	24
5.1.1. Variables del estudio	24
5.2. Operacionalización de variables	25
6. METODOLOGÍA.....	28
6.1. Diseño metodológico	28
6.2 Población y muestra de la investigación	28
6.3 Criterios de inclusión.....	28
6.4 Criterios de exclusión	29
6.5 Técnicas e instrumentos de recolección de datos	29
6.5.1 Técnicas.....	29
6.5.2 Instrumentos.....	29
7. PROCEDIMIENTO	30
8. PRESENTACIÓN DE RESULTADOS	31
8.1. RIESGO DE DESNUTRICIÓN	31
8.1.1 DATOS PARA DETERMINAR EL RIESGO DE DESNUTRICIÓN	31
8.1.2. PUNTAJE SEGÚN RIESGO DE DESNUTRICIÓN	35
8.1.3. DETERMINACIÓN DEL RIESGO SEGÚN PUNTAJE ALCANZADO	36
8.1.4. RIESGO BIOLÓGICO/INDIVIDUAL	37
8.1.5. FACTORES CLÍNICOS	42
9. CONCLUSIONES.....	50

10. RECOMENDACIONES	51
11. REFERENCIAS	52
12. ANEXOS.....	59

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1 Manifestaciones clínica de la desnutrición	17
Tabla 2 Criterio de ASPEN para el diagnóstico de la desnutrición	18
Tabla 3 Criterio Glim para el diagnóstico de la nutrición	19
Tabla 4 Operacionalización de variables	25
Tabla 5 Pérdida de peso involuntario	31
Tabla 6 Pérdida de peso y puntuación por kilos	32
Tabla 7 Disminución del consumo de alimentos por pérdida de apetito	33
Tabla 8 Puntuación para determinar riesgo de desnutrición	35
Tabla 9 Riesgo de desnutrición según cribado de MST	36
Tabla 10 Variables según edad	37
Tabla 11 Comida consumida por el paciente	38
Tabla 12 Razones por la que los pacientes comieron menos comida que la ofrecida	40
Tabla 13 Diagnostico nutricional por indicar de IMC	38
Tabla 14 Estado anímico del paciente	41
Tabla 15 Condición física del paciente	42
Tabla 16 Estado de hidratación	43
Tabla 17 Vías de alimentación	44
Tabla 18 Camina sin ayuda	45
Tabla 19 Satisfacción de la ingesta	46
Tabla 20 Ingesta alimentaria	47
Tabla 21 Actividad de apoyo nutricional al paciente	49

ÍNDICE DE GRÁFICOS

GRÁFICO 1 Pérdida de peso	32
GRÁFICO 2 Pérdida de peso y puntuación por kilos	33
GRÁFICO 3 Disminución del consumo de alimentos	34
GRÁFICO 4 Puntuación para determinar riesgo de desnutrición	35
GRÁFICO 5 Riesgo de desnutrición según cribado de MST	36
GRÁFICO 6 Cantidad de comida consumida	38
GRÁFICO 7 Razones para comer menos	39
GRÁFICO 8 Índice de masa corporal	40
GRÁFICO 9 Estado anímico del paciente	41
GRÁFICO 10 Condición física del paciente	42
GRÁFICO 11 Estado de hidratación	43
GRÁFICO 12 Vías de alimentación	44
GRÁFICO 13 Camina sin ayuda	45
GRÁFICO 14 Satisfacción del cliente	46
GRÁFICO 15 Ingesta alimentaria	48
GRÁFICO 16 Apoyo nutricional del paciente	49

RESUMEN

La desnutrición hospitalaria es un problema frecuente que prolonga la estancia y aumenta el riesgo de complicaciones y muerte. Factores como enfermedades subyacentes, baja ingesta calórica y proteica, factores biológicos y clínicos de los pacientes y la falta de apoyo nutricional contribuyen a la desnutrición. Por este motivo se realiza la presente investigación con el objetivo de Determinar el riesgo de desnutrición en pacientes hospitalizados del Hospital de Especialidades Teodoro Maldonado de Guayaquil en noviembre de 2024. El estudio es descriptivo, no experimental y transversal, enfocado en una muestra de 40 pacientes hospitalizados que participaron en el proyecto internacional Nutrition Day 2024, en el Hospital de Especialidades Teodoro Maldonado Carbo, a quienes se les estudió los factores de riesgo de desnutrición hospitalaria ingresados en la base de datos del estudio de Nutritional Day. Los resultados arrojaron que el 75% de los pacientes presentaron riesgo de desnutrición, un alto porcentaje de los pacientes presentaron factores biológicos y clínicos que los predisponían a la desnutrición hospitalaria, también se encontró que el 100% de los pacientes recibieron apoyo nutricional.

Palabras clave: Riesgo de desnutrición hospitalaria; Malnutrition Screening Tool; Nutrition Day.

ABSTRACT

Hospital malnutrition is a common problem that prolongs length of stay and increases the risk of complications and death. Factors such as underlying diseases, low caloric and protein intake, biological and clinical factors of patients and lack of nutritional support contribute to malnutrition. For this reason, the present research was carried out with the objective of determining the risk of malnutrition in hospitalized patients of the Hospital de Especialidades Teodoro Maldonado de Guayaquil in November 2024. The study is descriptive, non-experimental and cross-sectional, focused on a sample of 40 hospitalized patients who participated in the international project Nutrition Day 2024, at the Hospital de Especialidades Teodoro Maldonado Carbo, who were studied for risk factors for hospital malnutrition entered in the Nutritional Day study database. The results showed that 75% of the patients were at risk of malnutrition, a high percentage of the patients presented biological and clinical factors that predisposed them to hospital malnutrition, and 100% of the patients received nutritional support.

Keywords: Risk of hospital malnutrition; Malnutrition Screening Tool; Nutrition Day.

INTRODUCCIÓN

En los pacientes hospitalizados el estado nutricional es clave para la evolución y recuperación durante su estancia. Se considera una preocupación a nivel mundial, con una elevada frecuencia. Existen factores que contribuyen a la causa como patologías previas, restricciones alimentarias, trastornos metabólicos o condiciones sociales adversas. Detectar a tiempo el riesgo nutricional permite establecer estrategias que impidan complicaciones y contribuyan a una mejor evolución del paciente¹.

En el entorno hospitalario, la restricción de ingesta de calórica y proteica, así como la disminución de la masa muscular, implican retos significativos que influyen la reacción al tratamiento y la capacidad de recuperación. La desnutrición puede desencadenar dificultades metabólicas, retraso en la cicatrización de heridas y mayor predisposición a infecciones, lo que a su vez extiende la estancia hospitalaria y potencia la necesidad de intervenciones médicas adicionales².

El rendimiento del paciente se ve afectado por los cambios en la composición corporal, como el descenso de la masa muscular lo que hace más difícil su movilidad, así como, deterioran la calidad de vida. Estas alteraciones no solo elevan el riesgo de problemas médicos, sino que también repercuten en su bienestar emocional y social³.

Para evaluar la presencia de riesgo de desnutrición en pacientes hospitalizados, se utilizan diversas herramientas que permiten un diagnóstico temprano y una intervención adecuada. En este estudio, se empleará la encuesta Nutrition Day y el instrumento de cribado Malnutrition Screening Tool (MST), los cuales facilitan la identificación de pacientes en riesgo y orientan estrategias nutricionales personalizadas⁴.

A pesar del impacto de la desnutrición en la evolución de los pacientes, este problema continúa siendo poco detectado y tratado en muchas instituciones de salud. No se limita a un grupo específico de pacientes, sino que puede presentarse en diferentes edades y condiciones médicas, lo que resalta la importancia de su valoración en todos los niveles de atención⁵.

Dada la relevancia del problema, diversas investigaciones han señalado la necesidad de fortalecer la detección del riesgo nutricional en hospitales mediante el uso de protocolos de evaluación, formación del personal de salud y la incorporación de especialistas en nutrición. La aplicación de estas estrategias puede contribuir a mejorar la calidad de la atención y reducir complicaciones asociadas, optimizando los recursos hospitalarios y mejorando los resultados en la recuperación de los pacientes⁶.

En este contexto, el presente estudio tiene como objetivo determinar la prevalencia del riesgo de desnutrición en los pacientes hospitalizados en el Hospital de Especialidades Teodoro Maldonado Carbo de Guayaquil durante noviembre de 2024, con el fin de proporcionar información que permita el desarrollo de estrategias para su prevención y manejo adecuado.

1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

El campo de estudio corresponde a la nutrición clínica y al estado nutricional de los pacientes hospitalizados. El riesgo de desnutrición en pacientes hospitalizados es un problema, de carácter global, condición multifactorial, que compromete los resultados clínicos, incrementa el riesgo de complicaciones infecciosas, prolonga las estancias hospitalarias y aumenta los costos asociados a la atención de la salud. La desnutrición hospitalaria refleja desafíos en la evaluación y manejo nutricional de los pacientes, lo que subraya la importancia de implementar estrategias efectivas para identificar y prevenir este problema en el ámbito hospitalario⁷.

En este contexto, la importancia de este problema radica en que el riesgo de desnutrición en pacientes hospitalizados se asocia a dietas inadecuadas y hábitos alimenticios no saludables, lo que puede agravar su estado de salud y predisponerlos a enfermedades no transmisibles como diabetes, cardiopatías y accidentes cerebrovasculares. La desnutrición afecta entre el 20% y el 50% de estos pacientes, aumentando la morbimortalidad y prolongando la estancia hospitalaria⁸.

Así mismo, es relevante destacar que la desnutrición en pacientes hospitalizados es un estado de deficiencia o desequilibrio de nutrientes que afecta adversamente la composición corporal, la funcionalidad clínica y la evolución del paciente. Según la International Guideline Committee, la intensidad de la inflamación es un factor clave en el grado de desnutrición⁹. Cuando la inflamación es leve a moderada, como en enfermedades crónicas (fallo de órganos, artritis reumatoide u obesidad), se habla de desnutrición relacionada con enfermedad crónica. En casos de inflamación severa, como infecciones graves, quemaduras o traumas, se clasifica como desnutrición relacionada con enfermedad aguda. Identificar y tratar la desnutrición en este contexto es esencial para prevenir complicaciones, reducir la estancia hospitalaria y disminuir la mortalidad¹⁰.

En pacientes hospitalizados la desnutrición muestra una alta prevalencia y una repercusión considerable en los resultados clínicos de los pacientes. Este problema influye a una parte significativa de los pacientes hospitalizados, con índices que

fluctúan según los criterios diagnósticos y las poblaciones estudiadas¹¹. Un caso representativo es un estudio que adoptó los criterios de la Iniciativa de Liderazgo Global sobre Desnutrición (GLIM) y la Evaluación Global Subjetiva (SGA) estableció que entre el 63,3% y el 64,8% de los pacientes presentaban desnutrición vinculada con la enfermedad (DRM), a la vez que el 40,7% sufría desnutrición grave. Estos datos destacan la dimensión de este problema en el entorno hospitalario y la urgencia de una intervención temprana y eficaz¹².

En el momento de su ingreso, cerca del 60% de los pacientes hospitalizados en América Latina ya evidencian desnutrición. Esta problemática está relacionada con un incremento en la morbimortalidad y en los costos del sistema de salud. Al redor del 37,1% de los pacientes encuestados durante su hospitalización presentan desnutrición, y su prevalencia aumenta con la edad, el nivel educativo y la presencia de enfermedades graves como el cáncer, sepsis y fallas orgánicas crónicas¹³. Además, la desnutrición hospitalaria se ve potenciada a medida que se extiende la estadía del paciente en el hospital. A medida que los pacientes permanecen más tiempo en el hospital, la prevalencia de la desnutrición aumenta, manifestando el impacto de la estadía sostenida en el estado nutricional¹³.

La desnutrición hospitalaria en Buenos Aires alcanza el 25,4% de los pacientes al ingresar, lo que prueba una prevalencia considerable. Este problema está relacionado con un mayor riesgo de estancias hospitalarias persistente, dado que los pacientes con desnutrición moderada y severa presentan un incremento significativo en la duración de su hospitalización. También se evidenció un riesgo nutricional en el 29,1% de los pacientes evaluados al momento del ingreso, lo que destaca la importancia de realizar un tamizaje nutricional a tiempo. La desnutrición en el ámbito hospitalario impacta negativamente no solo en la evolución clínica de los pacientes, sino que también aumenta los costos asociados a su atención, lo que resalta la importancia de desarrollar medidas eficaces de detección y manejo nutricional en los hospitales¹⁴.

De igual manera, en México, también representa un riesgo, como se refleja en un estudio reciente donde el 50% de los pacientes presentaron riesgo de desnutrición al ingresar al hospital, con una pérdida de peso media de 6 kg en los tres meses previos.

Aunque la mayoría de estos pacientes no reportó disminución en su ingesta alimentaria debido a inapetencia, la identificación temprana del riesgo nutricional es esencial para desarrollar estrategias oportunas. Este desafío es similar al encontrado en la encuesta global NutritionDay, que resalta la prevalencia de la desnutrición hospitalaria, subrayando la importancia de la colaboración entre médicos y nutricionistas para mejorar el manejo nutricional y reducir las complicaciones asociadas¹⁵.

Por otra parte, en un estudio desarrollado en España, se obtuvo que el riesgo de desnutrición en pacientes hospitalizados se presenta por factores como la edad avanzada, el tipo de patología y el método de ingreso. La desnutrición fue más frecuente en personas mayores, con una alta incidencia en pacientes con enfermedades médicas, particularmente oncológicas. Además, aquellos que ingresaron por urgencias presentaron un mayor riesgo de desnutrición en comparación con los ingresos programados. Asimismo, los pacientes con desnutrición presentaron una estancia hospitalaria prolongada, con diferencias significativas entre pacientes oncológicos y no oncológicos¹⁶.

Así mismo, un estudio en Perú determinó que la edad avanzada, baja estatura, pérdida de peso y adiposidad aumentan el riesgo de desnutrición. Factores como la pobreza, el desempleo y el acceso limitado a alimentos nutritivos también influyen, al igual que la depresión y el estrés emocional, especialmente en pacientes psiquiátricos y niños separados de sus madres. También enfermedades como el cáncer, insuficiencia renal y diabetes, junto con infecciones y afecciones respiratorias, agravan la condición. Además, la estancia hospitalaria prolongada y la ingesta insuficiente incrementan la mortalidad y los costos hospitalarios¹⁷.

En este mismo contexto, en un estudio realizado en Cuba, se incluyen entre los factores la edad avanzada, el bajo nivel educativo, la presencia de enfermedades neoplásicas y la prolongación de la estadía hospitalaria. La desnutrición fue más frecuente en personas mayores de 60 años, en quienes tenían un nivel cultural bajo y en pacientes con cáncer, de los cuales dos tercios presentaban desnutrición. También se observó que, aunque la estadía hospitalaria era generalmente corta, el riesgo de desnutrición aumentaba con el tiempo de internamiento, reflejando el impacto del entorno hospitalario en el estado nutricional del paciente¹⁸.

En Ecuador, la prevalencia de desnutrición en pacientes hospitalizados es un problema importante, afectando aproximadamente al 40% de los pacientes ingresados. Esta condición se asocia con una mayor mortalidad y complicaciones durante la estancia hospitalaria, lo que incrementa tanto la duración de la hospitalización como los costos asociados al tratamiento. La desnutrición se vuelve más prevalente conforme se prolonga la estadía hospitalaria, lo que agrava las complicaciones clínicas y eleva los riesgos para los pacientes. En especial, en pacientes gravemente enfermos y aquellos en unidades de cuidados intensivos, las necesidades nutricionales son a menudo insuficientemente cubiertas, lo que resalta la importancia de una adecuada intervención nutricional en estos entornos¹⁹.

Cabe señalar que la prevalencia de este problema, en Guayaquil, es alarmante, dado a que aproximadamente la mitad de los pacientes afectados, de los cuales una gran proporción presenta anemia. Los análisis muestran niveles bajos de albúmina, un indicador clave de desnutrición moderada. Esta situación se asocia con un aumento de las complicaciones, mayor morbimortalidad y un impacto económico considerable debido a las estancias prolongadas. Para mejorar el pronóstico de los pacientes, es crucial optimizar la nutrición desde el ingreso hospitalario, instaurando suplementos adecuados de manera temprana y garantizando un seguimiento nutricional constante durante su tratamiento²⁰.

Es evidente que estas investigaciones han enfrentado limitaciones que dificultan la obtención de datos consistentes sobre este problema, dado a que han utilizado diseños metodológicos heterogéneos y muestras pequeñas, lo que compromete la validez y generalización de los resultados. Además, la falta de seguimiento longitudinal impide evaluar adecuadamente el impacto de la desnutrición en los resultados a largo plazo. Estos factores subrayan la necesidad de desarrollar la presente investigación para proporcionar una visión más clara y precisa sobre la prevalencia del riesgo de desnutrición en pacientes hospitalizados.

La desnutrición hospitalaria en el Hospital de Especialidades Teodoro Maldonado Carbo presenta una realidad compleja que impacta directamente en la salud y

recuperación de los pacientes. Uno de los principales desafíos es la identificación precisa del riesgo nutricional, dado que esta condición está estrechamente relacionada con factores médicos como enfermedades graves, intervenciones quirúrgicas o tratamientos prolongados, que alteran la ingesta alimentaria del paciente. Estas situaciones dificultan que los pacientes reciban la nutrición adecuada durante su estancia, y la prolongación de la hospitalización generalmente empeora el estado nutricional. Como consecuencia, se incrementan las probabilidades de complicaciones clínicas, lo que afecta tanto el proceso de recuperación como la calidad de vida de los pacientes. Este escenario subraya la necesidad urgente de un enfoque más eficiente en la evaluación y manejo de la desnutrición hospitalaria, para evitar que esta condición se convierta en un obstáculo adicional en el tratamiento de los pacientes.

1.1. Formulación del Problema

¿Cuál es el riesgo de desnutrición en pacientes hospitalizados en el Hospital de Especialidades Teodoro Maldonado Carbo de Guayaquil durante noviembre de 2024?

2. OBJETIVOS

2.1. Objetivo General.

Determinar el riesgo de desnutrición en pacientes hospitalizados del Hospital de Especialidades Teodoro Maldonado de Guayaquil en noviembre de 2024.

2.2. Objetivos Específicos.

- Valorar el riesgo de desnutrición de los pacientes hospitalizados mediante el cribado de MST de Nutrition Day.
- Analizar factores biológicos asociados al riesgo de desnutrición en pacientes hospitalizados.
- Identificar factores clínicos asociados al riesgo de desnutrición en pacientes hospitalizados.
- Determinar el apoyo nutricional asociados al riesgo de desnutrición en pacientes hospitalizados.

3. JUSTIFICACIÓN

La desnutrición en pacientes hospitalizados es un problema de salud que afecta su evolución clínica, ya que compromete la función de órganos y tejidos, aumentando la vulnerabilidad a infecciones y prolongando la estancia hospitalaria. La prevalencia de desnutrición hospitalaria varía entre el 20% y el 50%, dependiendo de la población estudiada y las metodologías utilizadas para la evaluación²¹. A pesar de su impacto, muchas veces no se identifica ni se aborda adecuadamente, lo que hace necesario generar información actualizada sobre su prevalencia para comprender su magnitud y consecuencias dentro del entorno hospitalario.

Desde el ámbito social, conocer la prevalencia del riesgo de desnutrición en pacientes hospitalizados permite evidenciar la necesidad de mayor atención a este problema. Cabe señalar, que la desnutrición genera consecuencias, tales como dependencia prolongada, carga familiar y aumento de los costos para el sistema de salud²¹. La desnutrición no solo repercute en la recuperación del paciente, sino que también afecta a su entorno, ya que prolonga la dependencia de cuidados y aumenta la carga para familiares y cuidadores.

La relevancia académica de este estudio consiste en la generación de datos actuales sobre la prevalencia y el impacto de la desnutrición en los pacientes hospitalizados, que nos facilita entender esta problemática y sus implicaciones clínicas. Los datos obtenidos pueden servir de referencia para investigaciones futuras, ayudando a los análisis inclinados a la nutrición hospitalaria y valorando la efectividad de las medidas implementadas en los distintos entornos de salud.

También, puede ser útil la información recabada en la preparación académica de profesionales de la salud, brindando una base para potenciar la clasificación y el manejo nutricional en los pacientes hospitalizados. Su implementación en el área clínica, permitirá agilizar la atención nutricional y a potenciar las estrategias para minimizar problemas relacionados.

Desde la perspectiva científica, los datos obtenidos y sus resultados, permitirán tener información actual sobre el riesgo de desnutrición que presentan los pacientes del hospital estudiado. No obstante, nuestro objetivo en esta investigación no es el de implementar estrategias de salud ni interferir en la atención de los pacientes, sino que solo aportamos con datos relevantes para investigaciones futuras de profesionales de la salud.

Los principales beneficiarios de esta investigación son los profesionales de la salud y la comunidad científica, quienes podrán disponer de información reciente sobre el problema. De manera indirecta, los pacientes hospitalizados también se verán beneficiados, en la medida en que los datos generados puedan orientar estudios posteriores o generar conciencia sobre la importancia de la valoración nutricional en el ámbito hospitalario.

4. MARCO TEÓRICO

4.1. Marco referencial

En un estudio desarrollado por Mola et al.²², con el objetivo de evaluar la prevalencia y los factores de riesgo asociados con la desnutrición relacionada con la enfermedad en pacientes hospitalizados, a través de un análisis retrospectivo de 1036 pacientes adultos hospitalizados, se evaluó el estado nutrición. Entre los hallazgos se identificó desnutrición moderada en el 22,6 % de los pacientes y desnutrición grave en el 40,7 %, con una pérdida de peso severa en el 34,5 % de los casos. Los factores de riesgo más relevantes incluyeron el sexo masculino, la ingesta inadecuada y la presencia de síntomas gastrointestinales, los cuales se destacaron como predictores independientes significativos del riesgo de desnutrición. Concluyen indicando que la alta prevalencia de desnutrición en pacientes hospitalizados enfatiza la importancia de la evaluación nutricional sistemática y las intervenciones especializadas.

La publicación de la investigación de Borkent et al.²³, que tuvo como objetivo evaluar qué enfermedades y problemas relacionados con la salud están asociados con la malnutrición en el momento del ingreso o con la malnutrición incidental durante las estancias y cómo las diferentes definiciones de malnutrición afectan a estas asociaciones. A través de un estudio retrospectivo y transversal de pacientes holandeses, establecieron en sus hallazgos que la prevalencia del riesgo de desnutrición varió del 8,8 % al ingreso. Durante la estancia hospitalaria, la desnutrición incidente osciló entre el 8,9% y el 13,8%. La mayoría de las enfermedades, se asociaron con mayor prevalencia de desnutrición al ingreso, destacando el método basado en el trabajo de parto. Se concluye que un IMC bajo es un indicador efectivo de desnutrición al ingreso, mientras que el método basado en el trabajo de parto es útil para su detección durante la estancia hospitalaria.

Así mismo, Bohne et al.²⁴, en su artículo desarrollado con el objetivo de describir la prevalencia de la ingesta deficiente de alimentos e identificar los factores asociados en pacientes hospitalizados adultos de diferentes especialidades médicas. Estudio retrospectivo enfocado en 1865 pacientes, a quienes se les aplicó la encuesta

NutritionDay. Entre los hallazgos destacaron que la prevalencia del riesgo de desnutrición en pacientes hospitalizados fue del 21,1 %, siendo mayor en Gastroenterología (26,6 %) y menor en Neurología (11,2 %). Los factores asociados a un mayor riesgo incluyeron pérdida de peso en los tres meses previos, salud autoevaluada como muy mala, sexo femenino, enfermedades digestivas, incapacidad para caminar sin ayuda e ingreso por urgencias. Concluye indicando que la baja ingesta alimentaria es común en pacientes hospitalizados alemanes y se asocia con el sexo femenino, mala salud y disminución del estado funcional.

Por otra parte, el estudio de Gebregziabher et al.²⁵, que tuvo como objetivo evaluar la prevalencia de desnutrición al ingreso y su efecto sobre la duración de la estancia hospitalaria entre pacientes quirúrgicos adultos. Estudio de cohorte prospectivo basado en 398 pacientes adultos. En sus resultados, indican que la prevalencia de desnutrición al ingreso hospitalario fue del 64,32%, determinada mediante la clasificación de evaluación global subjetiva (SGA). Se observó que los pacientes quirúrgicos adultos desnutridos al ingreso tuvieron una estancia hospitalaria más prolongada (mediana de 12 días) en comparación con los bien nutridos (mediana de 8 días). Además, factores como la comorbilidad, polimedicación y antecedentes de ingreso en los últimos 5 años estuvieron asociados con una mayor duración de la estancia hospitalaria. Concluye indicando que la magnitud de la desnutrición hospitalaria al momento del ingreso era alta, dado a que tenían un mayor riesgo de una estadía prolongada en comparación con los pacientes bien nutridos.

A su vez, el estudio de Jiménez et al.²⁶, que tuvo como objetivo reportar la prevalencia del riesgo de desnutrición en pacientes del Servicio de Medicina Interna del Centenario Hospital Miguel Hidalgo. Realizaron estudio de tipo transversal, aplicando encuestas del NutritionDay por parte de los nutriólogos. Entre los hallazgos indican que la prevalencia de riesgo de desnutrición en pacientes hospitalizados fue del 50 %, identificada mediante el Malnutrition Screening Tool y confirmada al ingreso con la herramienta NRS-2002. Los factores más relevantes asociados a este riesgo fueron la pérdida de peso en los tres meses previos y la cantidad de peso perdido. Concluye indicando que el riesgo de desnutrición es prevalente en la mitad de los pacientes del Servicio de Medicina Interna.

4.2. MARCO CONCEPTUAL.

4.2.1. Malnutrición

La malnutrición se refiere a un desbalance en el consumo de nutrientes, esto puede deberse por el exceso o el déficit. Es una alteración que puede dañar las funciones neurológicas, función inmunológica, composición corporal y el metabolismo del ser humano, lo que nos produce complicaciones en la salud. La malnutrición no solo afecta de manera individual sino que tiene consecuencias en la comunidad y mayor gasto sanitario²⁷.

En el caso de los niños, esta afecta el crecimiento, la maduración inmunológica y la función cognitiva. Contribuyen en su desarrollo factores como las deficiencias maternas, infecciones recurrentes e inflamación crónica, impactando la síntesis proteica y el metabolismo energético, lo que aumenta el riesgo de infecciones²⁸. Mientras que, en los adultos, suele estar ligada a enfermedades crónicas como insuficiencia renal, cáncer y trastornos gastrointestinales, donde la inflamación altera la absorción y el metabolismo de nutrientes, afectando la composición corporal y la salud en general²⁹.

4.2.2. Desnutrición

La desnutrición es una afección caracterizada por un desequilibrio entre la ingesta de nutrientes y los requerimientos del organismo, lo que afecta la composición corporal, la función metabólica y la salud en general. Se origina por una deficiencia en el consumo de calorías, proteínas, carbohidratos y lípidos, ya sea por una ingesta insuficiente, un aumento en las necesidades nutricionales, una absorción deficiente o una alteración en la utilización de los nutrientes. Esta condición suele manifestarse con pérdida de peso, disminución de la masa muscular y reducción de la capacidad funcional³⁰.

En cambio, en los adultos la desnutrición se clasifica con criterios como la pérdida de peso involuntaria y un índice de masa corporal (IMC) inferior a 18,5 kg/m². También, los trastornos que dificultan la alimentación pueden ser una causa, problemas de absorción de nutrientes o afecciones que impiden una adecuada ingesta de alimentos.

Para su identificación y tratamiento, es primordial una evaluación integral que incluya mediciones antropométricas, valoración clínica y análisis de la ingesta alimentaria³¹.

4.2.3. Desnutrición hospitalaria

La desnutrición hospitalaria, también conocida como desnutrición relacionada con la enfermedad, es un problema clínico que se caracteriza por un estado nutricional inadecuado. Está relacionada con un mayor riesgo de morbilidad, discapacidad, mortalidad y deterioro en la recuperación del paciente. Cabe señalar que puede estar presente al momento del ingreso o desarrollarse durante la estancia hospitalaria, en cuyo caso se denomina desnutrición adquirida en el hospital³².

La prevalencia en pacientes hospitalizados es alta, alcanzando un 63.3% según los criterios de Liderazgo Global sobre Desnutrición y un 64.8% de acuerdo con la Evaluación Global Subjetiva (SGA). Este problema afecta especialmente a adultos mayores y a aquellos con enfermedades crónicas. Entre los principales factores de riesgo se encuentran una ingesta dietética insuficiente, síntomas gastrointestinales y la presencia de comorbilidades. En pacientes de edad avanzada, condiciones como déficits neurológicos, disfagia y pérdida de autonomía en la alimentación agravan aún más esta situación³³.

A pesar de su impacto, la desnutrición hospitalaria a menudo no se diagnostica ni se trata adecuadamente, por lo que es fundamental la evaluación nutricional de rutina. Para ello, se utilizan herramientas como la Evaluación Global Subjetiva (SGA) y los criterios de la Iniciativa de Liderazgo Global sobre Malnutrición (GLIM), que permiten valorar el estado nutricional del paciente. Un tratamiento eficaz requiere intervenciones nutricionales personalizadas, las cuales han demostrado mejorar los resultados clínicos y reducir complicaciones asociadas³⁴.

La desnutrición hospitalaria en el Ecuador es un inconveniente que afecta a la gran mayoría de los pacientes, con una prevalencia aproximada del 50% en algunos centros de salud. En la encuesta NutritionDay Latinoamérica, de los últimos años alrededor del 40% de los hospitalizados en la región están en riesgo nutricional, y casi el mismo porcentaje consumen menos de la mitad de los alimentos indicados, lo que aumenta

hasta seis veces su riesgo de mortalidad. Esta condición no solo afecta la recuperación, sino que también incrementa las complicaciones infecciosas y la aparición de úlceras por presión³⁵.

Además, la desnutrición prolonga las hospitalizaciones, aumenta los reingresos y eleva significativamente los costos de atención médica. Para reducir su impacto, es fundamental implementar estrategias de evaluación nutricional temprana y optimizar la alimentación hospitalaria. La capacitación del personal de salud en el manejo de este problema es clave para mejorar la evolución clínica de los pacientes y reducir la carga sobre el sistema sanitario³⁵.

Uno de los riesgos de desnutrición hospitalaria es el déficit de la ingesta calórica, la cual varían según su estado clínico, condición nutricional y demandas metabólicas específicas. La calorimetría indirecta es el método más preciso para evaluar el gasto energético en estos pacientes, aunque su disponibilidad en los hospitales suele ser limitada. Por ello, se emplean ecuaciones basadas en el peso corporal para estimar las necesidades calóricas, con recomendaciones generales que oscilan entre 25 y 30 kcal/kg/día en pacientes hospitalizados sin condiciones críticas³⁶.

En el caso de pacientes en estado crítico, como aquellos en unidades de cuidados intensivos, los requerimientos energéticos pueden ser menores debido a los cambios metabólicos asociados a la enfermedad. En estos casos, las estimaciones sugieren un rango de 15 a 25 kcal/kg/día, dependiendo del nivel de estrés fisiológico y del grado de soporte ventilatorio. Una vez que los pacientes han superado la fase aguda y se encuentran en recuperación post-UCI, su gasto energético tiende a estabilizarse en torno a 22-23 kcal/kg/día, lo que indica que algunas ecuaciones predictivas pueden sobreestimar sus necesidades³⁶.

En pacientes de edad avanzada, la reducción del metabolismo basal disminuye los requerimientos calóricos, situándolos en una media de 18,8 kcal/kg/día. Sin embargo, más allá del aporte energético, es fundamental considerar la ingesta proteica, especialmente en aquellos con enfermedades críticas, ya que un mayor consumo de proteínas favorece la recuperación y previene la pérdida de masa muscular. La

adecuada valoración y ajuste de los requerimientos calóricos y proteicos es esencial para mejorar la evolución clínica y reducir complicaciones asociadas a la desnutrición³⁶.

La deficiencia proteica predispone a la desnutrición hospitalaria, por ello es importante cubrir los requerimientos proteicos, las necesidades de proteínas debe calcularse de manera independiente, ya que una adecuada cantidad de este macronutriente contribuye a reducir complicaciones y mejorar la respuesta del organismo a la enfermedad. En adultos hospitalizados con condiciones críticas, se recomienda un consumo de entre 1.2 y 2.0 g/kg/día, pudiendo ser mayor en casos específicos como quemaduras, traumatismos u obesidad³⁷.

Estudios han demostrado que un aporte proteico superior a 1.2 g/kg/día favorece la preservación de la masa muscular y podría reducir la mortalidad en pacientes en unidades de cuidados intensivos. Además, el suministro de al menos 1 g/kg/día dentro de los primeros 4 a 10 días de ingreso en la UCI ayuda a mitigar la pérdida muscular y contribuye a la recuperación funcional. En pacientes pediátricos críticos, las necesidades proteicas son aún mayores, con un mínimo de 1.5 g/kg/día y llegando hasta 2.5-3 g/kg/día en lactantes y niños pequeños con insuficiencia respiratoria, para mantener un balance proteico positivo y evitar la degradación muscular³⁸.

La evidencia destaca la importancia de garantizar una ingesta adecuada de proteínas en pacientes hospitalizados, ajustando las recomendaciones según la edad, condición médica y estado metabólico. Un manejo nutricional óptimo, con un enfoque individualizado, es clave para prevenir la sarcopenia, mejorar la funcionalidad y reducir la morbilidad asociada a la desnutrición hospitalaria³⁹.

4.2.4. Complicaciones de la desnutrición en pacientes hospitalizados

La desnutrición hospitalaria a tenido un incremento considerable en la mortalidad y morbilidad, que perjudica la evolución clínica de los pacientes. Este déficit de nutrientes compromete el sistema inmunitario, crece el riesgo de infecciones, retardando la recuperación de lesiones y diversas patologías. Estas complicaciones

sistémicas, la inflamación y el desequilibrio metabólico también son causados por la desnutrición lo que extiende el tiempo de permanencia dentro de un hospital⁴⁰.

El mayor porcentaje de complicaciones hospitalarias a causa de la desnutrición, son otros problemas identificados, como el desarrollo de úlceras por presión, disminución del desplazamiento luego de una operación, riesgo elevado de shock septicémico o falla cardíaca. A causa de estas complicaciones se requiere mayor y mejor atención, lo que representa aumento en la carga asistencial y por ende el gasto hospitalario⁴¹.

Estos pacientes que cursan por desnutrición hospitalaria, usualmente tienden a ser reingresados en un lapso no mayor a los 30 días de su alta, identificándose así la importancia de una detección temprana, manejo y vigilancia nutricional más exhaustiva, ya que solo así se obtendrá la mejor recuperación de los pacientes y optimización de los recursos hospitalarios⁴².

4.2.5. Manifestaciones clínicas de la desnutrición

Entre las manifestaciones que presentan estos pacientes:

Tabla 1 Manifestaciones clínica de la desnutrición

Sistema	Signo	Condición
Piel/ tejido celular subcutáneo	Pérdida de panículo adiposo	Desnutrición/ bajo peso
	Palidez	Anemia
	Xerosis	Deficiencia de vitamina A o agua
Cabello	Pérdida de cabello	Deficiencia de proteínas o zinc
	Decolorado, opaco, signo de bandera	Malnutrición proteico calórica
	Lanugo	Anorexia
Uñas	Coiloniquia	Anemia ferropénica
	Leuconiquia total	Anemia
Ojos	Xeroftalmia	Deficiencia de vitamina A
	Nictalopía	Deficiencia de vitamina A
	Manchas de Bitot	Deficiencia de vitamina A
	Palidez conjuntival	Anemia ferropénica
Labios	Estomatitis angular	Deficiencia de vitamina B12
Lengua	Lisa, brillante, color rojo intenso	Deficiencia de folato, riboflavina o hierro
Encías	Palidez	Anemia o deshidratación

	Hipertróficas e inflamadas	Deficiencia de vitamina C
Cuello	Hipertrofia tiroidea	Deficiencia de yodo
Palma de manos	Palidez	Anemia

Fuente: Cruz y Herrera⁴³.

4.2.6. Diagnóstico de la desnutrición

La valoración nutricional es clave para identificar y tratar oportunamente la desnutrición. Existen diversos criterios según distintas organizaciones.

4.2.6.1. Criterios ASPEN para el diagnóstico de desnutrición.

Tabla 2 Criterio de ASPEN para el diagnóstico de la desnutrición

Características clínicas	Malnutrición en el contexto de enfermedad aguda o injuria		Malnutrición en el contexto de enfermedad crónica		Malnutrición en el contexto de circunstancias sociales ambientales.	
	Malnutrición moderada	Malnutrición severa	Malnutrición moderada	Malnutrición severa	Malnutrición moderada	Malnutrición severa
Ingesta de energía	<75% requerimientos energéticos >7 días	<=50% requerimientos energéticos >=5 días	<75% requerimientos energéticos >1 mes	<75% requerimientos energéticos >=5 días	<75% requerimientos energéticos >=3 meses	<=50% requerimientos energéticos >= 1 mes
Pérdida de peso	1-2% - 1 semana 5%-1 mes 7,5%-3 mes	>2% -1 sem >5%-1 mes >7,5%-3 mes	5%- 1mes 7,5%-3 mes 10%-6 mes 20%-1 año	>5%- 1mes >7,5%-3 mes >10%-6 mes >20%-1 año	5%- 1mes 7,5%-3 mes 10%-6 mes 20%-1 año	>5%- 1mes >7,5%-3 mes >10%-6 mes >20%-1 año
Masa grasa	Leve	Moderada	Leve	Severa	Leve	Severa
Masa muscular	Leve	Moderada	Leve	Severa	Leve	Severa
Acumulación de líquidos	Leve	Moderada severa	Leve	Severa	Leve	Severa
Fuerza del puño	No aplica	Reducido	No aplica	Reducido	No aplica	Reducido

Fuente: Lobatón⁴⁴.

● **4.2.6.2. Criterios Glim para el diagnóstico de la desnutrición.**

Los criterios GLIM, desarrollados por la iniciativa “Liderazgo Global de Malnutrición”, establecen un enfoque práctico y global para diagnosticar la malnutrición hospitalaria. Se dividen en fenotípicos (pérdida involuntaria de peso, bajo IMC, reducción de masa muscular) y etiológicos (inflamación, reducción de la ingesta)⁴⁵.

Para el diagnóstico, se requiere al menos un criterio de cada tipo, y la severidad se determina principalmente por los fenotípicos. Además, incluyen la evaluación de la fuerza de agarre para identificar sarcopenia y fragilidad, diferenciando entre bajo IMC con o sin malnutrición⁴⁵.

Tabla 3 Criterio Glim para el diagnóstico de la nutrición

Criterios fenotípicos			Criterios etiológicos	
Bajo IMC	Pérdida de peso involuntaria	Reducción de masa muscular	Reducción de ingesta de alimentos o asimilación	Inflamación
<20 si <70 años o <22 si >70 años. Asia: <18,5 si >70 años o <20 si >70	>5% en los últimos 6 meses o >10% en más de 6 meses	Por técnicas de medición validadas de composición corporal	<=50% del requerimiento energético >1 sem, o cualquier reducción >2 semanas, o cualquier condición crónica del tracto GI que afecte a la absorción.	En presencia de enfermedad aguda/injuria en presencia de enfermedad crónica

Fuente: Huo et al.⁴⁵.

4.2.7. Cribado o screening nutricional

El cribado nutricional es un proceso sistemático para identificar a pacientes en riesgo de desnutrición, permitiendo intervenciones oportunas. Se realiza mediante herramientas simples, rápidas y económicas que clasifican el nivel de riesgo nutricional. Este procedimiento es fundamental en entornos clínicos, como hospitales y consultas externas, ya que una detección temprana puede mejorar significativamente la evolución del paciente⁴⁶.

Las herramientas de cribado están diseñadas para cada población y pueden ser aplicadas por enfermeros u otros profesionales capacitados. A diferencia de una evaluación nutricional completa, que incluye antecedentes de salud, ingesta dietética y mediciones antropométricas, el cribado permite una identificación preliminar del riesgo. Su aplicación es clave en pacientes con enfermedades crónicas o en rehabilitación, ya que la desnutrición en estos casos se asocia con mayor morbilidad, estancias hospitalarias prolongadas y mayor mortalidad⁴⁷.

- **4.2.7.1. Malnutrition Screening Tool (MST)**

El MST por sus siglas en inglés, fue creado como un valioso instrumento, aprobado para detectar el riesgo de desnutrición en la población adulta dentro su estancia en un hospital y/o en atención médica. Ferguson y sus colaboradores fueron quienes desarrollaron esta herramienta, y su utilización se incluye en cuidados agudos, rehabilitación, atención ambulatoria y clínicas oncológicas. En los países donde la utilizan y validan, han demostrado una confiabilidad moderada entre evaluadores y la buena capacidad para identificar riesgo de desnutrición⁴⁸.

Este instrumento consta de dos preguntas enfocadas en la pérdida de peso no intencional reciente y la disminución del apetito. Debido a su simplicidad y efectividad, la Academia de Nutrición y Dietética lo recomienda para evaluar el estado nutricional en adultos, independientemente de su historial médico o el entorno en el que se encuentren. Su alta especificidad permite excluir a quienes no presentan desnutrición, aunque su sensibilidad puede verse reducida en poblaciones específicas, como los pacientes en hemodiálisis⁴⁸.

La aplicación y estandarización del cribado MST por parte de los nutricionistas y personal médico, facilita la valoración del riesgo nutricional. Aunque se ha evidenciado que es necesario utilizarlo de manera combinada con otros métodos en los casos de evaluaciones más sensibles o poblaciones como los adultos mayores hospitalizados, en los cuales se requiere mayor precisión⁴⁹.

Para la clasificación del estado nutricional, el Malnutrition Screening Tool (MST) establece un enfoque basado en puntuaciones, identificando a los pacientes en riesgo de desnutrición con una puntuación igual o superior a 2. Esta herramienta ha sido utilizada en auditorías nutricionales como el NutritionDay (nDay), donde la evaluación del riesgo se basa en la pérdida de peso no intencional y la disminución del apetito. Los pacientes que alcanzan este umbral requieren una valoración nutricional más detallada y la implementación de estrategias de intervención adecuadas para prevenir complicaciones asociadas a la desnutrición⁵⁰.

- **4.2.7.2. Encuesta Nutrition Day (NDAY)**

La herramienta internacional NDAY, más conocida como "nutrition Day", ayuda a valorar y optimizar el cuidado nutricional cuando es aplicada en pacientes de distintos ámbitos de salud, estos pueden ser hospitales, UCI (unidades de cuidados intensivos) y unidades de gerontología. La nutrition day es transversal, su aplicación es cada año, sistemáticamente junta datos de la situación nutricional de los pacientes, su ingesta dietética, apoyo nutricional brindado y factores ambientales influyentes⁵¹.

El proceso de la encuesta utiliza cuestionarios estandarizados disponibles en múltiples idiomas, lo que permite la recolección de datos exhaustivos en un único día del año. Se utiliza para realizar comparaciones y establecer puntos de referencia a nivel local, regional, nacional e internacional, brindando una visión clara sobre la prevalencia de la desnutrición relacionada con enfermedades. A lo largo de los años, nutritionDay ha recolectado información de una gran cantidad de pacientes en diversos países, destacando la problemática global de la desnutrición en los entornos sanitarios y la necesidad urgente de mejorar las prácticas de atención nutricional⁵¹.

La iniciativa ha evolucionado hacia la versión nutritionDay 2.0, que busca cerrar la brecha entre el conocimiento y la acción en la atención nutricional hospitalaria. Incluye indicadores de calidad y económicos, retroalimentación y planes de acción personalizados para mejorar la práctica clínica y los resultados en los pacientes. La Encuesta Nutrition Day ha sido fundamental en la sensibilización sobre la desnutrición hospitalaria, promoviendo la optimización de la atención nutricional y de las estructuras relacionadas, convirtiéndose así en una herramienta esencial para la detección y manejo de la desnutrición en pacientes hospitalizados⁵².

- **4.2.7.3. Nutrition Day en Ecuador**

El NutritionDay en Ecuador ha permitido obtener una visión más clara sobre la situación nutricional de los pacientes hospitalizados en el país. A través de esta auditoría internacional, se han analizado datos de instituciones de salud, como un hospital en Guayaquil, donde se evidenció que la desnutrición hospitalaria sigue siendo un problema significativo. Durante los años 2019 y 2020, se observó que más de la mitad de los pacientes evaluados presentaban pérdida de peso involuntaria, lo que resalta la necesidad de mejorar la atención nutricional dentro de los hospitales⁵³.

Este estudio arrojó diversos resultados y logros en la intervención nutricional, tales como aumento en la implementación de dietas especiales junto a otras medidas para fortalecer la alimentación en los pacientes. A pesar de los esfuerzos, se nota que aún existen carencias, falta de profesionales de nutrición que conformen el personal multidisciplinario y ausencia de un protocolo para el tamizaje nutricional. Estas variables se presentan como limitantes en la detección oportuna de la desnutrición y la aplicación de intervenciones apropiadas⁵³.

El NDAY ha mostrado ser un instrumento necesario al analizar áreas que deben mejorar las instituciones hospitalarias y valora la intervención nutricional. No obstante, los resultados destacan la importancia de establecer estrategias de detección y atención nutricional dentro de los hospitales del país. La implementación de medidas, como la obligatoriedad de tener un nutricionista en el equipo multidisciplinario de la salud y la estandarización de protocolos con evidencia

científica, para disminuir el porcentaje de pacientes con riesgo de desnutrición y mejorar su rehabilitación⁵³.

4.2.8. Factores de riesgo para la desnutrición en pacientes hospitalizados

Los factores de riesgo para la desnutrición en pacientes hospitalizados abarcan diversos aspectos generales y sociodemográficos, entre ellos la edad avanzada, el sexo femenino, el estado nutricional durante su hospitalización, la pérdida de apetito, la pérdida de peso involuntaria, pueden limitar el acceso a una alimentación adecuada antes y durante la hospitalización. Dentro de las condiciones médicas y funcionales, se incluyen enfermedades como la coronaria, pulmonar obstructiva crónica, vascular cerebral, diabetes mellitus, hipertensión arterial, artritis y anemia⁵⁴.

Uno de los factores de riesgo es la dependencia en al menos una actividad básica de la vida diaria, la presencia de síntomas depresivos, un índice de masa corporal menor a 18.5 o mayor a 25, el uso de terapia de reemplazo hormonal y una hospitalización reciente⁵⁴.

Por otro lado, ciertos hábitos y antecedentes médicos también contribuyen al riesgo de desnutrición. En cuanto a los estilos de vida, el tabaquismo es un factor relevante. La presencia de enfermedades crónicas como enfermedad coronaria, pulmonar obstructiva crónica, vascular cerebral, diabetes mellitus, hipertensión arterial y artritis agrava la situación nutricional. Un historial de pérdida de peso no explicada y los síntomas depresivos aumentan la vulnerabilidad del paciente. Además, una baja autopercepción de salud y el deterioro cognitivo contribuyen a la desnutrición hospitalaria⁵⁴.

Los factores riesgo de desnutrición hospitalaria se los puede agrupar, para su análisis y mayor comprensión en factores biológicos, factores clínicos y apoyo nutricional. Los factores biológicos – individuales, como la edad, influyen en el grado de desnutrición cuando la persona es hospitaliza. A mayor edad, mayor es el riesgo de desnutrición y mortalidad. Hay otros factores como el sexo, la pérdida de peso involuntaria, disminución de la ingesta de alimentos, cantidad de ingesta de alimentos, razones para no ingerir toda la comida, el estado nutricional por índice de masa muscular (IMC)

tanto con bajo peso como sobrepeso es un factor que incide en las complicaciones hospitalarias y el estado anímico hace vulnerable al paciente⁵⁵.

Los factores clínicos predisponen al paciente a un mayor riesgo de desnutrición y por ende a más complicaciones y aumento del tiempo de hospitalización. Dentro de estos factores están la condición física del paciente hospitalizado, el estado de hidratación, el tipo de alimentación, la capacidad de caminar/movilidad y la satisfacción de la dieta. Dentro de los factores de apoyo nutricional encontramos la ingesta alimentaria, el tratamiento de nutrición especial, el registro de ingesta alimentaria, registro del plan nutricional, determinación de requerimientos calórico-proteico y brindar información sobre el estado nutricional al paciente⁵⁶.

Estos factores son importantes ya que la reducción de la ingesta alimentaria y el poco aporte calórico-proteico es una complicación que hace padecer de desnutrición y bajo peso al paciente y prolonga su estancia hospitalaria; con el apoyo nutricional se favorece una adecuada ingesta alimentaria, que él paciente pueda cubrir sus requerimientos calórico-proteico, con ello tenga una rápida recuperación, disminuya las complicaciones y el tiempo de estancia hospitalaria⁵⁷.

5. IDENTIFICACIÓN Y CLASIFICACIÓN DE VARIABLES

5.1. Variables

5.1.1. Variables del estudio

- Riesgo de desnutrición
- Factores biológicos/individuales
- Estado nutricional mediante indicadores antropométricos
- Factores psicológicos
- Determinar factores clínicos
- Apoyo nutricional

5.2. Operacionalización de variables

Tabla 4 Operacionalización de variables

Variable	Definición conceptual	Dimensión	Indicador
Riesgo de desnutrición	Probabilidad de desarrollar desnutrición por ingesta insuficiente, enfermedades o mala absorción.	Factores de riesgo considerados en el MST: <ul style="list-style-type: none"> ● Pérdida de peso, ● Cantidad de peso perdido, en kilos, ● Disminución de ingesta de alimentos. PUNTUACION MST: <ul style="list-style-type: none"> ● SIN RIESGO ● EN RIESGO DE DESNUTRICIÓN 	1.- Puntuación de pérdida de peso 1.1 ¿Ha perdido peso de manera involuntaria recientemente? ● No _____ 0 ● Si _____ 2 1.2 Perdido peso, ¿cuántos kg? ● 1 - 5 kg _____ 1 ● 5 -10kg _____ 2 ● 11 - 15 kg _____ 3 ● > 15 _____ 4 ● No estoy seguro __ 2
			2.- Puntuación por disminución de ingesta de alimentos. ¿Ha comido menos de lo normal a causa de la disminución del apetito? ● No _____ 0 Sí _____ 1
			Sumar los items 1.1, 1.2 y 2
			Riesgo de desnutrición según puntuación de MST Suma de puntos de: 0 – 2 ___ Sin riesgo >2 _ Con riesgo de desnutrición
Factores biológicos/ individuales	Características propias de cada persona, que pueden influir en su estado de salud y nutrición.	Edad: (Según el MSP)	20 a 64 años __Adultos
		Sexo	Sexo ● Masculino ● Femenino
		Pérdida de peso	Pérdida de peso ● Si ● No ● Sí, intencionalmente ● Sí, sin querer ● No, mi peso se mantuvo igual ● No, subí de peso No lo sé
		Pérdida de peso en Kilos	Kilos perdidos ● 1 - 5 kg

			<ul style="list-style-type: none"> ● 5 -10kg ● 11 - 15 kg ● > 15 No estoy seguro
		Disminución de la Ingesta de alimentos	<ul style="list-style-type: none"> ● Sí ● No
		Cantidad de Ingesta de alimentos	Cantidad ingerida en la comida principal <ul style="list-style-type: none"> ● Casi todo ● ½ plato ● ¼ plato ● Nada
		Razón para no ingerir toda la comida	<ul style="list-style-type: none"> ● No me gustó el tipo de comida ofrecida ● No me gustó el olor/sabor de la comida ofrecida
			<ul style="list-style-type: none"> ● Estaba demasiado caliente/fría Debido a alergia/intolerancia ● No tenía hambre ● Problemas para deglutir o masticar ● Normalmente como menos ● Náuseas/vómitos ● Cansancio ● Ayuno por examen o procedimiento ● No se le permite comer
		Estado nutricional por índice de masa corporal (IMC).	<ul style="list-style-type: none"> ● 17-18.49 (bajo peso) ● 18.5-24.9 (normal) ● 25-29.9 (sobrepeso) ● >=30 (obesidad)
		Peso en kg / talla 2	
		Estado anímico del paciente al momento de la evaluación nutricional.	<ul style="list-style-type: none"> ● Más fuerte que el día de ingreso ● Igual que el día de ingreso ● Más débil que el día de ingreso
Factores clínicos	Enfermedades o condiciones médicas que afectan la nutrición y absorción de alimentos.	Condición física del paciente hospitalizado	<ul style="list-style-type: none"> ● Ambulatorio ● Encamado
		Estado de hidratación	<ul style="list-style-type: none"> ● Normal ● Sobrehidratado ● Deshidratado
		Tipo de Alimentación	<ul style="list-style-type: none"> ● Oral ● Enteral ● Parenteral
		Capacidad de caminar/movilidad.	<ul style="list-style-type: none"> ● Sí, con la ayuda de alguien ● Sí, con bastón, silla de ruedas, o muletas ● Sí No, tengo una silla de ruedas ● No, estoy en cama.

		Satisfacción de la dieta hospitalaria.	<ul style="list-style-type: none"> ● Muy satisfecho ● Algo satisfecho ● Neutral ● No satisfecho ● Muy poco satisfecho
Apoyo nutricional	Estrategias para mejorar la ingesta de nutrientes, como suplementos o dietas especiales.	Ingesta alimentaria	<ul style="list-style-type: none"> ● Dieta especial más suplemento ● Menú normal del hospital más suplemento ● Menú del hospital ● Dieta especial ● Suplementos proteicos/energéticos ● Menú del hospital fortificado/enriquecido
		Recibió tratamiento de nutrición especial	<ul style="list-style-type: none"> ● Si ● No ● No lo sé
		Registro de la ingesta alimentaria	<ul style="list-style-type: none"> ● No ● Si
		Registro del plan nutricional	<ul style="list-style-type: none"> ● Si ● No ● No lo sé
		Determinación de requerimientos calórico proteico	<ul style="list-style-type: none"> ● Si ● No ● No lo sé
		Se brindó información sobre el estado nutricional al paciente	<ul style="list-style-type: none"> ● Si ● No ● No lo sé

6. METODOLOGÍA

6.1. Diseño metodológico

El presente estudio es una investigación secundaria ya que utilizó los datos recopilados en la base de datos generada de la investigación del Nutritional Day, realizada en el Hospital de Especialidades Teodoro Maldonado Carbo en el 2024; el estudio consistió realizar una revisión y análisis estadístico de aspectos cuantitativos. La muestra del presente estudio estuvo conformada por cuarenta pacientes; el estudio original incluyó un número mayor de pacientes, pero se trabajó solo con cuarenta pacientes a quienes se pudo acceder a la información de la base de datos, debido a problemas técnicos hubo restricciones en el acceso a la información completa por lo que el análisis se realizó únicamente con los datos disponibles.

El estudio fue transversal, dado que se llevó a cabo en un solo día en el mes de noviembre de 2024, lo que permitió obtener una visión puntual del riesgo de desnutrición en ese periodo específico en la población del presente estudio⁵⁸.

6.2 Población y muestra de la investigación

Está conformada por 40 pacientes hospitalizados, tomados de la base de datos del Nutritional Day, 11 del área de medicina interna, 11 del área de oncología y 18 de otras áreas del Hospital.

6.3 Criterios de inclusión

El estudio de Nutritional Day consideró los siguientes criterios de inclusión:

- Pacientes mayores de 18 años.
- Pacientes hospitalizados en las áreas mencionadas en el día de la investigación en el mes de noviembre de 2024.
- Pacientes con consentimiento informado, o de representantes legales, que acepten participar en el estudio.

6.4 Criterios de exclusión

El estudio de Nutritional Day consideró los siguientes criterios de exclusión:

- Pacientes con enfermedades que impidan la participación en el estudio.
- Pacientes que se nieguen a participar en el estudio o cuyos tutores no brinden el consentimiento para su inclusión.

6.5 Técnicas e instrumentos de recolección de datos

6.5.1 Técnicas

Para la recolección de los datos del estudio se aplicó una encuesta a los pacientes hospitalizados la cual fue autoadministrada por los pacientes y con el apoyo de los internos de nutrición quienes fueron capacitados por el responsable del estudio del Nutritional Day. La encuesta consistió en preguntas estructuradas que favoreció la recolección de datos relevantes sobre el riesgo de desnutrición hospitalaria y los factores de riesgo asociados a la desnutrición hospitalaria.

6.5.2 Instrumentos

Se utilizó el cuestionario estandarizado del Nutrition Day, que incluye pruebas de detección sencillas para evaluar el riesgo nutricional de los pacientes. Este instrumento permitió recopilar datos relevantes de los aspectos clave del estado nutricional de manera sistemática y eficiente.

7. PROCEDIMIENTO

El registro de los datos recolectados fue de forma anónima y se ingresaron en una base de datos, en un programa de Microsoft Excel. El proceso comenzó con la organización de la información, donde se categorizaron los datos según variables relevantes, como edad, género y estado nutricional; luego se procedió a tabular los datos necesarios para obtener frecuencias y porcentajes que faciliten el análisis. Las representaciones estadísticas se generaron mediante gráficos y tablas, lo que permitió visualizar claramente el riesgo de desnutrición y los factores de riesgo en los pacientes hospitalizados.

8. PRESENTACIÓN DE RESULTADOS

El presente estudio se realizó en el hospital de especialidades Teodoro Maldonado Carbo, ubicado en la ciudad de Guayaquil, con el propósito de determinar el riesgo de desnutrición de los pacientes hospitalizados en las áreas de hospitalización de medicina interna, oncología y otras áreas que incluyen infectología, reumatología, cuidados paliativos y nefrología. La información analizada corresponde a 40 pacientes, de quienes se pudo acceder en la base de datos del estudio Nutritional Day 2024. Los resultados son los siguientes:

8.1. RIESGO DE DESNUTRICIÓN

8.1.1 DATOS PARA DETERMINAR EL RIESGO DE DESNUTRICIÓN

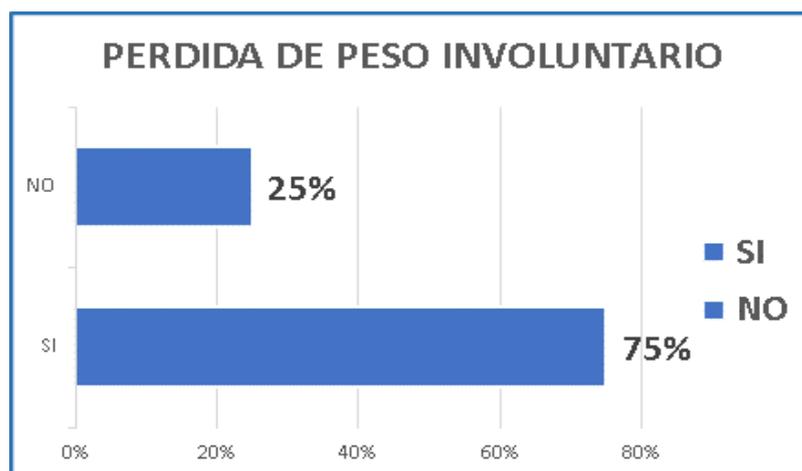
La valoración y detección del riesgo de desnutrición es un factor muy importante en la reducción de las complicaciones hospitalarias y que, en muchas ocasiones, pueden llegar a la muerte. El cribado nutricional es un método de fácil aplicación para identificar de manera rápida a las personas con problemas de desnutrición, y posterior a ello realizar una valoración más profunda en los pacientes con riesgo de desnutrición, y de ser necesario, establecer estrategias de recuperación y prevenir complicaciones en su salud. En el presente estudio la determinación del riesgo de desnutrición hospitalaria se hizo con el cribado del Malnutrition Screening Tool (MST), mediante el cual se analiza y valora los siguientes factores de riesgo: Pérdida de peso involuntario, pérdida de peso en kilogramos y disminución de ingesta de alimentos por pérdida de apetito.

Tabla 5 Pérdida de peso involuntario

RECIENTE PÉRDIDA DE PESO		
	#	%
SI	30	75
NO	10	25
TOTAL	40	100

FUENTE: Base de datos estudio nutritional day. **Elaborado por:** Albornoz Shayra, Flores María Fernanda. Egresadas de la CNYD de la UCSG.

GRÁFICO 1 Pérdida de peso



FUENTE: Base de datos estudio nutricional day. **Elaborado por:** Albornoz Shayra, Flores María Fernanda. Egresadas de la CNYD de la UCSG.

Pérdida de peso involuntario. – La pérdida de peso involuntario aumenta el riesgo de desnutrición hospitalaria y la posibilidad de complicaciones. En la tabla 5 y el gráfico 1, se observa que el 75% de los pacientes perdieron peso involuntariamente, siendo alto el porcentaje de pacientes que por este factor están expuestos al riesgo de desnutrición.

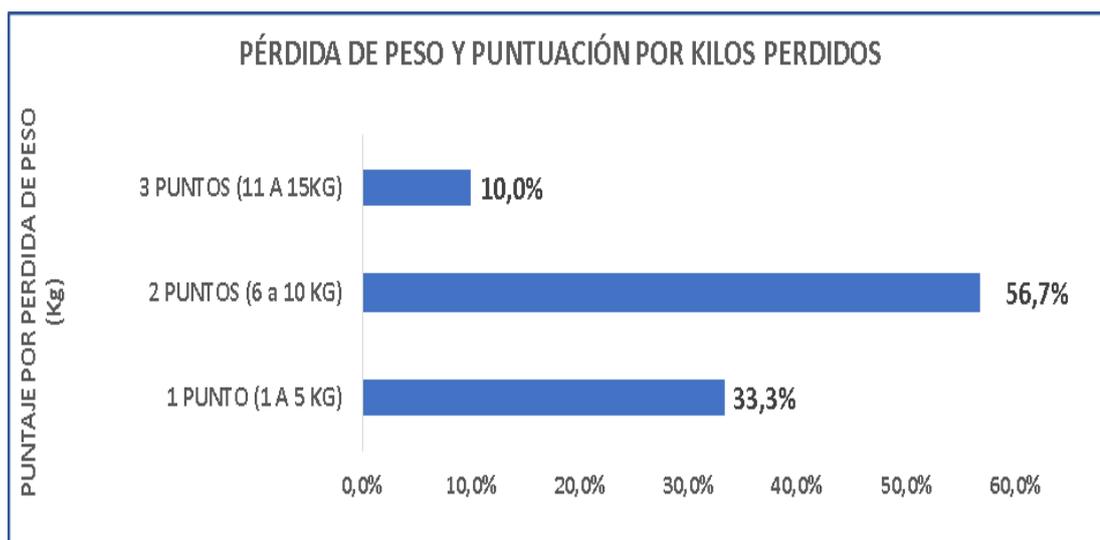
Tabla 6 Pérdida de peso y puntuación por kilos

PÉRDIDA DE PESO Y PUNTUACIÓN POR KILOS PERDIDOS

	#	%
1 PUNTO (1 A 5 KG)	10	33,3
2 PUNTOS (6 A 10 KG)	17	56,7
3 PUNTOS (11 A 15 KG)	3	10
TOTAL	30	100

FUENTE: Base de datos estudio nutricional day. **Elaborado por:** Albornoz Shayra, Flores María Fernanda. Egresadas de la CNYD de la UCSG.

GRÁFICO 2 Pérdida de peso y puntuación por kilos



FUENTE: Base de datos estudio nutritional day. **Elaborado por:** Albornoz Shayra, Flores María Fernanda. Egresadas de la CNYD de la UCSG.

En la tabla 6 y gráfico 2, se observa que más del 60% de los pacientes tienen aumentado el riesgo de complicaciones y desnutrición hospitalaria por pérdida de peso. Ningún paciente perdió más de 15 kg.

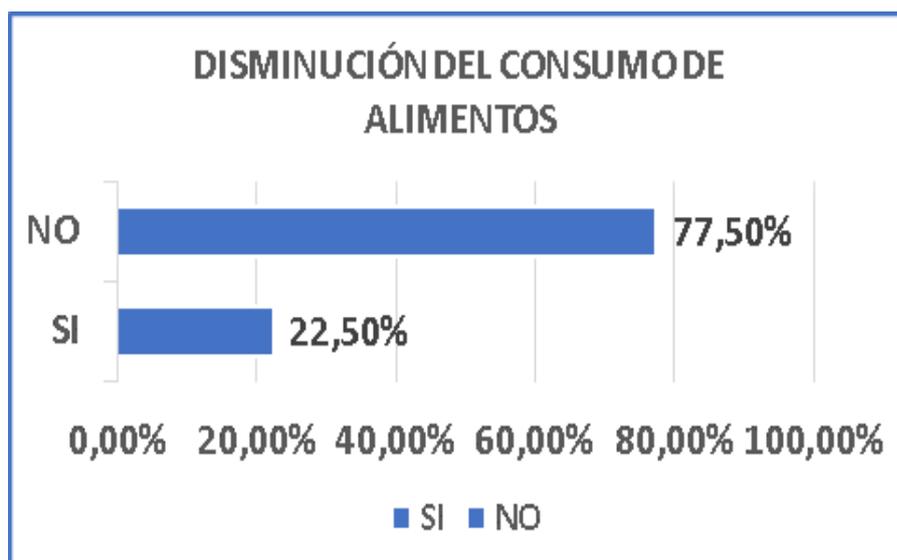
Tabla 7 Disminución del consumo de alimentos por pérdida de apetito

DISMINUCIÓN DEL CONSUMO DE ALIMENTOS POR PÉRDIDA DE APETITO

	#	%
SI	9	22,5
NO	31	77,5
TOTAL	40	100

FUENTE: Base de datos estudio nutritional day. **Elaborado por:** Albornoz Shayra, Flores María Fernanda. Egresadas de la CNYD de la UCSG.

GRÁFICO 3 Disminución del consumo de alimentos



FUENTE: Base de datos estudio nutritional day. **Elaborado por:** Albornoz Shayra, Flores María Fernanda. Egresadas de la CNYD de la UCSG.

En la tabla 7 y gráfico 3 se puede observar que el 22.5 %, de la muestra de estudio presentan riesgo de desnutrición por disminución de ingesta de alimentos.

8.1.2. PUNTAJE SEGÚN RIESGO DE DESNUTRICIÓN

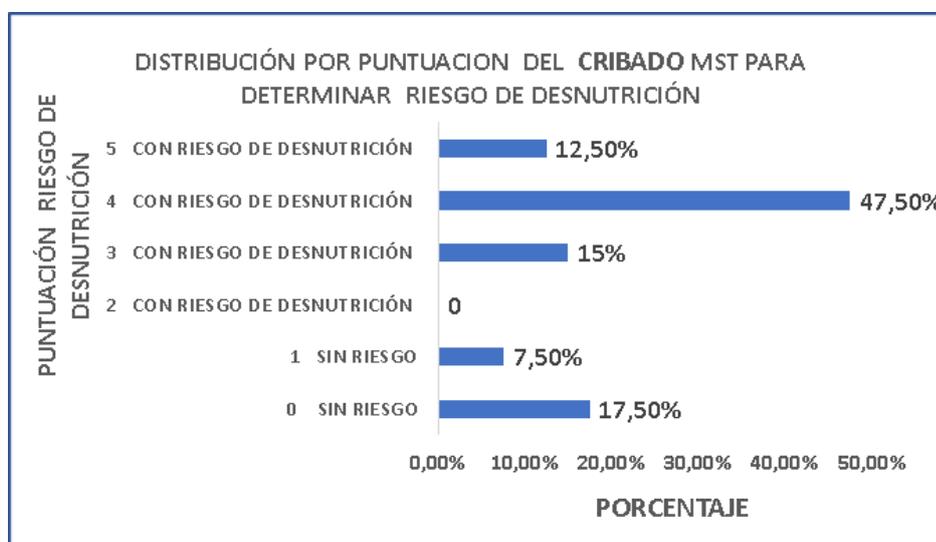
Para estimar el riesgo de desnutrición en el cribado de MST se suma todos los puntos de los ítems anteriores.

Tabla 8 Puntuación para determinar riesgo de desnutrición

PUNTUACIÓN SEGÚN RIESGO DE DESNUTRICIÓN		
	#	%
0 SIN RIESGO	7	17,5
1 SIN RIESGO	3	7,5
2 CON RIESGO DE DESNUTRICIÓN	0	0,0
3 CON RIESGO DE DESNUTRICIÓN	6	15,0
4 CON RIESGO DE DESNUTRICIÓN	19	47,5
5 CON RIESGO DE DESNUTRICIÓN	5	12,5
TOTAL	40	100,0

FUENTE: Base de datos estudio nutritional day. **Elaborado por:** Albornoz Shayra, Flores María Fernanda. Egresadas de la CNYD de la UCSG.

GRÁFICO 4 Puntuación para determinar riesgo de desnutrición



FUENTE: Base de datos estudio nutritional day. **Elaborado por:** Albornoz Shayra, Flores María Fernanda. Egresadas de la CNYD de la UCSG.

En la tabla 8 y gráfico 4, se puede observar que el 75% de los pacientes presenta un alto puntaje para riesgo de desnutrición, lo que es muy preocupante.

8.1.3. DETERMINACIÓN DEL RIESGO SEGÚN PUNTAJE ALCANZADO

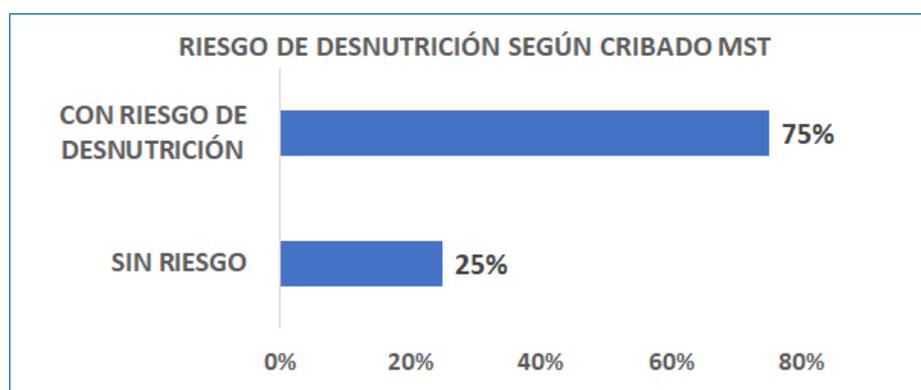
Diagnosticar a los pacientes que tienen riesgo de desnutrición ayuda al personal sanitario a tomar acciones que disminuyan las posibilidades de que sufran complicaciones en su salud y ayudarles a una pronta recuperación.

Tabla 9 Riesgo de desnutrición según cribado de MST

RIESGO DE DESNUTRICIÓN SEGÚN CRIBADO DE MST		
	#	%
SIN RIESGO	10	25
CON RIESGO DE DESNUTRICIÓN	30	75
TOTAL	40	100,0

FUENTE: Base de datos estudio nutritional day. **Elaborado por:** Albornoz Shayra, Flores María Fernanda. Egresadas de la CNYD de la UCSG.

GRÁFICO 5 Riesgo de desnutrición según cribado de MST



FUENTE: Base de datos estudio nutritional day. **Elaborado por:** Albornoz Shayra, Flores María Fernanda. Egresadas de la CNYD de la UCSG.

En el presente estudio se puede observar en la tabla 9 y el gráfico 5, que el 75 % de pacientes se les clasificó en la categoría “con riesgo de desnutrición”; siendo alto el porcentaje de presentar posibles complicaciones en su salud, a prolongar su estancia hospitalaria y posible desenlace en muerte.

8.1.4. RIESGO BIOLÓGICO/INDIVIDUAL

El riesgo biológico está relacionada a características biológicas del paciente como la edad, el sexo, estado nutricional, situación psicológica, estos factores aumentan los riesgos de desnutrición y sus complicaciones; un paciente obeso tiene un mayor riesgo de presentar otras enfermedades como hipertensión, diabetes, problemas renales; a mayor edad aumenta el tiempo de recuperación y por ende de estancia hospitalaria.

Tabla 10 Variables según edad

VARIABLE SEGÚN EDAD	
PACIENTE ADULTO	40
EDAD MÍNIMA	20 AÑOS
EDAD MÁXIMA	65
TOTAL	40

FUENTE: Base de datos estudio nutricional day. **Elaborado por:** Albornoz Shayra, Flores María Fernanda. Egresadas de la CNYD de la UCSG.

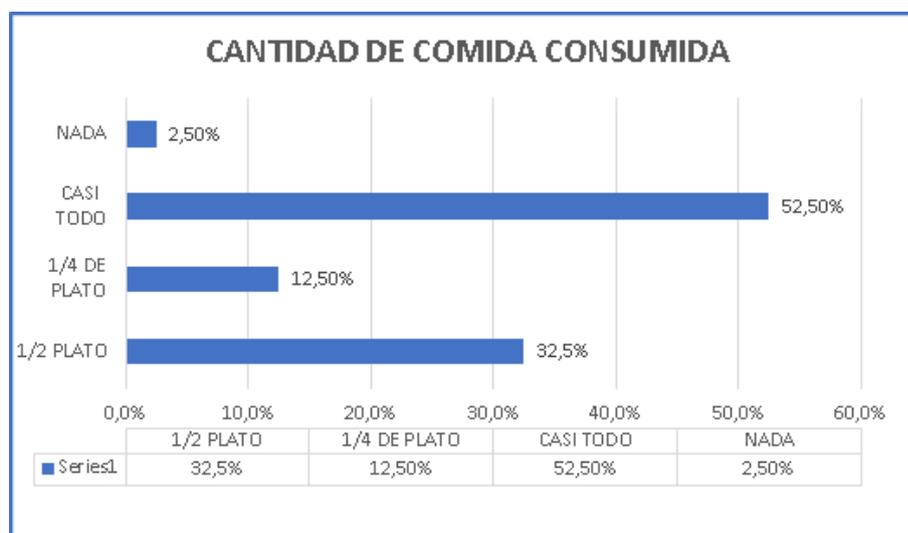
En el presente estudio, como se observa en la Tabla 10, la edad de los pacientes estaba en el rango de edad adulta.

Tabla 11 Comida consumida por el paciente

CANTIDAD DE COMIDA CONSUMIDA		
	#	%
½ PLATO	13	32,5
¼ PLATO	5	12,5
CASI TODO	21	52,5
NADA	1	2,5
TOTAL	40	100

FUENTE: Base de datos estudio nutricional day. **Elaborado por:** Albornoz Shayra, Flores María Fernanda. Egresadas de la CNYD de la UCSG.

GRÁFICO 6 Cantidad de comida consumida



FUENTE: Base de datos estudio nutricional day. **Elaborado por:** Albornoz Shayra, Flores María Fernanda. Egresadas de la CNYD de la UCSG.

En la tabla 11 y gráfico 6 se observa que el 47.5% que consumieron menos comida que la ofrecida, lo que indica un alto porcentaje de pacientes que no pueden cubrir sus requerimientos nutricionales, están en riesgo de deterioro de su estado nutricional y puede agravar su enfermedad.

Tabla 12 Razones por la que los pacientes comieron menos comida que la ofrecida

RAZONES PARA COMER MENOS

	#
NO LE GUSTO LA COMIDA	14
NO LE GUSTO EL OLOR/SABOR DE LA COMIDA	14
DEBIDO A ALERGIA/INTOLERANCIA	1
LA COMIDA ESTABA DEMASIADO FRÍA	6
NO TIENE HAMBRE A LA HORA DE LA COMIDA	6
TENGO MENOS APETITO QUE LO USUAL	5
TENGO PROBLEMAS AL TRAGAR / MASTICAR	3
NORMALMENTE COMO MENOS DE LO QUE ME SIRVEN	4
NÁUSEAS/VÓMITO	1
ESTABA DEMASIADO CANSADO	1
NO PUEDO COMER SIN AYUDA	1
NO LE PERMITÍAN COMER	0
POR UN PROCEDIMIENTO/EXÁMEN O CIRUGÍA NO PUDO COMER	0

FUENTE: Base de datos estudio nutricional day. **Elaborado por:** Albornoz Shayra, Flores María Fernanda. Egresadas de la CNYD de la UCSG.

GRÁFICO 7 Razones para comer menos



FUENTE: Base de datos estudio nutricional day. **Elaborado por:** Albornoz Shayra, Flores María Fernanda. Egresadas de la CNYD de la UCSG.

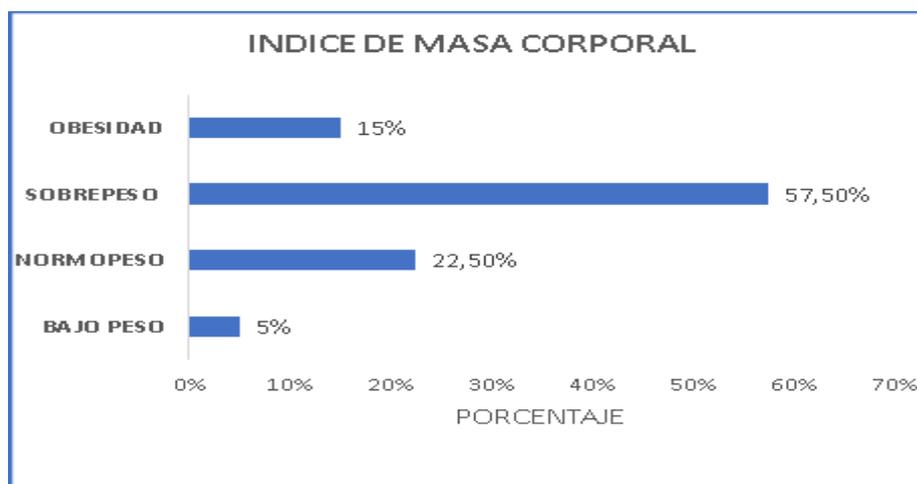
Este factor fue de selección de opciones múltiples. En la tabla 12 y gráfico 7 se observa que las opciones más seleccionadas son las que no les gusta el olor, sabor y el tipo de comida, seguido por que estaba muy fría o caliente la comida.

Tabla 13 Diagnóstico nutricional por indicar de IMC

DIAGNÓSTICO NUTRICIONAL SEGÚN INDICADOR DEL IMC		
	#	%
BAJO PESO	2	5
NORMOPESO	9	22,5
SOBREPESO	23	57,5
OBESIDAD	6	15
TOTAL	40	100

FUENTE: Base de datos estudio nutricional day. **Elaborado por:** Albornoz Shayra, Flores María Fernanda. Egresadas de la CNYD de la UCSG.

GRÁFICO 8 Índice de masa corporal



FUENTE: Base de datos estudio nutricional day. **Elaborado por:** Albornoz Shayra, Flores María Fernanda. Egresadas de la CNYD de la UCSG.

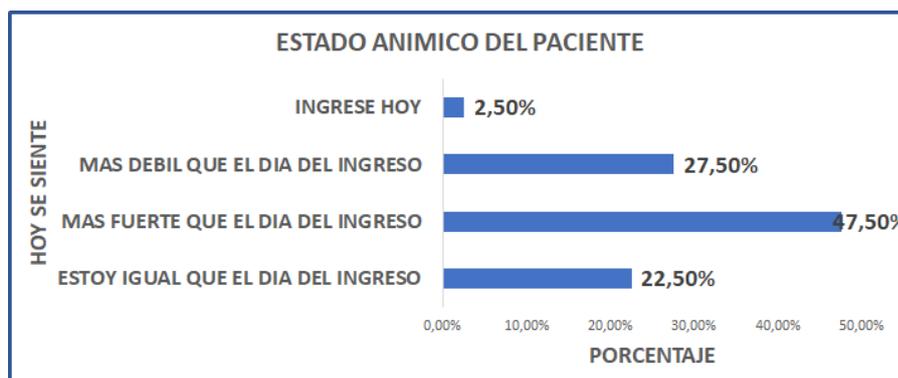
El 77,5 % tenía problemas de malnutrición, lo que les aumenta el riesgo de presentar complicaciones en su recuperación, aumento del tiempo de recuperación y su estancia hospitalaria; la distribución por categoría se puede observar en la tabla 13 y gráfico 8.

Tabla 14 Estado anímico del paciente

ESTADO ANÍMICO DEL PACIENTE		
	#	%
ESTOY IGUAL QUE EL DÍA DE INGRESO	9	22,5
MÁS FUERTE QUE EL DÍA DEL INGRESO	19	47,5
MÁS DÉBIL QUE EL DÍA DEL INGRESO	11	27,5
INGRESE HOY	1	2,5
TOTAL	40	100

FUENTE: Base de datos estudio nutricional day. **Elaborado por:** Albornoz Shayra, Flores María Fernanda. Egresadas de la CNYD de la UCSG.

GRÁFICO 9 Estado anímico del paciente



FUENTE: Base de datos estudio nutricional day. **Elaborado por:** Albornoz Shayra, Flores María Fernanda. Egresadas de la CNYD de la UCSG.

Se observa que el 27%, se encuentran más débiles que el día de su ingreso, lo que les aumenta el riesgo de desnutrición y complicaciones.

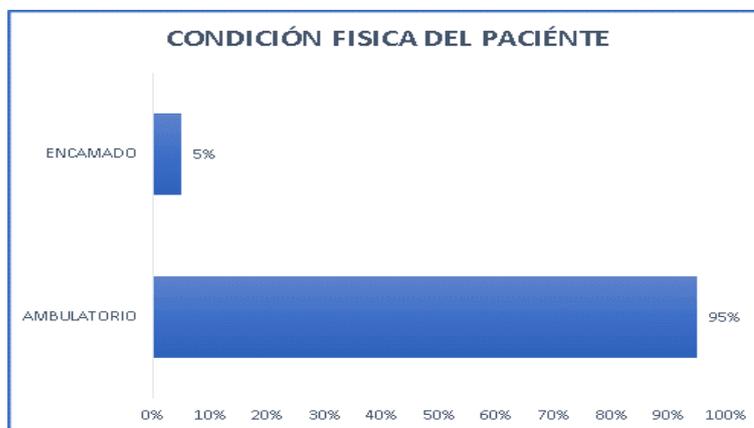
8.1.5. FACTORES CLÍNICOS

Tabla 15 Condición física del paciente

CONDICIÓN FÍSICA DEL PACIENTE		
	#	%
AMBULATORIO	38	95
ENCAMADO	2	5
TOTAL	40	100

FUENTE: Base de datos estudio nutricional day. **Elaborado por:** Albornoz Shayra, Flores María Fernanda. Egresadas de la CNYD de la UCSG.

GRÁFICO 10 Condición física del paciente



FUENTE: Base de datos estudio nutricional day. **Elaborado por:** Albornoz Shayra, Flores María Fernanda. Egresadas de la CNYD de la UCSG.

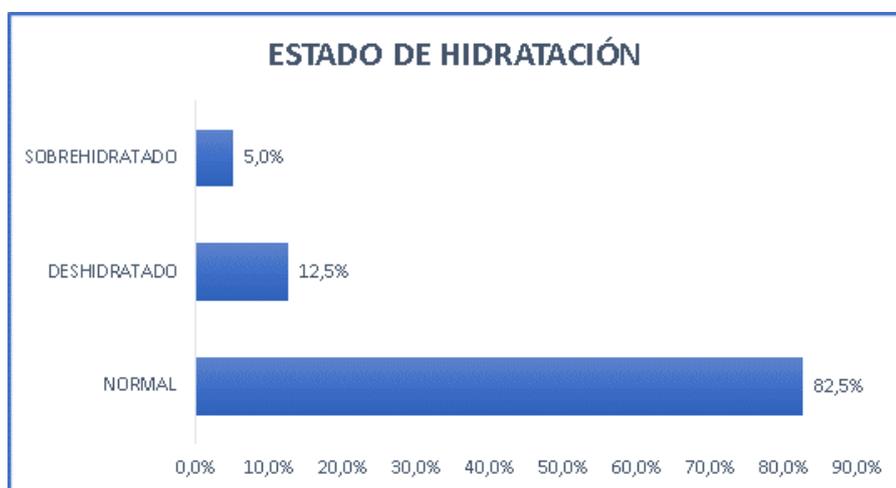
Al analizar la condición física del paciente, en la tabla 15 y gráfico 10, se observa que el 5 % estuvo encamado, siendo este factor muy bajo para el riesgo de desnutrición hospitalaria.

Tabla 16 Estado de hidratación

ESTADO DE HIDRATACIÓN		
	#	%
NORMAL	33	82,5
DESHIDRATADO	5	12,5
SOBREHIDRATADO	2	5
TOTAL	40	100

FUENTE: Base de datos estudio nutritional day. **Elaborado por:** Albornoz Shayra, Flores María Fernanda. Egresadas de la CNYD de la UCSG.

GRÁFICO 11 Estado de hidratación



FUENTE: Base de datos estudio nutritional day. **Elaborado por:** Albornoz Shayra, Flores María Fernanda. Egresadas de la CNYD de la UCSG.

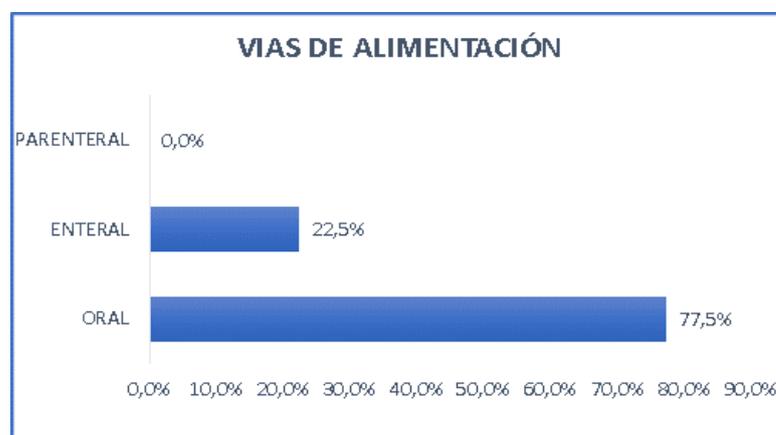
En la tabla 16 gráfico 11, se observa que un bajo porcentaje de pacientes, el 17%, presentan problemas de hidratación,

Tabla 17 Vías de alimentación

VÍAS DE ALIMENTACIÓN		
	#	%
ORAL	31	77,5
ENTERAL	9	22,5
PARENTERAL	0	0
TOTAL	40	100

FUENTE: Base de datos estudio nutricional day. **Elaborado por:** Albornoz Shayra, Flores María Fernanda. Egresadas de la CNYD de la UCSG.

GRÁFICO 12 Vías de alimentación



FUENTE: Base de datos estudio nutricional day. **Elaborado por:** Albornoz Shayra, Flores María Fernanda. Egresadas de la CNYD de la UCSG.

En la tabla 17 y gráfico 12 se observa que solo el 22.5% recibió alimentación por vía enteral, lo que indica que estos pacientes tienen problemas para una adecuada alimentación.

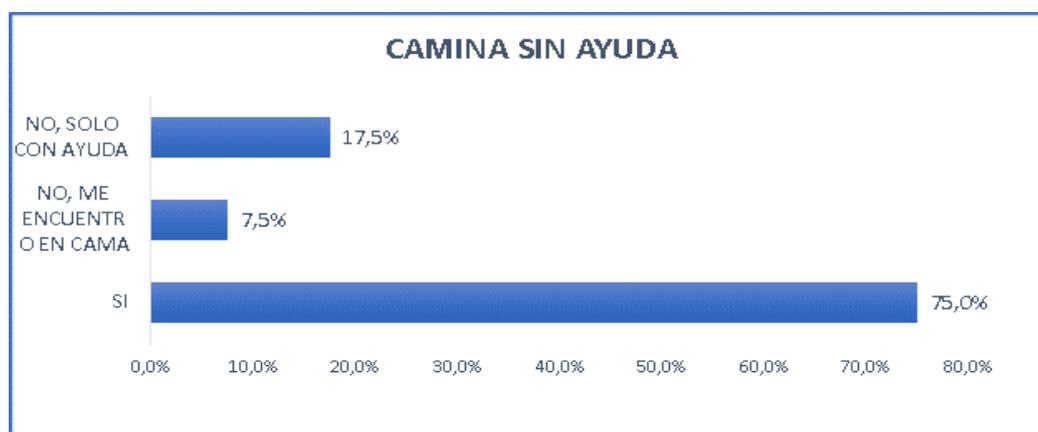
Tabla 18 Camina sin ayuda

CAMINA SIN AYUDA

	#	%
SI	30	75,0
NO, ME ENCUENTRO EN CAMA	3	7,5
NO, SOLO CON AYUDA	7	17,5
TOTAL	40	100

FUENTE: Base de datos estudio nutricional day. **Elaborado por:** Albornoz Shayra, Flores María Fernanda. Egresadas de la CNYD de la UCSG.

GRÁFICO 13 Camina sin ayuda



FUENTE: Base de datos estudio nutricional day. **Elaborado por:** Albornoz Shayra, Flores María Fernanda. Egresadas de la CNYD de la UCSG.

En la tabla 18 y gráfico 13 se observa que el 25% presentan problemas de movilidad, lo que le pone en riesgo de pérdida de masa ósea, pérdida de masa muscular, disminución de la capacidad pulmonar, complicaciones cardiovasculares, gastrointestinales y urinarias.

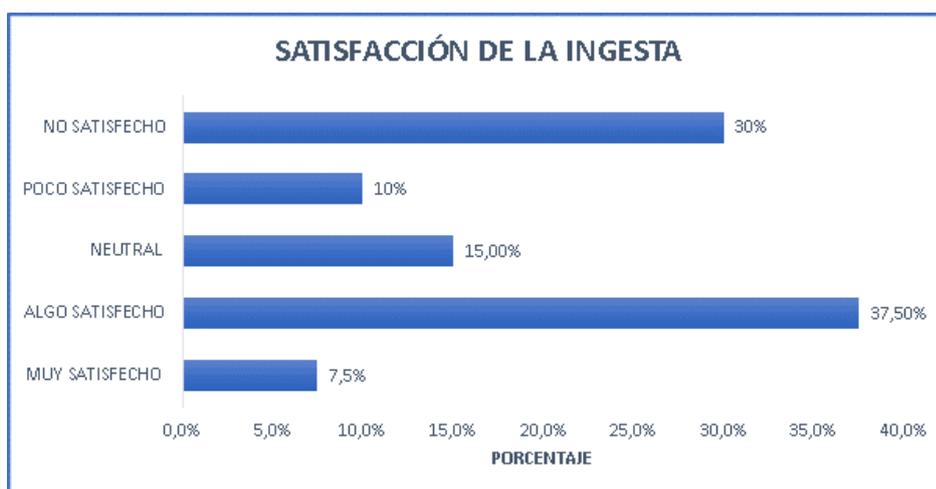
Tabla 19 Satisfacción de la ingesta

SATISFACCIÓN DE LA INGESTA

	#	%
MUY SATISFECHO	3	7,5
ALGO SATISFECHO	15	37,5
NEUTRAL	6	15
POCO SATISFECHO	4	10
NO SATISFECHO	12	30
TOTAL	40	100

FUENTE: Base de datos estudio nutricional day. **Elaborado por:** Albornoz Shayra, Flores María Fernanda. Egresadas de la CNYD de la UCSG.

GRÁFICO 14 Satisfacción del cliente



FUENTE: Base de datos estudio nutricional day. **Elaborado por:** Albornoz Shayra, Flores María Fernanda. Egresadas de la CNYD de la UCSG.

Las condiciones de salud de los pacientes determinan en cierto grado la satisfacción o no con la ingesta de alimentos y viceversa, la cual es importante para la recuperación de la salud y ayuda a cubrir los requerimientos nutricionales. En la tabla 19 y gráfico 14 se observa que el 40%, no estaba satisfecho con la ingesta de los alimentos, lo que

les pone en riesgo de disminuir la ingesta de alimentos, aumenta el tiempo de recuperación y de estancia hospitalaria.

8.1.6. APOYO NUTRICIONAL

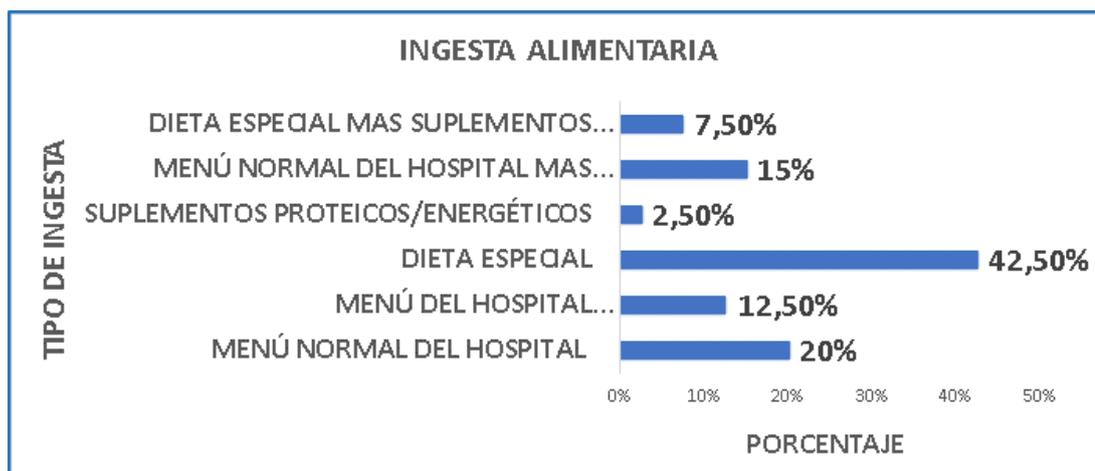
El apoyo nutricional es muy importante para la recuperación de los pacientes, les disminuye el riesgo de desnutrición, las posibilidades de complicaciones y el tiempo de estancia hospitalaria.

Tabla 20 Ingesta alimentaria

INGESTA ALIMENTARIA		
	#	%
Menú normal del hospital	8	20,0
Menú del hospital	5	12,5
Fortificado/enriquecida dieta especial	17	42,5
Suplementos proteicos/energéticos	1	2,5
Menú normal del hospital más suplementos proteicos y energéticos	6	15,0
Dieta especial más suplementos proteicos energéticos	3	7,5
TOTAL	40	100

FUENTE: Base de datos estudio nutritional day. **Elaborado por:** Albornoz Shayra, Flores María Fernanda. Egresadas de la CNYD de la UCSG.

GRÁFICO 15 Ingesta alimentaria



FUENTE: Base de datos estudio nutritional day. **Elaborado por:** Albornoz Shayra, Flores María Fernanda. Egresadas de la CNYD de la UCSG.

En la tabla 20 y gráfico 15, se observa que el 42,5 % recibió dieta especial, y el 22,5 %, a más de su alimentación recibió suplementos energéticos/proteicos, lo que refleja un alto porcentaje con apoyo para cubrir sus requerimientos nutricionales, lo que disminuye su riesgo de desnutrición, favorece una rápida recuperación y menos días de estancia hospitalaria.

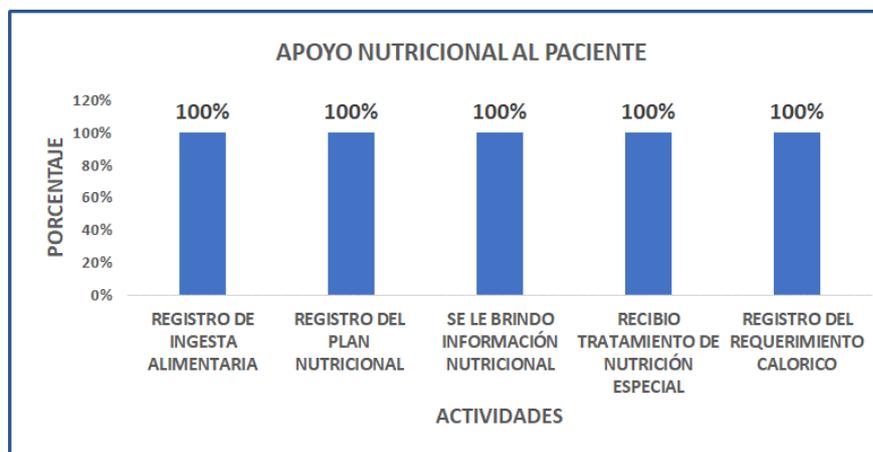
Tabla 21 Actividad de apoyo nutricional al paciente

ACTIVIDAD DE APOYO NUTRICIONAL AL PACIENTE

	#	%
Registro de ingesta alimentaria	40	100
Registro del plan nutricional	40	100
Se le brindó información nutricional	40	100
Recibió tratamiento de nutrición especial	40	100
Registro del requerimiento calórico	40	40

FUENTE: Base de datos estudio nutricional day. **Elaborado por:** Albornoz Shayra, Flores María Fernanda. Egresadas de la CNYD de la UCSG.

GRÁFICO 16 Apoyo nutricional del paciente



FUENTE: Base de datos estudio nutricional day. **Elaborado por:** Albornoz Shayra, Flores María Fernanda. Egresadas de la CNYD de la UCSG.

Las actividades de apoyo nutricional son muy importantes para la recuperación del paciente, en la tabla 21 y el gráfico 16 se observa que el 100%, recibieron apoyo nutricional durante su estancia hospitalaria, lo que contribuye a su pronta recuperación y disminución de su estancia hospitalaria.

9. CONCLUSIONES

El estudio permitió evidenciar que una proporción considerable de los pacientes atendidos en el Hospital Teodoro Maldonado Carbo presenta riesgo de desnutrición. La aplicación del MST de Nutrition Day se mostró como una herramienta útil, práctica y eficaz para la identificación temprana de pacientes en riesgo, lo que respalda su incorporación como parte importante del protocolo de ingreso hospitalario. Las conclusiones del presente estudio son las siguientes:

1. Al analizar el riesgo de desnutrición se encontró que de los 40 pacientes el 75% estaban en riesgo de desnutrición, este grupo de pacientes puede presentar complicaciones de salud lo que lleva a una estancia hospitalaria más prolongada, mayores costos en el sistema de salud y un incremento en el riesgo de mortalidad.
2. Respecto al análisis de los factores biológicos asociados al riesgo de desnutrición en pacientes hospitalizados, se observó que el 47% de pacientes no consumió todo su plato, el 57,5% tenían sobrepeso y el 5% tenía bajo peso, en relación con el estado anímico el 27,5% se sentían más débiles desde el día de su ingreso. Estos hallazgos reflejan una relación directa entre determinadas condiciones biológicas y el deterioro del estado nutricional.
3. En cuanto a la identificación de factores clínicos asociados al riesgo de desnutrición en pacientes hospitalizados, se evidenció que, el 25% de los pacientes estaban encamados, el 17,5% caminaban con ayuda, en relación con el estado de hidratación el 12,5% estaban deshidratados, el 22,5% recibieron su alimentación por vía enteral, y en relación con la satisfacción a la ingesta el 40% está insatisfecho. Por lo resultados se concluye que un alto porcentaje de pacientes está en riesgo de desnutrición.
4. En lo referente a la determinación del apoyo nutricional asociado al riesgo de desnutrición en pacientes hospitalizados, se constató que el 42,5% de los pacientes si recibieron un soporte nutricional adecuado según a sus necesidades, durante su estancia hospitalaria, también se evidenció que el 100% de los pacientes recibió apoyo nutricional por la situación evidenciada se puede concluir que los pacientes si reciben apoyo nutricional durante su estancia hospitalaria lo que favorece su recuperación.

10. RECOMENDACIONES

1. Mantener un sistema de evaluación nutricional temprana y periódica para todos los pacientes hospitalizados, sobre todo durante los primeros días de ingreso, para detectar tempranamente los pacientes con riesgo de desnutrición.
2. Realizar el monitoreo del consumo alimentario, brindar especial atención a los pacientes que no consumen su comida completa, que tienen sobrepeso o bajo peso, y que manifiestan debilidad general. Esto ayudará al apoyo brindado a los pacientes para que mejoren el consumo de los alimentos y su condición nutricional.
3. Mantener un equipo multidisciplinarios que incluyan a los médicos, nutricionistas, enfermeros, para que aborden y atiendan todos los factores clínicos relacionados al riesgo de desnutrición.
4. Asegurar el soporte nutricional que se brinda a los pacientes hospitalizados y que sea ajustado a sus necesidades, establecer una atención basada en protocolos estandarizados y con evidencia científica, para favorecer la recuperación de la salud de los pacientes.

11. REFERENCIAS

1. Barcus GC, Papathakis PC, Schaffner A, Chimera B. Nutrition Screening, Reported Dietary Intake, Hospital Foods, and Malnutrition in Critical Care Patients in Malawi. *Nutrients*. 2021;13(4). doi:10.3390/nu13041170
2. Cass AR, Charlton KE. Prevalence of hospital-acquired malnutrition and modifiable determinants of nutritional deterioration during inpatient admissions: A systematic review of the evidence. *J Hum Nutr Diet Off J Br Diet Assoc*. 2022;35(6). doi:10.1111/jhn.13009
3. Riviaty N, Indra B. Relationship between muscle mass and muscle strength with physical performance in older adults: A systematic review. *SAGE Open Med*. 2023;11. doi:10.1177/20503121231214650
4. Paranhos Amorim DN, Nascimento D da C, Stone W, Alves VP, Coelho Vilaça e Silva KH. Body composition and functional performance of older adults. *Osteoporos Sarcopenia*. 2022;8(2):86-91. doi:10.1016/j.afos.2022.04.002
5. Shakhshir M, Alkaiyat A. Healthcare providers' knowledge, attitude, and practice on quality of nutrition care in hospitals from a developing country: a multicenter experience. *J Health Popul Nutr*. 2023;42(1). doi:10.1186/s41043-023-00355-9
6. Guan X, Chen D, Xu Y. Clinical practice guidelines for nutritional assessment and monitoring of adult ICU patients in China. *J Intensive Med*. 2024;4(2). doi:10.1016/j.jointm.2023.12.002
7. Bellanti F, lo Buglio A, Quiete S, Vendemiale G. Malnutrition in Hospitalized Old Patients: Screening and Diagnosis, Clinical Outcomes, and Management. *Nutrients*. 2022;14(4). doi:10.3390/nu14040910
8. Botero L, Young AM, Banks MD, Bauer J. Incidence and criteria used in the diagnosis of hospital-acquired malnutrition in adults: a systematic review and pooled incidence analysis. *Eur J Clin Nutr*. 2023;77(1). doi:10.1038/s41430-022-01141-2
9. Chimera-Khombe B, Barcus G, Schaffner A, Papathakis P. High prevalence, low identification and screening tools of hospital malnutrition

- in critically- ill patients in Malawi. *Eur J Clin Nutr.* 2022;76(8). doi:10.1038/s41430-022-01087-5
10. Waitzberg D, Ravacci G, Raslan M. Desnutrición hospitalaria. *Nutrición hospitalaria.* 2021;26(2):254-264. <https://www.nutricionhospitalaria.org/articles/H0035/show>
 11. Reyes LM, García-Moreno RM, López-Plaza B, Milla SP. Prevalence, Risk Factors, and Clinical Management of Disease-Related Malnutrition in Hospitalized Patients: A Descriptive Analysis Using GLIM and SGA Criteria. *Nutrients.* 2024;16(23). doi:10.3390/nu16234099
 12. Lengfelder L, Mahlke S, Moore L, Zhang X, Williams G, Lee J. Prevalence and impact of malnutrition on length of stay, readmission, and discharge destination. *JPEN J Parenter Enteral Nutr.* 2022;46(6). doi:10.1002/jpen.2322
 13. Correia MITD, Perman MI, Pradelli L, Omaralsaleh AJ, Waitzberg DL. Economic burden of hospital malnutrition and the cost–benefit of supplemental parenteral nutrition in critically ill patients in Latin America. *J Med Econ.* 2020;21(11). doi:10.1080/13696998.2018.1500371
 14. Cortina M, Delledonne AE, Gonella RD, et al. Desnutrición al ingreso hospitalario y estancia prolongada en un hospital público de la Provincia de Buenos Aires. *Diaeta.* 2022;40(177). Accessed January 17, 2025. https://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S1852-73372022000100067&lng=es&nrm=iso&tlng=es
 15. Olivares MDSJ, Esparza MCDL, González AS, et al. Prevalencia del riesgo de desnutrición en pacientes del servicio de medicina interna de un hospital mexicano: resultados de la encuesta nutritionDay 2021. *Rev Nutr Clínica Metab.* 2022;5(2). doi:10.35454/rncm.v5n2.410
 16. Molina Soria JB, Lobo Támer G, Pérez de la Cruz AJ, Ruiz-López MD. Prevalencia de desnutrición al ingreso en un hospital general básico. *Nutr Hosp.* 2017;34(6). doi:10.20960/nh.1133
 17. Flores Ge, Santos L, Flores C, Capcha J, Lingán Y. Factores de riesgo de la desnutrición hospitalaria y mortalidad en pacientes hospitalizados: Una revisión sistemática, periodo 2018-2023 | *RClimatol.* 2024;24. doi:10.59427/rcli/2024/v24cs.714-721

18. González J, Ramos W, Puentes A, Portela C. Prevalencia de la desnutrición hospitalaria en los hospitales “Abel Santamaría” y “León Cuervo Rubio.” *Rev Cuba Aliment Nutr.* 2021;17(1). Accessed January 29, 2025. <https://revalnutricion.sld.cu/index.php/rcan/article/view/1151>
19. Correia MITD, Sulo S, Brunton C, et al. Prevalence of malnutrition risk and its association with mortality: nutritionDay Latin America survey results. *Clin Nutr Edinb Scotl.* 2021;40(9). doi:10.1016/j.clnu.2021.07.023
20. Cortaza JG, Verdesoto SP, Vilema FO, Morante LT. Riesgo de desnutrición en pacientes hospitalizados en el hospital universitario de Guayaquil. *RECIMUNDO.* 2018;2(2):105-117. doi:10.26820/recimundo/2.(2).2018.105-117
21. Cano Megías M, Alfaro Martínez JJ, Fernández de Bobadilla Pascual B, Bellerive G, García Manzanares Vázquez de Agredos Á, Álvarez de Frutos V. Prevalencia de riesgo de desnutrición en pacientes hospitalizados en Castilla-La Mancha: diez años después del estudio PREDyCES®. *Endocrinol Diabetes Nutr.* 2023;70(7). doi:10.1016/j.endinu.2023.04.003
22. Reyes LM, García-Moreno RM, López-Plaza B, Milla SP. Prevalence, Risk Factors, and Clinical Management of Disease-Related Malnutrition in Hospitalized Patients: A Descriptive Analysis Using GLIM and SGA Criteria. *Nutrients.* 2024;16(23). doi:10.3390/nu16234099
23. Borkent JW, Van Hout HPJ, Feskens EJM, Naumann E, de van der Schueren MAE. Diseases, Health-Related Problems, and the Incidence of Malnutrition in Long-Term Care Facilities. *Int J Environ Res Public Health.* 2023;20(4). doi:10.3390/ijerph20043170
24. Böhne SEJ, Hiesmayr M, Sulz I, Tarantino S, Wirth R, Volkert D. Recent and current low food intake - prevalence and associated factors in hospital patients from different medical specialities. *Eur J Clin Nutr.* 2022;76(10). doi:10.1038/s41430-022-01129-y
25. Gebregziabher Z, Nane D, Dake SK, Handiso YH. Effect of malnutrition at admission on length of hospital stay among adult surgical patients in Wolaita Sodo University Comprehensive Specialized Hospital, South Ethiopia: prospective cohort study. *Front Nutr.* 2024;11. doi:10.3389/fnut.2024.1451463

26. Jiménez M, De Lira M, Sánchez A, Jara N, Gómez M, Salinas D. Prevalencia del riesgo de desnutrición en pacientes del servicio de medicina interna de un hospital mexicano: resultados de la encuesta nutritionDay 2021. *Rev Nutr Clínica Metab.* 2022;5(2). doi:10.35454/rncm.v5n2.410
27. Norman K, Haß U, Pirlich M. Malnutrition in Older Adults—Recent Advances and Remaining Challenges. *Nutrients.* 2021;13(8). doi:10.3390/nu13082764
28. Dipasquale V, Cucinotta U, Romano C. Acute Malnutrition in Children: Pathophysiology, Clinical Effects and Treatment. *Nutrients.* 2020;12(8). doi:10.3390/nu12082413
29. Madeira T, Severo M, Correia D, Lopes C, Gorjão Clara J. Nutritional intake and malnutrition in institutionalised and non-institutionalised older adults. *Br J Nutr.* 2022;128(5). doi:10.1017/S0007114521003925
30. Delarue J, Desport JC, Dubern B, et al. Diagnosing undernutrition children and adults: new French criteria. Why, for what and for whom? A joint statement of the French National Authority for Health and French Federation of Nutrition. *Br J Nutr.* 2022;127(5). doi:10.1017/S0007114521001471
31. Murnane LC, Forsyth AK, Koukounaras J, et al. Malnutrition defined by GLIM criteria identifies a higher incidence of malnutrition. *J Surg Oncol.* 2023;128(5). doi:10.1002/jso.27366
32. Schuetz P, Seres D, Lobo DN, Gomes F, Kaegi-Braun N, Stanga Z. Management of disease-related malnutrition for patients being treated in hospital. *Lancet Lond Engl.* 2021;398(10314). doi:10.1016/S0140-6736(21)01451-3
33. Reyes LM, García-Moreno RM, López-Plaza B, Milla SP. Prevalence, Risk Factors, and Clinical Management of Disease-Related Malnutrition in Hospitalized Patients: A Descriptive Analysis Using GLIM and SGA Criteria. *Nutrients.* 2024;16(23). doi:10.3390/nu16234099
34. Botero L, Young AM, Banks MD, Bauer J. Incidence and criteria used in the diagnosis of hospital-acquired malnutrition in adults: a systematic

- review and pooled incidence analysis. *Eur J Clin Nutr.* 2023;77(1). doi:10.1038/s41430-022-01141-2
35. Correia MITD, Sulo S, Brunton C, et al. Prevalence of malnutrition risk and its association with mortality: nutritionDay Latin America survey results. *Clin Nutr Edinb Scotl.* 2021;40(9). doi:10.1016/j.clnu.2021.07.023
36. Rousseau AF, Fadeur M, Colson C, Misset B. Measured Energy Expenditure Using Indirect Calorimetry in Post-Intensive Care Unit Hospitalized Survivors: A Comparison with Predictive Equations. *Nutrients.* 2022;14(19). doi:10.3390/nu14193981
37. Nakanishi N, Matsushima S, Tatsuno J, et al. Impact of Energy and Protein Delivery to Critically Ill Patients: A Systematic Review and Meta-Analysis of Randomized Controlled Trials. *Nutrients.* 2022;14(22). doi:10.3390/nu14224849
38. Compher C, Bingham AL, McCall M, et al. Guidelines for the provision of nutrition support therapy in the adult critically ill patient: The American Society for Parenteral and Enteral Nutrition. *JPEN J Parenter Enteral Nutr.* 2022;46(1). doi:10.1002/jpen.2267
39. van Ruijven IM, Abma J, Brunsveld-Reinders AH, et al. High protein provision of more than 1.2 g/kg improves muscle mass preservation and mortality in ICU patients: A systematic review and meta-analyses. *Clin Nutr Edinb Scotl.* 2023;42(12). doi:10.1016/j.clnu.2023.09.026
40. Han TS, Yeong K, Lisk R, Fluck D, Fry CH. Prevalence and consequences of malnutrition and malnourishment in older individuals admitted to hospital with a hip fracture. *Eur J Clin Nutr.* 2021;75(4). doi:10.1038/s41430-020-00774-5
41. Carretero Gómez J, Galeano Fernández TF, Vidal Ríos AS, et al. Malnutrition and sarcopenia worsen short- and long-term outcomes in internal medicine inpatients. *Postgrad Med J.* 2023;99(1168). doi:10.1093/postmj/qgad006
42. Schuetz P, Seres D, Lobo DN, Gomes F, Kaegi-Braun N, Stanga Z. Management of disease-related malnutrition for patients being treated in hospital. *Lancet Lond Engl.* 2021;398(10314). doi:10.1016/S0140-6736(21)01451-3

43. Cruz R, Herrera T. Guía de Procedimientos para la Consulta Nutricional en todo nivel de Atención. *Rev Espec Nutr ReNut.* 2020;7(3). Accessed February 2, 2025. <https://revistarenut.org/index.php/revista/article/view/208>
44. Lobatón E. Malnutrición hospitalaria: etiología y criterios para su diagnóstico y clasificación. *Rev Nutr Clínica Metab.* 2020;3(1). doi:10.35454/rncm.v3n1.019
45. Huo Z, Chong F, Yin L, Lu Z, Liu J, Xu H. Accuracy of the GLIM criteria for diagnosing malnutrition: A systematic review and meta-analysis. *Clin Nutr.* 2022;41(6). doi:10.1016/j.clnu.2022.04.005
46. Serón-Arbeloa C, Labarta-Monzón L, Puzo-Foncillas J, et al. Malnutrition Screening and Assessment. *Nutrients.* 2022;14(12). doi:10.3390/nu14122392
47. Skipper A, Coltman A, Tomesko J, et al. Reprint of: Position of the Academy of Nutrition and Dietetics: Malnutrition (Undernutrition) Screening Tools for All Adults. *J Acad Nutr Diet.* 2022;122(10S). doi:10.1016/j.jand.2022.07.013
48. Skipper A, Coltman A, Tomesko J, et al. Position of the Academy of Nutrition and Dietetics: Malnutrition (Undernutrition) Screening Tools for All Adults. *J Acad Nutr Diet.* 2020;120(4). doi:10.1016/j.jand.2019.09.011
49. Di Bella A, Croisier E, Blake C, Pelecanos A, Bauer J, Brown T. Assessing the Concurrent Validity and Interrater Reliability of Patient-Led Screening Using the Malnutrition Screening Tool in the Ambulatory Cancer Care Outpatient Setting. *J Acad Nutr Diet.* 2020;120(7). doi:10.1016/j.jand.2019.10.015
50. Olivares MDSJ, Esparza MCDL, González AS, et al. Prevalencia del riesgo de desnutrición en pacientes del servicio de medicina interna de un hospital mexicano: resultados de la encuesta nutritionDay 2021. *Rev Nutr Clínica Metab.* 2022;5(2). doi:10.35454/rncm.v5n2.410
51. Moick S, Hiesmayr M, Mouhieddine M, et al. Reducing the knowledge to action gap in hospital nutrition care - Developing and implementing nutritionDay 2.0. *Clin Nutr Edinb Scotl.* 2021;40(3). doi:10.1016/j.clnu.2020.06.021

52. Correia MITD, Sulo S, Brunton C, et al. Prevalence of malnutrition risk and its association with mortality: nutritionDay Latin America survey results. *Clin Nutr Edinb Scotl.* 2021;40(9). doi:10.1016/j.clnu.2021.07.023
53. Flores S, Jimenez A, Ordoñez C, Cucalon G. Experiencia del nutritionDay en Ecuador. *Rev Nutr Clínica Metab.* 2022;5(2). doi:10.35454/rncm.v5n2.402
54. IMSS. Prevención, Diagnóstico y Tratamiento del Síndrome de Fragilidad en el Anciano. *Instituto Mexicano del Seguro Social.* Published online 2021:10.
https://www.imss.gob.mx/sites/all/statics/guiasclinicas/479GRR_0.pdf
55. Folven KI, Biringer E, Nilsen RM, et al. Increased risk of rehospitalisation and death in older hospital patients at risk of malnutrition: A cohort study. *J Nutr Health Aging.* 2025;29(2). doi:10.1016/j.jnha.2024.100455
56. Ruiz-Rosso R, Moreno-Cámara S, Gutiérrez-Sánchez B, da-Silva-Domingues H, Del-Pino-Casado R, Palomino-Moral PÁ. Factors Influencing Nutritional Status in Hospitalized Individuals Aged 70 and Above. *Nutrients.* 2024;16(5). doi:10.3390/nu16050645
57. Flores Yallico GL, Santos Álvarez LA, Flores Yallico CP, Capcha Cóndor JC, Lingán Cano YG. Factores de riesgo de la desnutrición hospitalaria y mortalidad en pacientes hospitalizados: Una revisión sistemática, periodo 2018-2023. *Rev Climatol [Internet].* 2024;24:714–21. Disponible en: https://rclimatol.eu/wp-content/uploads/2024/01/Articulo-RCLIMCS24_0076-Genma.pdf
58. Maier C, Thatcher JB, Grover V, Dwivedi YK. Cross-sectional research: A critical perspective, use cases, and recommendations for IS research. *Int J Inf Manag.* 2023;70. doi:10.1016/j.ijinfomgt.2023.102625

12. ANEXOS

MALNUTRITION SCREENING TOOL

MALNUTRITION SCREENING TOOL (MST).

Se utiliza en pacientes hospitalizados y ambulatorios.
Valora el apetito y la pérdida de peso reciente.

- 1** ¿Ha perdido peso de manera involuntaria recientemente?
- | | |
|-----------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> No | 0 |
| <input type="checkbox"/> Sí | 2 |
- Si ha perdido peso
¿cuántos kilogramos?
- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> 1-5 kg | 1 |
| <input type="checkbox"/> 6-10 kg | 2 |
| <input type="checkbox"/> 11-15 kg | 3 |
| <input type="checkbox"/> > 15 kg | 4 |
| <input type="checkbox"/> No estoy seguro | 2 |

- 2** ¿Ha comido menos de lo normal a causa de disminución del apetito?
- | | |
|-----------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> No | 0 |
| <input type="checkbox"/> Sí | 1 |

MST = 0 o 1 sin riesgo
EVALUACIÓN PERIÓDICA

**MST ≥ 2 en riesgo
de desnutrición**
SOLICITAR VALORACIÓN NUTRICIONAL

CUESTIONARIO NUTRITION DAY

		nutritionDay en el Hospital Cuestionario HOJA DEL PACIENTE 3b		 
Fecha	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	Paciente Número	<input type="text"/>	
13a. Por favor indique qué cantidad ha comido en la comida principal que le ha sido ofrecida en el hospital el día HOY				
 casi todo <input type="radio"/>		 1/2 <input type="radio"/>		 1/4 <input type="radio"/>
 nada <input type="radio"/>		13b. La porción de la comida que solicitó el día de HOY era ... <input type="radio"/> Normal <input type="radio"/> Menor <input type="radio"/> Mayor <input type="radio"/> No sabe		
14. En general, ¿qué tan satisfecho está usted con la comida en el hospital? <input type="radio"/> Muy satisfecho <input type="radio"/> No satisfecho <input type="radio"/> Neutral <input type="radio"/> Algo satisfecho <input type="radio"/> Muy poco satisfecho <input type="radio"/> No sabe				
15. ¿Recibió usted alguna ayuda para comer hoy día? <input type="radio"/> Sí, por parte de familiares o amigos <input type="radio"/> Sí, por parte de personal hospitalario <input type="radio"/> No				
16. ¿Ha podido comer sin interrupciones en el día de hoy ? <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No				
17. En caso de no haber comido todo de su plato, por favor indíquenos por qué (marque todo lo que corresponda)				
<input type="checkbox"/> No me gustó el tipo de comida ofrecida <input type="checkbox"/> No me gustó el olor de la comida ofrecida <input type="checkbox"/> No me gustó el sabor de la comida ofrecida <input type="checkbox"/> La comida no respecta mis preferencias culturales/religiosas <input type="checkbox"/> La comida estaba demasiado caliente <input type="checkbox"/> La comida estaba demasiado fría <input type="checkbox"/> Debido a alergia/ intolerancia <input type="checkbox"/> No tenía hambre a la hora que fue ofrecida la comida <input type="checkbox"/> Tengo menos apetito de lo habitual		<input type="checkbox"/> Tengo problemas para tragar o masticar <input type="checkbox"/> Normalmente como menos de lo que me sirven <input type="checkbox"/> Tuve náuseas / vómito <input type="checkbox"/> Estaba demasiado cansado <input type="checkbox"/> No puedo comer sin ayuda <input type="checkbox"/> No se me permitía comer <input type="checkbox"/> Tuve una prueba, un procedimiento o una cirugía y no pude comer <input type="checkbox"/> No recibí la comida solicitada		
18. Agregue el número de vasos/tazas de bebidas que Ud consumió durante las últimas 24 horas				
<input type="text"/> Agua <input type="text"/> Té	<input type="text"/> Café <input type="text"/> Leche	<input type="text"/> Zumo de frutas <input type="text"/> Bebidas no alcohólicas	<input type="text"/> Suplemento nutricional oral <input type="text"/> Otro	
19a. ¿Comió usted alguna otra comida aparte de la ofrecida por el hospital en el día de hoy? <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No				
19b. En caso afirmativo, ¿qué comió?				
<input type="checkbox"/> Alimentos dulces <input type="checkbox"/> Alimentos salados		<input type="checkbox"/> Comida casera <input type="checkbox"/> Fruta		<input type="checkbox"/> Leche y derivados <input type="checkbox"/> Comida ordenada/ restaurante <input type="checkbox"/> Bocadillo <input type="checkbox"/> Otro
20. ¿Cómo ha cambiado su ingesta de alimentos desde que fue ingresado en el hospital ? <input type="radio"/> Aumentó <input type="radio"/> Disminuyó <input type="radio"/> Está igual <input type="radio"/> No sabe				
21. HOY me siento... <input type="radio"/> Más fuerte que en el día del ingreso <input type="radio"/> He ingresado hoy <input type="radio"/> Más débil que en el día del ingreso <input type="radio"/> No sabe <input type="radio"/> Estoy igual que en el día del ingreso				
22. ¿Puede caminar sin ayuda en el día de HOY? <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No, sólo con ayuda <input type="radio"/> No, me encuentro en la cama				
23. ¿Le han ayudado a llenar este cuestionario? <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No				
¡GRACIAS! por participar en el nutritionDay en el hospital. www.nutritionDay.org		2024 VI ESPAÑOL SPANISH CC BY-NC-ND		



**Presidencia
de la República
del Ecuador**



**Plan Nacional
de Ciencia, Tecnología,
Innovación y Saberes**



SENESCYT
Secretaría Nacional de Educación Superior,
Ciencia, Tecnología e Innovación

DECLARACIÓN Y AUTORIZACIÓN

Nosotras, **Albornoz Mosquera, Shayra Del Carmen**, con C.C: # **0803023209** y **Flores Montesdeoca, María Fernanda**, con C.C: # **0951364512** autoras del trabajo de titulación **Riesgo de desnutrición en pacientes hospitalizados del Hospital de Especialidades Teodoro Maldonado Carbo de Guayaquil en noviembre 2024** previo a la obtención del título de **Licenciada en Nutrición y Dietética** en la Universidad Católica de Santiago de Guayaquil.

1.- Declaramos tener pleno conocimiento de la obligación que tienen las instituciones de educación superior, de conformidad con el Artículo 144 de la Ley Orgánica de Educación Superior, de entregar a la SENESCYT en formato digital una copia del referido trabajo de titulación para que sea integrado al Sistema Nacional de Información de la Educación Superior del Ecuador para su difusión pública respetando los derechos de autor.

2.- Autorizo a la SENESCYT a tener una copia del referido trabajo de titulación, con el propósito de generar un repositorio que democratice la información, respetando las políticas de propiedad intelectual vigentes.

Guayaquil, 05 de mayo del 2025

f. _____

Albornoz Mosquera, Shayra Del Carmen

f. _____

Flores Montesdeoca, María Fernanda

REPOSITORIO NACIONAL EN CIENCIA Y TECNOLOGÍA

FICHA DE REGISTRO DE TESIS/TRABAJO DE TITULACIÓN

TEMA Y SUBTEMA:	Riesgo de desnutrición en pacientes hospitalizados del Hospital de Especialidades Teodoro Maldonado Carbo de Guayaquil en noviembre 2024.		
AUTOR(ES)	Albornoz Mosquera, Shayra Del Carmen Flores Montesdeoca, María Fernanda		
REVISOR(ES)/TUTOR(ES)	Dra. Alexandra Josefina Bajaan Guerra		
INSTITUCIÓN:	Universidad Católica de Santiago de Guayaquil		
FACULTAD:	Facultad de Ciencias de la Salud		
CARRERA:	Carrera de Nutrición y Dietética		
TÍTULO OBTENIDO:	Licenciadas en Nutrición y Dietética		
FECHA DE PUBLICACIÓN:	05 de mayo del 2025	No. DE PÁGINAS:	60
ÁREAS TEMÁTICAS:	Desnutrición hospitalaria		
PALABRAS CLAVES/ KEYWORDS:	Riesgo de desnutrición hospitalaria; Malnutrition Screening Tool; Nutrition Day.		
RESUMEN/ABSTRACT:	La desnutrición hospitalaria es un problema frecuente que prolonga la estancia y aumenta el riesgo de complicaciones muerte. Factores como enfermedades subyacentes, baja ingesta calórica y proteica, factores biológicos y clínicos de los pacientes y la falta de apoyo nutricional contribuyen a la desnutrición. Por este motivo se realiza la presente investigación con el objetivo de Determinar el riesgo de desnutrición en pacientes hospitalizados del Hospital de Especialidades Teodoro Maldonado de Guayaquil en noviembre de 2024. El estudio es descriptivo, no experimental y transversal, enfocado en una muestra de 40 pacientes hospitalizados que participaron en el proyecto internacional Nutrition Day 2024, en el Hospital de Especialidades Teodoro Maldonado Carbo, a quienes se les estudió los factores de riesgo de desnutrición hospitalaria ingresados en la base de datos del estudio de Nutritional Day. Los resultados arrojaron que el 75% de los pacientes presentaron riesgo de desnutrición, un alto porcentaje de los pacientes presentaron factores biológicos y clínicos que los predisponían a la desnutrición hospitalaria, también se encontró que el 100% de los pacientes recibieron apoyo nutricional.		
ADJUNTO PDF:	<input checked="" type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
CONTACTO CON AUTOR/ES:	Teléfono: 0999696296 0962578423	E-mail: shayra.albornoz@cu.ucsg.edu.ec maria.flores25@cu.ucsg.edu.ec	
CONTACTO CON LA INSTITUCIÓN (COORDINADOR DEL PROCESO UTE):	Nombre: Poveda Loor, Carlos Luís		
	Teléfono: +593-993592177		
	E-mail: carlos.poveda@cu.ucsg.edu.ec		
SECCIÓN PARA USO DE BIBLIOTECA			
Nº. DE REGISTRO (en base a datos):			
Nº. DE CLASIFICACIÓN:			
DIRECCIÓN URL (tesis en la web):			