



---

“VALORACIÓN NUTRICIONAL DE  
PACIENTES INTERNADOS EN EL  
HOSPITAL ESCUELA DEL LITORAL,  
EN EL AÑO 2017”

---



**ESTUDIANTES:**

Ana Karen Galmarini  
Juan Hernández :  
Anastasia Kautz ·  
Fabricio Méndez  
Analía Sanabria

**TUTORA:**

Dra. Laura Bottarro

*Paysandú*  
*Hospital Escuela del Litoral*

FACULTAD DE MEDICINA  
MONOGRAFÍA CGI 2  
GRUPO 99

## ÍNDICE

Resumen	Pág. 2
Introducción	Pág. 4
Objetivos	Pág. 7
Metodología	Pág. 8
Resultados	Pág. 11
Conclusiones	Pág. 12
Agradecimientos	Pág. 14
Bibliografía	Pág. 15
Anexos	Pág. 18

**RESUMEN:**

**OBJETIVO:**

Confirmar que el estado nutricional en los pacientes se ve afectado en la estancia hospitalaria.

**MÉTODOS:**

Se realizó un estudio observacional de tipo descriptivo, se estudiaron pacientes internados en sala de Medicina y Cirugía del Hospital Escuela del Litoral de Paysandú, en el mes de agosto del 2017

Se comparó el estado nutricional de los mismos en dos tiempos, al ingreso y al séptimo día, utilizando como método clínico el test de valoración global subjetiva (VGS). Se dividieron los pacientes en dos grupos, el primero que corresponde a la categoría A (bien nutrido) y el segundo a las categorías B y C (riesgo de desnutrición y desnutrido respectivamente). Se realizó estudio de dependencia con estadístico Chi 2 para la variable VGS. Se valoró además sexo, edad, IMC y variación de peso.

**RESULTADOS:**

De la muestra inicial se evaluaron 89 pacientes, hombres 55,1% y mujeres 44,9%, con una media de edad de  $55,3 \pm 20,21$  años (media “ $\mu$ ”  $\pm$  desvío estándar “DE”). En cuanto al IMC se evidenció un 2,2% en categoría “desnutrido”; 37,1% en “normopeso”; 25,8% en “sobrepeso” y 34,8% en “obesidad”.

Al momento del ingreso, 66,3% se encontraron en categoría A de la VGS; en contraste con el 33,7% que pertenecieron a categoría B y C.

Se reevaluaron al séptimo día 24 pacientes, obteniéndose resultados no significativos con un valor p de 0,082 a un nivel de significación de 0,05.

**CONCLUSIONES:**

Se concluyó que la mayoría de los pacientes al ingreso se encontraron bien nutridos por la VGS, destacando por IMC un alto porcentaje de sobrepeso y obesidad.

La estancia hospitalaria sí afecta el estado nutricional.

A nivel local, se pretenderá que el equipo de salud incluya la valoración nutricional como un gesto más a la hora de resolver la situación clínica del paciente.

“Valoración nutricional de pacientes internados en el Hospital Escuela del Litoral, en el año 2017”

**PALABRAS CLAVES:** estado nutricional; valoración nutricional; valoración global subjetiva; desnutrición hospitalaria.

## **INTRODUCCIÓN:**

La desnutrición hospitalaria es un problema a nivel social, altamente prevalente con una elevada morbimortalidad (1), especialmente en el adulto mayor (2) puesto que hay mayor dependencia en las actividades básicas e instrumentales de la vida diaria. (3) Según la OMS “la desnutrición se produce cuando una persona no ingiere suficientes alimentos, lo que lleva a padecer emaciación y/o retraso del crecimiento. La desnutrición aumenta la probabilidad de contraer enfermedades infecciosas, genera una incidencia mayor de complicaciones, prolonga la estadía hospitalaria e incrementa la mortalidad”. (4), (5), (6), (7)

La desnutrición en el ambiente hospitalario adquiere relevancia dada su repercusión en el enfermo. La hospitalización es un factor de riesgo desde el punto de vista nutricional, debido a los ayunos prolongados, la suspensión de la vía oral por diagnóstico o tratamiento, la aplicación de sueroterapia durante largos períodos de tiempo y la restricción de las dietas. (8), (9)

Identificar la misma y tomar medidas al respecto tiene múltiples beneficios, como una evolución clínica más favorable, evitar posibles complicaciones, disminuir la prolongación de la estadía hospitalaria, el riesgo vital del mismo y los costos de la intervención. (10), (11), (12)

La prevalencia de la desnutrición hospitalaria a nivel mundial oscila en el rango de 19% a un 80%, dependiendo del país, según lo indica un estudio de revisión de la Universidad de San Pablo, Brasil (13). Un porcentaje de estos individuos ingresan ya en estado de desnutrición y aumenta de un 31% en las primeras 48hs, hasta un 61% a los 15 días de internación.

Las causas de desnutrición hospitalaria son múltiples, pudiéndose deber a la respuesta orgánica frente al ayuno agudo o crónico, trauma o infección, entre otras.(9) La identificación del tipo de desnutrición es de gran importancia para decidir la estrategia de tratamiento, pudiendo clasificar a la desnutrición en aguda, crónica o mixta.

La desnutrición aguda (13) (anteriormente denominada como Kwashiorkor) está relacionada con eventos de amenaza a la vida, como infecciones graves o traumas. Según la teoría clásica, este trastorno se debe a una deficiencia de proteínas, con hipoalbuminemia que favorece la salida del espacio intravascular al extracelular explicado por una disminución de la presión oncótica. (14). En niños clínicamente se presenta de manera clásica con edema, hepatomegalia y alteraciones en piel y faneras, no encontrándose esta presentación en adultos. Sí es común en todos los tipos de desnutrición la presencia de hipoalbuminemia, afectación en la inmunidad celular, edemas y ascitis. El pániculo adiposo y las masas musculares pueden estar conservadas, dando una falsa impresión de un buen estado nutricional. Se observa ruptura de la piel, cicatrización deficiente e implantación capilar débil con pérdida del cabello.

La desnutrición crónica, característicamente provoca disminución de las reservas grasas y de la masa muscular, generalmente con evidenciación de las superficies óseas en la piel. Se relaciona a enfermedades crónicas y a disalimentación. Al contrario de la desnutrición aguda “la inmunocompetencia, la cicatrización de heridas y la resistencia al estrés moderado están relativamente conservadas”. (13) Es característico ver una disminución de la frecuencia cardíaca, de la temperatura corporal y de la tasa metabólica en general. El tránsito gastrointestinal suele estar alterado, presentándose constipación y en ocasiones diarrea de ayuno (evacuaciones escasas y con presencia de moco).

La más frecuente es la desnutrición mixta, (13) la cual es la combinación de la desnutrición crónica con la aguda, donde un paciente desnutrido crónico, es sometido a un estrés agudo como trauma, cirugía o infección, que lo pone en una situación de gravedad que debe ser rápidamente identificada y tratada.

Se han realizado múltiples estudios de investigación y revisiones bibliográficas a nivel mundial, con el fin de evaluar cómo influye la estancia hospitalaria en el estado nutricional de los pacientes.

En la bibliografía consultada se cree relevante la identificación precoz de la repercusión nutricional en pacientes internados, con el objetivo de llevar a cabo medidas de prevención y soporte nutricional a aquellos sujetos con factores de riesgo.

En cierto estudio observacional, descriptivo, utilizando la valoración global subjetiva como variable, se seleccionó como población objetivo a pacientes adultos de cualquier edad, internados en sala de medicina interna y cirugía general en un período de cuatro meses del año 1999-2000. (15) Se realizaron encuestas, se recogieron datos generales del paciente, datos antropométricos y evaluaron cambios de peso considerando variaciones en la ingesta dietética y la presencia de síntomas gastrointestinales. Como resultado final se concluyó que la internación sí afecta el estado nutricional de los pacientes, siendo el principal desencadenante los trastornos gastrointestinales. Se destacó la importancia de realizar la valoración global subjetiva de forma sistemática en los servicios de salud para evitar la malnutrición y sus complicaciones.

En cuanto a los estudios de revisión bibliográfica, se investigó (16) sobre los distintos métodos de evaluación del estado nutricional en pacientes de diferentes edades. Se tomó en cuenta aquellos que están incluidos en la valoración objetiva orientada a pacientes ya desnutridos o con riesgo de desnutrición y para situaciones en que se necesita generar medidas para compensar las alteraciones propias de la malnutrición, además de la valoración global subjetiva. Dentro de la primera se evaluaron indicadores dietéticos como el consumo de alimentos en cuanto a calidad y

cantidad; signos y síntomas clínicos; evaluación antropométrica; estudios paraclínicos como albúmina, transferrina, creatinina, lípidos y minerales.

Como conclusiones se advirtieron que estos no se consideran factibles a la hora de realizar diagnóstico del estado nutricional, sino que son útiles como indicadores de pronóstico y severidad de la enfermedad.

En el paciente crítico, la valoración del estado nutricional se encuentra interferido por la propia enfermedad aguda como por las medidas del tratamiento. Las medidas antropométricas se encuentran afectadas por las alteraciones de la distribución hídrica en este tipo de pacientes. Los marcadores bioquímicos también se encuentran interferidos por cambios metabólicos que modifican los procesos de síntesis y degradación. No existen parámetros fiables para la valoración del estado nutricional en estos pacientes, aunque se vio que la VGS es un método adecuado. (17)

Dado que la desnutrición hospitalaria es un tema relevante y preocupante a nivel mundial, nuestra región no está exenta de esta situación, por lo que realizar un estudio observacional a nivel local permite valorar el estado nutricional de los pacientes que ingresan al Hospital de Paysandú, así como la evolución de los mismos durante la estancia hospitalaria.

Desafortunadamente, no contamos con una formación académica adecuada en nutrición aplicada a la valoración del paciente hospitalizado, siendo éste un fenómeno que ocurre en muchos servicios de salud. (18), (19), (1)

Con este estudio se pretende crear conciencia a nivel del equipo de salud, tanto médico como personal de enfermería, para la inclusión de la valoración nutricional como un parámetro más a tener en cuenta en la historia clínica, pudiendo ser un gesto médico que contribuya a mejorar la salud del paciente.

## **OBJETIVOS**

El objetivo general de la investigación es valorar el estado nutricional de los pacientes hospitalizados.

Como objetivos específicos se plantean los siguientes: a) conocer el estado nutricional inicial de los pacientes que ingresan en sala de acuerdo con la valoración global subjetiva; b) definir si en la internación se afecta el estado nutricional de los pacientes.

## **METODOLOGÍA**

El trabajo de investigación corresponde a un estudio observacional, descriptivo, de tipo prospectivo, en pacientes ingresados en salas de internación de medicina y cirugía del Hospital Escuela del Litoral de la ciudad de Paysandú, Uruguay, en el mes de agosto del año 2017.

Para la elección de la muestra, se utilizó un método no probabilístico por conveniencia (20), debido a la heterogeneidad de la población, seleccionando así todos los sujetos que cumplan con los criterios de inclusión y exclusión, hasta el cierre del período de recolección de datos, sin determinar un límite máximo.

Los criterios de inclusión de los participantes de la investigación fueron: a) pacientes hospitalizados en sala de medicina y cirugía en el mes de agosto del 2017; b) pacientes con edades mayores o iguales a 15 años; c) internados al comienzo del estudio o hasta dos días antes del inicio.

Se tuvo en cuenta como criterios de exclusión los siguientes: a) mujeres embarazadas; b) pacientes con patologías gineco-obstétricas; c) pacientes menores a 15 años; d) pacientes postrados; e) pacientes que no colaboren; f) desacuerdo con consentimiento informado.

Dado que no se cuenta con un gold standard (5) para la evaluación del estado nutricional se eligió valorar la misma a través de la valoración global subjetiva (VGS). Esta decisión se debe a que la VGS es una prueba fácil de realizar, rápida, reproducible, gratuita y confiable. (21), (22). Además que, a diferencia de otras pruebas de valoración nutricional, ésta es la única que evalúa la capacidad funcional del paciente, validado tanto para adultos como para la población geriátrica. (23) La misma es una prueba de tamizaje desarrollada por Detsky et al. en 1987 en el Hospital General de Toronto, (24), (25) teniendo una sensibilidad del 96-98% y especificidad del 82-83%. (16)

La variable VGS es de tipo cualitativa medida en escala ordinal, se basa en la historia clínica y en la exploración física. Clasifica al paciente en tres categorías: a) bien nutrido; b) en riesgo de desnutrición; c) severamente desnutrido.

Dicha variable contempla aspectos como diagnóstico de la enfermedad que motiva la hospitalización, además de parámetros clínicos obtenidos de cambios en el peso corporal en los últimos 6 meses; ingesta alimentaria; síntomas gastrointestinales como náuseas, vómitos, diarrea y anorexia; pérdida de masa muscular; pérdida de grasa subcutánea; ascitis y capacidad funcional.

La exactitud de los resultados será en base a la percepción subjetiva del investigador apelando a su intuición clínica.

Las categorías fueron definidas de la siguiente manera: (24)

A: No Desnutrido / Bien Nutrido

- Han ganado peso recientemente y no por retención de líquidos.
- No perdieron peso.
- Perdieron peso del 5 al 10%.
- No perdieron tejido subcutáneo.
- Perdieron tejido subcutáneo en forma moderada.
- No modificaron el apetito a corto plazo.

B: En riesgo de desnutrición / Moderadamente Desnutrido

- Perdieron 5% del peso o más en las semanas anteriores a la evaluación.
- Aumento o mantención del peso corporal con disminución de la ingesta.
- Disminución moderada de tejido subcutáneo.

C: Severamente Desnutrido

- Pérdida severa de tejido subcutáneo.
- Pérdida severa de masa muscular.
- Presencia o aumento del edema.
- Pérdida progresiva de peso de por lo menos 10%.

Se recolectaron otras variables como edad, peso corporal, talla y sexo. Las mismas fueron definidas del siguiente modo:

- Edad: cantidad de años calculados por fecha de nacimiento indicada en cédula de identidad. Variable cuantitativa, continua, cuyo conjunto de valores serán desde 15 años en adelante.
- Peso corporal: Masa del cuerpo en kilogramos. Variable cuantitativa, continua, cuyo conjunto de valores será hasta el alcance del instrumento.
- Talla corporal: medida de la estatura del individuo desde los pies hasta el techo de la bóveda craneana. Variable cuantitativa, continua, cuyo conjunto de valores será hasta el alcance del instrumento.

- Sexo: definido como masculino o femenino. Variable cualitativa, medida en escala nominal.

Posterior a la firma del consentimiento informado se realizaron encuestas personales y mediciones clínicas incluyendo peso corporal y talla para cálculo posterior de IMC. Los datos recabados fueron registrados en planillas respetando el derecho de confidencialidad (26) de los participantes del estudio, puesto que los mismos son anónimos. Las mediciones de la variable peso corporal se realizaron en dos oportunidades, la primera en el día uno, considerado como tal el día de ingreso o al menos hasta con dos días de hospitalización y la segunda al séptimo día de la primera toma.

La herramienta que se utilizó fue una báscula marca SECA con tallímetro integrado con precisión de 0,1kg, alcance de 220 kg y precisión de 0,1cm, alcance de 200cm respectivamente.

En el análisis estadístico para las variables cuantitativas, como medida de tendencia central se utilizó la media y como medida de dispersión el desvío estándar, mientras que para las variables cualitativas se llevó a cabo el cálculo de proporciones, manejando además frecuencias absolutas y relativas.

Es importante destacar que, por motivos de conveniencia a la hora de analizar los datos, se tomó la variable VGS como una variable dicotómica cuyas categorías fueron A y B + C. Para valorar la relación de la VGS con la estancia hospitalaria se realizó el estadístico  $\chi^2$  con un nivel de significación del 5%.

Se utilizó el programa IBM SPSS Statistics Visor 22.0 para la elaboración de una matriz que permitió consolidar la información y el posterior análisis de los datos recabados.

El protocolo de investigación fue aprobado por el Comité de Ética de la Facultad de Medicina de la Universidad de la República el día 2 de julio de 2017.

## **RESULTADOS:**

Se evaluaron 209 pacientes de sala de medicina y cirugía del Hospital Escuela del Litoral, de Paysandú, en el mes de agosto del 2017. Del total de ellos 89 pacientes cumplieron con los criterios de inclusión y 120 con los criterios de exclusión.

La muestra de estudio presentó un promedio de edad de  $53,3 \pm 20,2$  años ( $\mu \pm DE$ ), perteneciendo al sexo femenino el 44,9% (n = 40 pacientes) y al sexo masculino 51% (n = 49 pacientes). (ANEXO: tabla 1 y 2)

Según el índice de masa corporal (IMC), el 2,2% de la población presentó desnutrición al momento del ingreso (n = 2 pacientes), 37,1% (n = 33 pacientes) presentó normopeso, 25,8% (n= 23 pacientes) presentó sobrepeso y 34,8% (n = 31 pacientes) presentó obesidad.

(ANEXO: tabla 3; fig. 1)

Según la VGS, el 66,3% (n= 59 pacientes) ingresaron en el primer día en la categoría A “bien nutrido” y 33,7% (n= 30 pacientes) en la categoría B y C. (ANEXO: tabla 4)

De los 89 pacientes sólo 24 de ellos permanecieron 7 días para ser pesados y reevaluados, habiéndose contabilizado un 73% de pacientes perdidos. Se obtuvo un valor observado del estadístico Chi cuadrado de Pearson de 4,85 el cual se contrastó con un valor crítico de 3,85 para una significancia de 0,05 y 1 gl. (ANEXO: tabla 5, 6 y 8)

En cuanto a la diferencia de peso se observó un promedio de descenso ponderal de  $1,13 \pm 2,68$  kg. ( $\mu \pm DE$ ) (ANEXO: tabla 9)

## **CONCLUSIONES:**

De acuerdo con la VGS utilizada en este estudio, se vio que la prevalencia de pacientes desnutridos o con riesgo de desnutrición fue del 33,7% que es comparable con los resultados observados en la revisión del Departamento de Gastroenterología, de la Facultad de Medicina de la Universidad de São Paulo en el año 2011. (13)

Nuestros resultados son similares con los porcentajes obtenidos en EUA y Suecia siendo estos del 31% y 30% respectivamente.

Cabe destacar que, si se utilizara la variable IMC para realizar la consideración previa, sólo el 2,2 % de los pacientes al ingreso se encuentran desnutridos. Es por esta razón que podemos afirmar que la VGS es la herramienta más eficaz a la hora de evaluar estados de desnutrición puesto que no sólo utiliza la talla y el peso corporal, sino que contempla otras variables clínicamente relevantes.

A lo largo de la internación se evidenció que la estancia hospitalaria sí afecta el estado nutricional de los pacientes, coincidiendo con el estudio realizado en Bogotá, Colombia en el año 2012. (15)

Se logró concluir sobre todas las interrogantes planteadas al comienzo del estudio, cumpliendo con los objetivos establecidos.

Se concluye que la mayoría de los pacientes al ingreso hospitalario se encuentran bien nutridos según VGS, destacando igualmente un alto porcentaje de sobrepeso y obesidad en los mismos.

La estancia hospitalaria sí afecta el estado nutricional de los pacientes.

Llamó la atención que el 100% de los pacientes no presentaban registros antropométricos relacionados al estado nutricional en su historia clínica. Es por esta razón que creemos relevante la incorporación de dicho parámetro en la valoración global del paciente hospitalizado.

Con respecto a las limitaciones del estudio; se debió excluir a los pacientes postrados dado que el hospital no contaba con los instrumentos necesarios para la estimación del peso corporal y talla en dichos pacientes. Por otro lado, desde un inicio no se contó con un estudio regional previo que nos permitiera realizar un cálculo probabilístico para el n muestral. Finalmente, nos encontramos con una tasa de recambio de pacientes elevada en los servicios de medicina interna y cirugía que determinó un escaso número de sujetos evaluados. Para aumentar el número de pacientes completos en este estudio, se debería aumentar el tiempo de recolección de datos.

Como resultado inesperado, ciertos pacientes al séptimo día aumentaron de peso.

Debido a que nuestro estudio se limita a la descripción del estado nutricional al momento del ingreso y al séptimo día, sugerimos que para posibles estudios posteriores se analizara la asociación de la repercusión de la internación en el estado nutricional con posibles causas médico-quirúrgicas.

Visto y considerando el alto porcentaje de sobrepeso y obesidad advertidos en los resultados por IMC, pensamos importante la realización de estudios referentes al tema.

Se declara la ausencia de conflictos de intereses de los autores de la investigación.

**AGRADECIMIENTOS:**

Agradecemos a la Dirección del Hospital Escuela del Litoral, Dra. Ángela Almeida; los Jefes de Servicio, Dr. Diego Lamarca y Dr. Daniel Pignata y a nuestra tutora Dra. Laura Bottarro.

Por último, pero no menos importante, agradecemos a los pacientes que presentaron una buena predisposición hacia nuestra formación académica.

## BIBLIOGRAFÍA

1. García de Lorenzo A, Álvarez J, Calvo M V, De Ulíbarri J., Del Río J, Galbán C, et al. Conclusiones del II Foro de Debate SENPE sobre desnutrición hospitalaria. 2005;2004–6.
2. Camina Martín MA, De Mateo Sillerasa B, Malafarinab V, Lopez Mongil R. Valoración del estado nutricional en Geriátría: declaración de consenso del Grupo de Nutrición de la Sociedad Española de Geriátría y Gerontología. *Rev Esp Geriatr Gerontol.* 2016;51(1):414–9.
3. Muñoz B, Arenas AP, Larriva D, Molina-recio G, Moreno-rojas R, Martínez J, et al. Estudio de la situación nutricional de pacientes mayores de 65 años incluidos en el programa de atención domiciliaria de una población urbana. 2017;(xx):4–11.
4. World Health Organization. ¿Qué son la malnutrición y la Inanición? 2017; Available from: <http://www.who.int/features/qa/malnutrition-emergencies/es/>
5. Lobo Támer G, Ruiz López MD, Pérez de la Cruz AJ. Desnutrición hospitalaria: relación con la estancia media y la tasa de reingresos prematuros. 2009;132(10):377–84.
6. Pérez-barquero MM, García M. Desnutrición como factor pronóstico en ancianos con fractura de cadera. *Med Clin (Barc)* [Internet]. Elsevier; 2007;128(19):721–5. Available from: <http://dx.doi.org/10.1157/13106126>
7. Powell-Tuck J. Penalties of hospital undernutrition. 1997;90:90–3.
8. Miguel I, Ortí R, Ferrer E, Martín D, Lozoya M. Evaluación del efecto de una intervención en el estado nutricional de pacientes hospitalizados. *Med Clin (Barc)* [Internet]. Elsevier España, S.L.U.; 2017;148(7):291–6. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.medcli.2016.10.033>
9. Vidal A, Iglesias MJ. Factores de riesgo de desnutrición al ingreso hospitalario. 2008;55(6):259–62.
10. Maza BP, Taibo RV. Repercusiones clínicas y económicas de la desnutrición relacionada con la enfermedad en un servicio de Medicina Interna : estudio de cohortes prospectivas. *Rev Clínica Española* [Internet]. Elsevier España, S.L.U. and Sociedad Española de Medicina Interna (SEMI); 2016;216(9):468–73. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.rce.2016.07.005>

11. Pérez A, Cruz D, Támer GL, Espinosa RO, Pastor CM, Aguayo E, et al. Desnutrición en pacientes hospitalizados : prevalencia e impacto económico. *Med Clin (Barc)* [Internet]. Elsevier; 2004;123(6):201–6. Available from: [http://dx.doi.org/10.1016/S0025-7753\(04\)74461-9](http://dx.doi.org/10.1016/S0025-7753(04)74461-9)
12. Manuel J, López M, Beneítez B, Piedra M, Jesús F, Izquierdo E, et al. Beneficios del soporte nutricional especializado precoz en pacientes con criterios de desnutrición. 2017;148(7):303–7.
13. Waitzberg D, Ravacci G, Raslan M. Desnutrición Hospitalaria. *Nutr Hosp*. 2011;254–64.
14. Velásquez CM, Sosa BP, Mira GM, Ochoa GA. Hierro libre , transferrina y ferritina séricas en desnutrición aguda grave. *An pediatría* [Internet]. Elsevier; 2007;66(1):17–23. Available from: <http://dx.doi.org/10.1157/13097353>
15. Cereceda Fernández C, González González I, Antolin Juárez F, García Figueiras P, Tarrazo Espiñeira R, Suárez Cuesta B. Detección de malnutrición al ingreso en el hospital. *Nutr Hosp*. 2003;95–100.
16. Ravasco P, Anderson H, Mardones F. Métodos de valoración del estado nutricional. *Nutr Hosp*. 2010;57–66.
17. Acosta J, Gomez-Tello V, Ruiz S. Valoración del estado nutricional en el paciente grave. 2005;5–8.
18. Francisco J, Valls M. Desnutrición en pacientes hospitalizados. *Med Clin (Barc)* [Internet]. Elsevier; 2004;123(6):220–1. Available from: [http://dx.doi.org/10.1016/S0025-7753\(04\)74465-6](http://dx.doi.org/10.1016/S0025-7753(04)74465-6)
19. Pomar B, Vidal A, Casariego Á, Studley HO. Desnutrición hospitalaria en la era de la nutrigenómica. 2009;132(10):389–90.
20. Aguirrezabal X, Alonso R, Benzano D et al. *Estadística médica*. 2004. 195-205 p.
21. Moriana M, Civera M, Artero A, Real JT, Caro J, Ascaso JF. Validez de la valoración subjetiva global como método de despistaje de desnutrición hospitalaria. Prevalencia de desnutrición en un hospital terciario. *Endocrinol y Nutr* [Internet]. SEEN; 2014;61(4):184–9. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.endonu.2013.10.006>
22. Castillo Hernández J, Zenteno Cuevas R. Valoración del Estado Nutricional. 2004;4:29–

- 35.
23. Barbosa M, Barros A. Indications and limitations of the use of subjective global assessment in clinical practice: an update. 2006;9(3):263–269.
  24. Detsky A, McLaughlin J, Baker J et al. What is subjective global assessment of nutritional status? *Parenter Enter Nutr.* 1987;4:395–407.
  25. Guillén-Mayorga D, Cálix-Peratto E. Evaluación del estado nutricional de pacientes hospitalizados. 1999;4:137–44.
  26. Tealdi JC. *Diccionario Latinoamericano de Bioética*, UNESCO. 2008. 214-224 p.

**ANEXOS**

TABLA 1

**Estadísticos**

EDAD

N	Válido	89
	Perdidos	0
Media		53,3371
Mediana		55,0000
Moda		59,00
Desviación estándar		20,21641

TABLA 2

**SEXO**

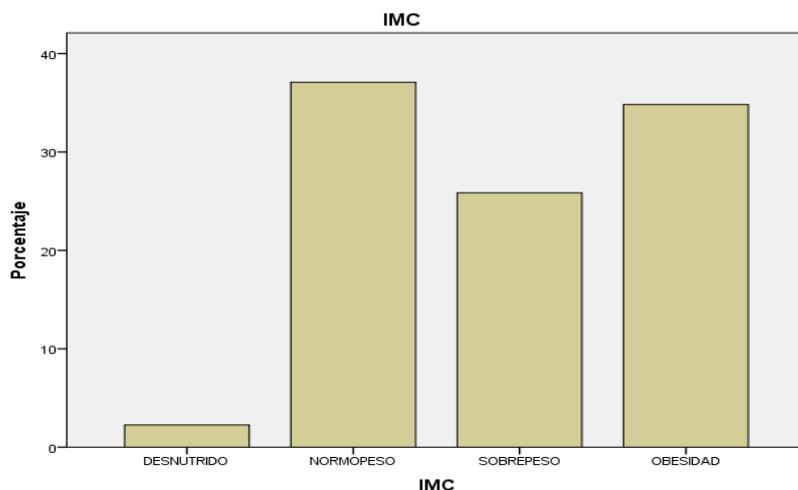
	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido MASCULINO	49	55,1	55,1	55,1
FEMENINO	40	44,9	44,9	100,0
Total	89	100,0	100,0	

TABLA 3

**IMC**

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido DESNUTRIDO	2	2,2	2,2	2,2
NORMOPESO	33	37,1	37,1	39,3
SOBREPESO	23	25,8	25,8	65,2
OBESIDAD	31	34,8	34,8	100,0
Total	89	100,0	100,0	

**FIGURA 1**



**TABLA 4**

**DIA1**

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido A	59	66,3	66,3	66,3
B + C	30	33,7	33,7	100,0
Total	89	100,0	100,0	

**TABLA 5**

**Resumen de procesamiento de casos**

	Casos					
	Válido		Perdidos		Total	
	N	Porcentaje	N	Porcentaje	N	Porcentaje
DIA2 *						
DIA1	24	27,0%	65	73,0%	89	100,0%

**TABLA 6**

**DIA2\*DIA1 tabulación cruzada**

Recuento

		DIA1		Total
		A	B + C	
DIA2	A	13	2	15
	B + C	4	5	9
Total		17	7	24

**TABLA 7**

**Pruebas de chi-cuadrado**

	Valor	gl	Sig. asintótica (2 caras)	Significación exacta (2 caras)	Significación exacta (1 cara)
Chi-cuadrado de Pearson	4,854 <sup>a</sup>	1	,028		
Corrección de continuidad <sup>b</sup>	3,025	1	,082		
Razón de verosimilitud	4,829	1	,028		
Prueba exacta de Fisher				,061	,042
Asociación lineal por lineal	4,652	1	,031		
N de casos válidos	24				

a. 2 casillas (50,0%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es 2,63.

b. Sólo se ha calculado para una tabla 2x2

**TABLA 8**

**Estadísticos**

DIF.PESO

N	Válido	24
	Perdidos	65
Media		-1,1250
Mediana		-1,1000
Moda		-1,10
Desviación estándar		2,68332
Mínimo		-6,50
Máximo		5,00