

Hospital General de Tijuana. Estado de Baja California. México

## **SOBRE LA DESNUTRICIÓN AL INGRESO EN UN HOSPITAL DE ESPECIALIDADES DE LA BAJA CALIFORNIA**

*Isabel Calvo Higuera<sup>1</sup>, Andrea Gómez Carrillo<sup>2</sup>.*

Sr. Editor:

La preservación del estado de salud, así como la recuperación después de la enfermedad, están estrechamente relacionadas con el estado nutricional del individuo.<sup>1</sup> Hoy en día la desnutrición que se registra en el ámbito hospitalario representa un grave problema de salud pública en todo el mundo.<sup>2</sup> Los estudios son consistentes en que (como promedio) la mitad de los pacientes hospitalizados se encuentra desnutrida.<sup>3</sup> Asimismo, la desnutrición hospitalaria (DH) se traslada hasta una morbimortalidad aumentada, la prolongación de la estadía hospitalaria, una mayor frecuencia de readmisiones hospitalarias, y el aumento de los costos sanitarios.<sup>4</sup>

El Hospital General de Tijuana (Tijuana, Baja California) es una institución de segundo nivel de 250 camas que recibe enfermos beneficiarios de seguros expedidos por las instancias estatales y federales del Gobierno de México. En tal sentido, se percibe que la DH puede tener una elevada prevalencia en la institución. Hasta el momento no se tienen estudios epidemiológicos que revelen la magnitud de la DH en el HGT. Se ha de hacer notar que en el 2012 se completó una encuesta nutricional con 35 pacientes atendidos en el Servicio hospitalario de Ortopedia y

Traumatología (datos inéditos). En esta encuesta, el estado nutricional del paciente fue calificado mediante el cálculo del Índice de Masa Corporal (IMC). La frecuencia de desnutrición fue solo del 17.0%. Las características clínico-quirúrgicas de los pacientes examinados, junto con la rotación de la cama de ingreso, impidieron la reevaluación del estado nutricional. Transcurridos 7 días, solo permanecía ingresada el 14.0% de los pacientes iniciales. Aun así, en estos pacientes se comprobó una reducción (si bien leve) de las circunferencias del brazo y la pantorrilla.

Llevados de estos resultados, las autoras de la presente Carta completaron una encuesta epidemiológica orientada a obtener el mejor estimado posible de la tasa de DH en el HGT. A tal efecto, el estado nutricional de 250 adultos de uno y otro sexo (*Hombres*: 58.0%; *Edades ≥ 60 años*: 22.8%), quienes representaron el 2.5% de los ingresos anuales registrados en la institución (*Medicina Interna*: 64.8%; *Geriatría*: 11.6%; *Cirugía General*: 7.2%; *Traumatología y Ortopedia*: 6.4%; *Oncología*: 4.8%; *Cuidados críticos*: 3.6%; *Gineco-obstetricia*: 1.6%) entre Febrero del 2018 y Enero del 2019, fue calificado dentro de las primeras 24 horas siguientes a la admisión en el centro mediante la Encuesta Subjetiva Global descrita por Detsky *et al.*

---

<sup>1</sup> Médico. <sup>2</sup> Nutricionista.

Recibido: 5 de Mayo del 2020. Aceptado: 2 de Junio del 2020.

Isabel Calvo Higuera. Servicio de Nutrición. Hospital General de Tijuana. Tijuana. Estado de Baja California. México.

Correo electrónico: [draisabelcalvoh@gmail.com](mailto:draisabelcalvoh@gmail.com).

(1987).<sup>5</sup> Con esta herramienta, la tasa de DH se estimó como la proporción de pacientes con puntajes (B + C) respecto del tamaño de la presente serie de estudio.

La tasa estimada de DH *para-todas-las-causas* fue del 67.2%. La DH fue independiente del sexo y la edad del paciente hospitalizado (datos no mostrados). La plausibilidad de los datos colectados, y la desigual distribución de los enfermos según los servicios encuestados, impidieron una mejor evaluación del impacto de las características de la institución sobre la tasa corriente de DH. Sin embargo, se puede decir que, excepciones hechas de los servicios de Traumatología y Ortopedia (*DH ajustada*: 25.0%) y Gineco-obstetricia (*DH ajustada*: 0.0%); las restantes áreas de ingreso se caracterizaron por tasas de DH > 50.0%.

Los pacientes encuestados se distribuyeron en 13 categorías diagnósticas diferentes que recorrieron desde las afecciones gineco-obstétricas (0.4% del tamaño de la serie de estudio) y la enfermedad renal crónica (1.2%) hasta las enfermedades del corazón y los grandes vasos (15.6%) y las afecciones respiratorias (20.4%). Para cualquier categoría diagnóstica, la tasa de DH ajustada fue mayor del 60.0%. Dada la heterogeneidad clínica encontrada, la serie de estudio se colapsó en solo 3 problemas de salud: *Cuadros infecciosos*: 26.4% del tamaño de la serie de estudio; *Cáncer*: 11.4%; y *Enfermedad orgánica crónica*: 10.4%; respectivamente. Respecto de aquellos enfermos que no quedaron incluidos en estos 3 problemas (*DH ajustada*: 55.0%), la DH fue altamente prevalente para cualquiera de ellos: *Cuadros infecciosos*: 84.8% del estrato; *Cáncer*: 71.4%; y *Enfermedad orgánica crónica*: 77.8%; respectivamente.

Los resultados reseñados apuntan hacia la elevada tasa de DH presente en el HGT. La DH encontrada podría deberse a las características de las enfermedades concurrentes en los pacientes atendidos en la institución, tales como la tuberculosis y la infección por VIH/sida; y el impacto pernicioso de las mismas sobre el estado nutricional del paciente. La desnutrición podría ser también una co-morbilidad presente en el paciente en el momento de la admisión en el HGT, y que el hospital hereda, perpetúa y agrava. En el estado actual de las cosas, el diseño de la investigación completada no contempló el examen de la estadía hospitalaria sobre el comportamiento de la DH en el HGT. Esta sería entonces una de las hipótesis a substanciar en próximas indagaciones epidemiológicas con una muestra mejor balanceada.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Boushey CJ, Coulston AM, Rock CL, Mosen E. Nutrition in the prevention and treatment of disease. Elsevier. New York: 2001.
2. Barker LA, Gout BS, Crowe TC. Hospital malnutrition: Prevalence, identification and impact on patients and the healthcare system. *Int J Environm Res Public Health* 2011;8:514-27.
3. Correia MIT, Perman MI, Waitzberg DL. Hospital malnutrition in Latin America: A systematic review. *Clin Nutr* 2017;36:958-67.
4. Curtis LJ, Bernier P, Jeejeebhoy K, Allard J, Duerksen D, Gramlich L; *et al.* Costs of hospital malnutrition. *Clin Nutr* 2017;36:1391-6.
5. Detsky AS, Baker JP, Johnston N, Whittaker S, Mendelson RA, Jeejeebhoy KN. What is subjective global assessment of nutritional status? *JPEN J Parenter Enter Nutr* 1987;11:8-13.