Artículos originales

Riesgo nutricional y su relación con la morbilidad y la mortalidad en pacientes graves

Nutritional Risk and its Relationship with Morbidity and Mortality in Critically Ill Patients

Claudia Margarita Aguirre Castro[1] Yanín Díaz Lara[1] Jorge Soneira Pérez[1] Danay Castro Iglesias[2] Marelys Castro Iglesias[3] Loida Torres Pérez[2]

[1] Hospital Docente Quirúrgico Miguel Enríquez, La Habana, La Habana, Cuba
[2] Centro Internacional de Salud La Pradera, La Habana, La Habana, Cuba
[3] Convenio de Salud Cuba-Venezuela, Cuba

Cómo citar este artículo:
Aguirre-Castro C, Díaz-Lara Y, Soneira-Pérez J, Castro-Iglesias D, Castro-Iglesias M, Torres-Pérez L. Riesgo nutricional y su relación con la morbilidad y la mortalidad en pacientes graves. **Revista Finlay** [revista en Internet]. 2025 [citado 2026 Ene 24]; 15(0):[aprox. 0 p.]. Disponible en: https://revfinlay.sld.cu/index.php/finlay/article/view/1580

Resumen

Fundamento: la desnutrición repercute de manera desfavorable sobre la morbilidad y la mortalidad de los pacientes graves ingresados en las Unidades de Cuidados Intensivos.
Objetivo: evaluar el riesgo nutricional de pacientes graves ingresados en una Unidad de Cuidados Intensivos.
Métodos: se realizó un estudio analítico, prospectivo y longitudinal en la Unidad de Cuidados Intensivos del Hospital Docente Quirúrgico Miguel Enríquez, en el período comprendido entre septiembre de 2023 y septiembre de 2024. La población quedó conformada por todos los pacientes ingresados en el lugar y periodo antes mencionado. Las variables analizadas fueron: edad, sexo, diagnóstico al ingreso, estado nutricional, score de gravedad, presencia de complicaciones, mortalidad al egreso. Se utilizó la media aritmética, desviación estándar, mediana, rango intercuantílico, mínimo y máximo y las frecuencias absolutas y relativas y el test Ji Cuadrado.
Resultados: el 36,0 % tenía 60 años o más y el 52,9 % eran masculinos. El 49,9 % ingresó por causa de afecciones médicas, presentaron algún grado de desnutrición 59,7 % y en el 28,7 % era leve. No se observó relación de dependencia significativa del estado nutricional con la puntuación APACHE II. A medida que aumentó el grado de desnutrición, aumentó la presencia de complicaciones y la mortalidad al egreso, fue la relación de dependencia significativa, para ambas variables.
Conclusiones: las afecciones médicas fueron la causa de ingreso que más identificó a la población estudiada, la cual tenía algún grado de desnutrición según la escala de control nutricional CONUT y se relacionó de forma significativa con la presencia de complicaciones y la mortalidad al egreso.

Palabras clave: nutrición de grupos de riesgo, mortalidad, adulto mayor, factores de riesgo

Abstract

Foundation: malnutrition adversely impacts the morbidity and mortality of critically ill patients admitted to Intensive Care Units.
Objective: to evaluate the nutritional risk of critically ill patients admitted to an Intensive Care Unit.
Methods: a prospective and longitudinal analytical study was conducted in the Intensive Care Unit of the Miguel Enríquez Surgical Teaching Hospital, from September 2023 to September 2024. The population consisted of all patients admitted to the aforementioned location and period. The variables analyzed were: age, sex, diagnosis at admission, nutritional status, severity score, presence of complications, and mortality at discharge. The arithmetic mean, standard deviation, median, interquantile range, minimum and maximum, absolute and relative frequencies, and the chi-square test were used.
Results: 36.0 % were 60 years of age or older, and 52.9 % were male. Forty-nine-point nine percent were admitted due to medical conditions; 59.7 % had some degree of malnutrition, and 28.7 % had mild malnutrition. No significant relationship between nutritional status and the APACHE II score was observed. As the degree of malnutrition increased, the presence of complications and mortality at discharge increased; the relationship was significant for both variables.
Conclusions: medical conditions were the most common cause of admission in the study population, which had some degree of malnutrition according to the CONUT nutritional control scale. This relationship was significantly related to the presence of complications and mortality at discharge.

Key words: nutrition of at-risk groups, mortality, older adults, risk factors

Recibido: 2025-07-14 11:27:03
Aprobado: 2025-09-04 13:09:08

Correspondencia: Claudia Margarita Aguirre Castro. Hospital Docente Quirúrgico Miguel Enríquez. La Habana. claguirre96@gmail.com

INTRODUCCIÓN

La desnutrición continúa siendo la causa más frecuente de aumento de la morbilidad y la mortalidad y uno de los principales problemas de salud en todo el mundo, afecta de forma muy especial a grupos poblacionales concretos, como es el de los pacientes hospitalizados, en los que la incapacidad de ingesta y la enfermedad son comunes, si se toma la entidad bajo la denominación de desnutrición hospitalaria. [1]

La prevalencia de desnutrición hospitalaria varía según los criterios empleados para seleccionar a los pacientes y según los métodos y/o criterios utilizados para la evaluación del estado nutricional.[2] En este contexto, se estima que la prevalencia de desnutrición hospitalaria, en pacientes hospitalizados en Europa y América del Norte, varía entre el 30 y el 50 % respectivamente y puede alcanzar hasta el 70 % en pacientes mayores de 65 años y en los ingresados en las Unidades de Cuidados Intensivos (UCI).[2,3] Así, los pacientes con enfermedades crónicas, los ancianos y los pacientes con lesiones graves tienen una mayor probabilidad de presentar desnutrición. Entre otros posibles aspectos, esta alta prevalencia se debe a la/s enfermedad/es subyacentes, la falta de ingesta adecuada de alimentos y el estrés metabólico asociado con la enfermedad crítica.[4]

La fisiopatología de la desnutrición en el paciente crítico comienza en la fase temprana de la enfermedad, en la que la secreción de hormonas catabólicas (catecolaminas, glucagón y cortisol) está aumentada. Estas hormonas influyen al estimular la producción de sustancias químicas que se utilizan como fuente de energía interna, promueve la utilización de esta energía para las funciones celulares y metabólicas necesarias en el cuerpo. Esta condición, sumada a factores proinflamatorios aumentados, predispone un estado hipercatabólico en el organismo.[5,6]

A esta situación de necesidades energéticas aumentadas, se le debe sumar el comúnmente inadecuado aporte nutricional que reciben la mayoría de estos pacientes UCI. La desnutrición en pacientes críticos se ha asociado con un mayor riesgo de mortalidad, y es por ello, que determinar adecuada y objetivamente sus requerimientos nutricionales se han convertido en elementos de gran interés en los profesionales del área. La falta de una adecuada ingesta energética, macronutrientes o micronutrientes puede debilitar el sistema inmunológico y provocar complicaciones metabólicas y orgánicas, lo que aumenta la probabilidad de desarrollar cuadros infecciosos y fallos multiorgánicos en los pacientes en la UCI. Además, la desnutrición puede dificultar la respuesta a los tratamientos y prolongar el tiempo de recuperación, lo que puede incrementar el riesgo de complicaciones y provocar la muerte. Por lo tanto, realizar una correcta evaluación de los requerimientos nutricionales y proporcionar un aporte nutricional acordes, son esenciales para mejorar el pronóstico y la calidad de vida de los pacientes críticos.[7]

En la actualidad existen en la práctica clínica, muchas herramientas de detección validadas, pero ninguna de ellas se puede aplicar a todos los pacientes o se acepta universalmente como el patrón estándar. Esto representa un obstáculo para el reconocimiento y tratamiento de la desnutrición.[8] La Sociedad Europea de Nutrición Clínica y Metabolismo (ESPEN) (por sus siglas en inglés) recomienda el índice de riesgo nutricional 2002 (NRS-2002)[9] mientras que la Sociedad Americana de Nutrición Parenteral y Enteral (ASPEN) (por sus siglas en inglés) recomienda la valoración global subjetiva (VGS).[10] La VSG y el *Mini Nutritional Assesment* (MNA) [11] son útiles en la evaluación nutricional, pero tampoco se consideran universalmente como patrón estándar. La escala de control nutricional CONUT[12] utiliza la albúmina sérica, el colesterol total y el recuento total de linfocitos para establecer el riesgo nutricional.

La unidad de cuidados intensivos del Hospital Docente Quirúrgico Miguel Enríquez utiliza desde hace varios años un programa que integra los parámetros del sistema de cribado CONUT, para evaluar el estado nutricional de todos los pacientes a su ingreso. De ahí que esta investigación tiene como propósito: evaluar el riesgo nutricional y su relación con la morbilidad y la mortalidad en pacientes graves ingresados en una Unidad de Cuidados Intensivos.

MÉTODOS

Se realizó un estudio analítico prospectivo y longitudinal en pacientes ingresados en la Unidad de Cuidados Intensivos del Hospital Docente Quirúrgico Miguel Enríquez, en el período comprendido entre septiembre de 2023 y septiembre de 2024. La población quedó conformada por todos los pacientes ingresados en el lugar y periodo antes mencionado.

Se incluyeron en el estudio a pacientes:

- Mayores de 19 años.
- De cualquier sexo.
- Con más de 24 horas de ingreso en la UCI.
- Que aceptaron participar en el estudio por medio de la firma del consentimiento informado o por parte del paciente o sus familiares.

Se excluyeron del estudio a pacientes:

- Con condiciones oncológicas diagnosticadas al ingreso o durante su estancia en la UCI.
- Quienes contaban con admisiones previas al Hospital o a la UCI por más de 48 horas y dentro de los 28 días previos al ingreso a UCI actual.

Criterios de salida:

- Pacientes a los que no fue posible realizarles la evaluación nutricional por algún motivo.

La muestra fue no probabilística y por conveniencia y quedó constituida por 752 pacientes del universo que cumplieron los criterios de selección.

Operacionalización de las variables:

- Edad

Tipo: cuantitativa-continua-discreta.

Escala: 19-29/ 30-39/ 40-49/ 50-59/60 o más.

Descripción: según años cumplidos.

Indicador: frecuencia absoluta y relativa.

Media y desviación estándar.

Mínimo y máximo.

- Sexo

Tipo: Cualitativa-nominal-dicotómica.

Escala: Masculino-Femenino.

Descripción: según sexo biológico.

Indicador: frecuencia absoluta y relativa.

- Diagnóstico al ingreso

Tipo: cualitativa-nominal-politómica.

Escala: afección clínica-afección traumática-afección quirúrgica.

Descripción: según causa que motivó el ingreso.

Indicador: frecuencia absoluta y relativa.

- Estado nutricional

Tipo: cuantitativa ordinal.

Escala: sin desnutrición-desnutrición leve-desnutrición moderada-desnutrición severa.

Descripción: según escala de control nutricional CONUT.

Indicador: frecuencia absoluta y relativa.

- Score de gravedad

Tipo: cuantitativa discreta.

Escala: 15 puntos/≥15 puntos.

Descripción: según estado nutricional con la puntuación APACHE II.

Indicador: frecuencia absoluta y relativa.

- Presencia de complicaciones

Tipo: cualitativa-nominal-dicotómica.

Escala: Sí-No.

Descripción: según morbilidad presentada por el paciente durante su estadía en UCI.

Indicador: frecuencia absoluta y relativa

- Mortalidad al egreso

Tipo: cualitativa-nominal-dicotómica.

Escala: Sí-No.

Descripción: según si el paciente había fallecido o no a su egreso de UCI.

Indicador: frecuencia absoluta y relativa.

La fuente de información fue la historia clínica de cada paciente ingresado en la UCI y tratado con ventilación artificial invasiva. Los modelos de recolección se incluyeron en una planilla de

recogida de datos en la cual se archivó toda la información general relacionada con el estudio.

Con esta información acopiada se confeccionó una base de datos en formato Excel de la Microsoft Office versión 10, la que fue posteriormente exportada al sistema SPSS versión 25,0 para su análisis.

Para resumir la información de la muestra en estudio se utilizaron estadígrafos descriptivos como la media aritmética, desviación estándar, mediana, rango intercuantílico, mínimo y máximo para todas las variables cuantitativas continuas y discretas que se analizaron y las frecuencias absolutas y relativas, para todas las variables cualitativas.

Para identificar la posible relación entre las variables se utilizó el test Ji Cuadrado de independencia y los coeficientes de correlación (Pearson, Spearman) según el tipo de variable. Se utilizó la prueba t para comparación de medias en las variables cuantitativas.

La información luego de ser procesada se expresó en forma gráfica o tabular para su mejor comprensión.

Se expusieron los resultados y se procedió a compararlos con la literatura existente: ensayos clínicos o estudios descriptivos o de otro tipo publicados. Se discutieron los hallazgos sobre los objetivos planteados. Finalmente se verificaron las coincidencias y las contradicciones entre el presente estudio y otros revisados y se arribó a conclusiones.

Una vez identificados los pacientes que cumplían los criterios de inclusión, se procedió a solicitar el consentimiento informado del familiar de cada uno de ellos. Cuando se obtuvo este, se procedió a la extracción de 5 ml de sangre venosa en las primeras 24 horas de ingreso en la UCI para procesamiento analítico. En el laboratorio del hospital donde se desarrolló el estudio se realizó la determinación de los niveles de albúmina, colesterol y conteo global de linfocitos (CTL), lo que permitió aplicar la escala de control nutricional CONUT para la determinación del riesgo de desnutrición.

La evaluación final se realizó mediante la aplicación de CONUT, la cual es un estimador de riesgo de malnutrición basado en dos parámetros bioquímicos (albúmina sérica y colesterol total plasmático) y la cifra de linfocitos plasmáticos y se consideró:

- Normal: cuando la puntuación estuvo entre 0 y 1.
- Desnutrición leve: cuando la puntuación estuvo entre 2 y 4.
- Desnutrición moderada: cuando la puntuación estuvo entre 5 y 8.
- Desnutrición severa: cuando la puntuación fue mayor de 8.

El estudio se realizó de acuerdo con lo establecido en la Declaración de Helsinki, modificación de Fortaleza, Brasil [13] sobre las investigaciones en seres humanos. Para realizar este estudio se solicitó la autorización al departamento de archivo y estadísticas para acceder a las historias clínicas y a la base de datos de los pacientes incluidos en el trabajo, con la responsabilidad y obligación de no divulgar la información recogida, se mantuvo estricta confidencialidad de los pacientes. Este estudio fue examinado por la Comisión de Ética y el Consejo Científico del Hospital Docente Quirúrgico Miguel Enríquez y la aprobación dependió enteramente de ellos.

RESULTADOS

La edad de los pacientes osciló entre los 19 y 98 años, con una media de 61,2 ± 15,8 años y la mayoría de ellos estaba en el rango entre 60 y 69 años con 271 (36,0 %). (Tabla 1).

Tabla 1. Distribución de los pacientes según edad

		Frecuencia	%
N		752	100
Edad (años)	19-29	178	23,7
	30-39	88	11,7
	40-49	104	13,8
	50-59	111	14,8
	60 o más	271	36,0
	Media ± DE	61,2 ± 15,8	
	Mínimo; Máximo	19; 98	

La distribución por sexos mostró predominio del masculino con 398 (52,9 %) casos. (Tabla 2).

Tabla 2. Distribución de los pacientes según sexo

		Frecuencia	%
N		752	100
Sexo	Masculino	398	52,9
	Femenino	354	47,1

Las causas que motivaron el ingreso en UCI, fueron en primer lugar las afecciones médicas en 375 (49,9 %) pacientes, seguidas de las traumáticas en 213 (28,3 %) y las quirúrgicas en 164 (21,8 %). (Tabla 3).

Tabla 3. Distribución de los pacientes según causa que motivó el ingreso

		Frecuencia	%
N		752	100
Causa del ingreso	Afecciones clínicas	375	49,9
	Afecciones traumáticas	213	28,3
	Afecciones quirúrgicas	164	21,8

Se apreció que 449 (59,7 %) pacientes tenía algún grado de desnutrición, divididos en 216 (28,7 %) con desnutrición leve, 163 (21,7 %) con desnutrición moderada y 70 (9,3 %) con desnutrición severa. (Tabla 4).

Tabla 4. Distribución de los pacientes según estado nutricional

		Frecuencia	%
N		752	100
Estado nutricional	Normal	303	40,3
	Desnutrición leve	216	28,7
	Desnutrición moderada	163	21,7
	Desnutrición severa	70	9,3

No se observó relación de dependencia entre el estado nutricional y el APACHE II y los mayores porcentajes de pacientes con una puntuación ≥15, tenían un estado nutricional normal con 146 (48,2 %) y una desnutrición leve con 88 (40,7 %). (Tabla 5).

Tabla 5. Relación entre el estado nutricional y el APACHE II

		APACHE II				p
		<15		≥15		
N		n	%	n	%	
Estado nutricional	Normal	157	51,8	146	48,2	0,076
	Desnutrición leve	128	59,3	88	40,7	
	Desnutrición moderada	103	63,2	60	36,8	
	Desnutrición severa	43	61,4	27	38,6	
	Total	**431**	**57,3**	**321**	**42,7**	

La relación entre el estado nutricional y la presencia de complicaciones, exhibió una relación de dependencia significativa, fue mayor la presencia de complicaciones en los enfermos con peor estado nutricional, con 60 (19,8 %) con estado nutricional normal, 48 (22,2 %) con estado nutricional leve, con 40 (24,5 %) con estado nutricional moderado y 21 (30,0 %) con estado nutricional severo. (Tabla 6).

Tabla 6. Relación entre el estado nutricional y la presencia de complicaciones

		Complicaciones				p
		Sí		No		
N		n	%	n	%	
Estado nutricional	Sin desnutrición	60	19,8	243	93,4	0,000
	Desnutrición leve	48	22,2	168	77,7	
	Desnutrición moderada	40	24,5	123	75,5	
	Desnutrición severa	21	30,0	49	70,0	
	Total	**169**	**22,5**	**583**	**77,5**	

Se observó una relación de dependencia significativa entre el estado nutricional y la mortalidad al egreso, pues a mayor severidad de la desnutrición, mayor era la mortalidad al egreso, con 27 (8,9 %) fallecidos con estado nutricional normal, 16 (7,4 %) con estado

nutricional leve, 15 (9,2 %) con estado nutricional moderado y 13 (18,6 %) con estado nutricional severo. (Tabla 7).

Tabla 7. Relación entre el estado nutricional y la mortalidad al egreso

N		Mortalidad al egreso				p
		Sí		No		
		n	%	n	%	
Estado nutricional	Normal	27	8,9	276	91,1	0,008
	Desnutrición leve	16	7,4	200	92,6	
	Desnutrición moderada	15	9,2	148	90,8	
	Desnutrición severa	13	18,6	57	81,4	
	Total	**71**	**9,4**	**681**	**90,6**	

DISCUSIÓN

La edad de los pacientes ingresados en una UCI puede variar en dependencia de múltiples factores, sin embargo, como señalan este y otros autores, la desnutrición al ingreso en UCI, se presenta fundamentalmente en los enfermos con edad de 60 o más años, lo que pudiera relacionarse con múltiples aristas causales que van desde una atención inadecuada, por parte de los familiares del paciente, hasta la situación que se da porque una gran parte de ellos viven solos, padecen enfermedades crónicas no trasmisibles y presentan pérdida de los hábitos dietéticos alimentarios.[14]

En una investigación realizada por Jauregui Romero y cols.[15] se halló que la mayoría de los casos ingresados en la UCI eran adultos mayores con 1 165 (60,4 %), seguido de adultos jóvenes en 692 (35,9 %) y los jóvenes en 72 (3,7 %). Igualmente, en un trabajo realizado por Tissert Alemán y cols.[16] se señala que, en un grupo de pacientes ingresados en la UCI, sobresalieron los mayores de 65 años con 25 (64,1 %), seguidos de los de entre 45 y 64 años con 14 (35,9 %).

La distribución de los pacientes según sexo en este estudio, mostró un predominio del masculino, lo que se asemeja a lo planteado en la literatura, donde se ha encontrado una mayor prevalencia de riesgo nutricional en hombres.[17] Similares resultados fueron hallados en la tesis de Peña Quispe[18] donde el 56,6 % (n=191) de los enfermos ingresados en UCI eran de sexo masculino. De la misma manera, en la serie conducida por Martínez Palma y cols.[19] el sexo masculino, representó el 51,5 % (n=35) de los pacientes ingresados en UCI. También, Kalaiselvan y cols.[20] señalan que, de los casos ingresados en UCI, el 67,6 % (n=458) eran de sexo masculino.

Las causas más frecuentes de ingreso en cualquier UCI, son las enfermedades médicas, entre las que se encuentran la insuficiencia respiratoria, el compromiso hemodinámico, las enfermedades neurológicas, así como las enfermedades gastrointestinales y metabólicas según el estudio de Casas y cols. titulado: Criterios de patologías que requieren ingreso a la unidad de cuidados intensivo, publicado por RECIMUNDO.

Resultados que se corresponden con lo informado en esta y otras series revisadas. En un estudio conducido por Galeano y cols. titulado: Deuda calórica en una cohorte de pacientes hospitalizados en unidades de cuidado intensivo, publicado en la Revista Chilena de Nutrición, se señala que las causas que motivaron el ingreso a UCI, fueron las afecciones médicas en 107 (56,0 %) casos, seguidas de las quirúrgicas y las traumáticas con 42 (22,0 %) cada una de ellas. De la misma manera, las razones por las que los pacientes estudiados por Wan Fadzlina y cols. ingresaron a UCI, fueron las afecciones médicas en 255 (66,8 %) y las quirúrgicas en otros 127 (33,2 %) según su investigación: Validation of the 28-day mortality prognostic performance of the modified Nutrition Risk in Critically Ill (mNUTRIC) score in a Malaysian intensive care unit, publicada, en el 2019.

En la presente investigación, se objetivó que más de la mitad de los pacientes tenía algún grado de

desnutrición. Esto concuerda con lo informado por otros autores cubanos como, León y cols. en su artículo: Evaluación del estado nutricional en UCI, Hospital Hermanos Ameijeiras, publicado en la Revista Cubana de Medicina Intensiva y Emergencias quienes, al realizar la evaluación del estado nutricional en una serie de pacientes críticos, exhiben que según la escala de control nutricional CONUT, un total de 198 (75,3 %) presentaba algún grado de desnutrición, de los que 76 (34,7 %) eran desnutridos severos, 68 (31,1 %) desnutridos moderados y 54 (24,7 %) desnutridos leves. De la misma forma, Rosales García y cols. en su investigación: Estado nutricional de pacientes geriátricos con ventilación mecánica en cuidados intensivos publicado en la Revista Cubana de Anestesiología y Reanimación, informan que al aplicar la escala CONUT en pacientes críticamente enfermos, un total de 78 (94,0 %) tenía algún grado de desnutrición, que se dividieron en 34 (41 %) con desnutrición severa, 29 (34,9 %) con desnutrición moderada y 15 (18,1 %) con desnutrición leve.

Las escalas APACHE II y CONUT han sido utilizadas para medir riesgo de mortalidad, cada una de ellas con sus especificidades en caso del CONUT es utilizada para riesgo nutricional. Por tanto, es frecuente la utilización de escalas pronósticas en el contexto de los servicios de atención al grave donde han demostrado un poder predictor de mortalidad satisfactorio en disimiles situaciones clínicas, tanto en pacientes con complicaciones quirúrgicas, como de origen médico, incluso, algunos autores como: Ferrie, Tsang y Correia han ensayado su uso en Servicios de Urgencias como herramienta de ayuda en el momento de decidir si el paciente requiere o no de vigilancia intensiva, sin embargo, los resultados de este estudio no mostraron asociación significativa entre la elevación del APACHE II y el estado nutricional.

Como se observó en esta serie, el deterioro nutricional que padecen los enfermos críticos en UCI, es causa de un incremento del riesgo de padecer complicaciones, con una incidencia que va desde el 9 % en pacientes con desnutrición moderada, hasta un 42 % en aquellos con desnutrición severa como lo demuestra Barcina Pérez y cols. en su estudio: Desnutrición relacionada con la enfermedad, parámetros funcionales y costes asociados en un hospital general publicado en la revista Nutrición Hospitalaria. Lo anterior se corresponde con el estudio de Yoshida y cols. realizado en pacientes candidatos a esofaguectomía, donde el análisis de regresión logística sugirió que la desnutrición moderada o severa previamente evaluada por CONUT era un factor de riesgo independiente para cualquier morbilidad (OR 2,75) y para las morbilidades severas (OR 3,07) en el estudio: Preoperative Nutritional Assessment by Controlling Nutritional Status (CONUT) is useful to estimate postoperative morbidity after esophagectomy for esophageal cancer.

Aunque la frecuencia de mortalidad en este estudio se consideró baja, la mayoría de los fallecidos tenía algún grado de desnutrición según la escala CONUT, esto se corresponde con lo reportado por otros investigadores. En un estudio realizado por Vinueza Ortiz y cols. con el título: Aplicación del índice de riesgo nutricional geriátrico en la unidad de cuidados intensivos de la clínica La Merced, publicado en Quito Ecuador en la revista Ciencia Digital, se constató una asociación entre los pacientes sin riesgo nutricional geriátrico (IRNG) y la sobrevivencia a UCI, de igual forma se dedujo una asociación evidente con la no sobrevivencia a los pacientes que tienen IRNG moderado. Se debe considerar que el porcentaje de pacientes que se encontraron en riesgo moderado fue mayor al de los pacientes con alto riesgo.

En relación con este aspecto, los autores de esta investigación consideran que, aunque el estado nutricional de los pacientes ingresados en UCI puede influir como variable adicional en relación con la mortalidad, no es el único factor que afecta el resultado, ya que la presencia de otras variables como las comorbilidades, la ocurrencia de complicaciones que incluyen la sepsis, la edad del enfermo, la aparición de tumores, el uso de ventilación y estancia, también pueden influir en la mortalidad.

Las afecciones médicas fueron la causa de ingreso que más identificó a la población estudiada, la cual tenía algún grado de desnutrición según la escala CONUT y se relacionó de forma significativa con la presencia de complicaciones y la mortalidad al egreso.

Conflicto de intereses:

Los autores declaran la no existencia de conflictos de intereses relacionados con el estudio.

Roles de autoría

1. Conceptualización: Claudia Margarita Aguirre Castro.
2. Curación de datos: Claudia Margarita Aguirre Castro, Yanín Díaz Lara, Jorge Soneira Pérez, Danay Castro Iglesias, Marelys Castro Iglesias.
3. Análisis formal: Claudia Margarita Aguirre Castro, Yanín Díaz Lara.
4. Investigación: Claudia Margarita Aguirre Castro, Yanín Díaz Lara, Jorge Soneira Pérez, Danay Castro Iglesias, Marelys Castro Iglesias.
5. Supervisión: Claudia Margarita Aguirre Castro, Danay Castro Iglesias.
6. Recursos: Claudia Margarita Aguirre Castro.
7. Investigación: Claudia Margarita Aguirre Castro, Yanín Díaz Lara, Jorge Soneira Pérez, Danay Castro Iglesias, Marelys Castro Iglesias.
8. Metodología: Claudia Margarita Aguirre Castro, Jorge Soneira Pérez.
9. Administración del proyecto: Claudia Margarita Aguirre Castro.
10. Supervisión: Jorge Soneira Pérez, Yanín Díaz Lara, Claudia Margarita Aguirre Castro.
11. Redacción – borrador original: Claudia Margarita Aguirre Castro, Yanín Díaz Lara, Jorge Soneira Pérez, Danay Castro Iglesias, Marelys Castro Iglesias.
12. Redacción – revisión y edición: Claudia Margarita Aguirre Castro, Yanín Díaz Lara, Jorge Soneira Pérez, Danay Castro Iglesias, Marelys Castro Iglesias.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Mourão F, Amado D, Ravasco P, Marqués P, Camilo ME. Nutritional risk and status assessment in surgical patients: a challenge amidst plenty. Nutr Hosp. 2004;19(2):83-8.

2. Cederholm T, Jensen GL, Correia MITD, Gonzalez MC, Fukushima R, Higashiguchi T, et al. GLIM criteria for the diagnosis of malnutrition-A consensus report from the global clinical nutrition community. Clin Nutr. 2019;38(1):1-9.

3. Narayan SK, Gudivada KK, Krishna B. Assessment of Nutritional status in the critically ill. Indian J Crit Care Med. 2020;24(Suppl. 4):S152-6.

4. Casaer MP, Van den Berghe G. Nutrition in the Critically Ill Patient. En: Williams SR. Nutrition in the Prevention and Treatment of Disease. 5th ed. London:Academic Press; 2022. p. 391-405.

5. Weijs PJM, Wischmeyer PE. Optimizing nutrition and metabolism in critically ill patients: A physiologic approach. En: Vincent JL. Annual Update in Intensive Care and Emergency Medicine. Switzerland:Springer International Publishing;2022. p. 307-19.

6. Suárez A. Nutrición en el paciente crítico. Med Inten[Internet]. 2006[citado 4/12/2024];30(1):[aprox. 8p.]. Disponible en: https://aula.campuspanamericana.com/.

7. Correia MI, Waitzberg DL. The impact of malnutrition on morbidity, mortality, length of hospital stay and costs evaluated through a multivariate model analysis. Clin Nutr. 2003;22(3):235-9.

8. Correia MI. Nutrition screening vs nutrition assessment: what's the difference? Nutr Clin Pract. 2018;33(1):62-72.

9. Sorensen J, Kondrup J, Prokopowicz J, Schiesser M, Krähenbühl L, Meier R, et al. EuroOOPS: An international, multicentre study to implement nutritional risk screening and evaluate clinical outcome. Clin Nutr. 2008;27(3):340-9.

10. Detsky AS, McLaughlin JR, Baker JP, Johnston N, Whittaker S, Mendelson RA, et al. What is subjective global assessment of nutritional status? J Parenter Enter Nutr. 1987;11(1):8-13.

11. Guigoz Y, Vellas B, Garry PJ. Assessing the nutritional status of the elderly: The Mini Nutritional Assessment as part of the geriatric evaluation. Nutr Rev. 1996;54(1 Pt 2):S59-65.

12. Ulibarri JI, González A, De Villar NGP, González P, González B, Mancha A, et al. CONUT: a tool for controlling nutritional status. First validation in a hospital population. Nutr Hosp. 2005;20(1):38-45.

13. Asociación Médica Mundial. Declaración de Helsinki de la AMM. Principios éticos para las investigaciones médicas con participantes

humanos[Internet]. Fortaleza:AMM;2013[citado 1/12/2020]. Disponible en: https://www.wma.net/es/30publications/10policies/b3/index.html.

14. Bertullo H, Olano E. Evaluación nutricional en el paciente crítico. En: Lovesio C. Medicina Intensiva. 7ma ed. Argentina:Editorial Rosario Corpus Libros Médicos y Científicos;2021. p. 1867-75.

15. Jauregui E, García EP, Quispe JC, Martinelli CF, Gómez JAJ. Asociación entre el riesgo nutricional, estancia hospitalaria y diagnóstico médico en pacientes de un hospital del seguro social peruano. Horiz Med (Lima)[Internet]. 2023[citado 8/8/2024]; 23(1):[aprox. 10p.]. Disponible en: https://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1727-558X2023000100005.

16. Tissert M, Paez Y, Romero LI, Gondres KM, Soltura LU. Evaluación nutricional de pacientes graves con enfermedad pulmonar obstructiva crónica. Rev Panorama Cuba Salud[Internet]. 2019[citado 26/8/2023];14(3):[aprox. 5p.]. Disponible en: https://www.revpanorama.sld.cu/index.php/rpan/article/view/.

17. Barbosa AA, Pereira A, Ramos FR. Comparison of NRS-2002 criteria with nutritional risk in hospitalized patients. Cien Saude Colet. 2019;24(9):3325-34.

18. Peña CF. Riesgo nutricional alto como factor asociado con neumonía asociada a ventilación mecánica en pacientes adultos de cuidados intensivos[Internet]. Perú:Universidad Privada Antenor Orrego;2021[citado 10/8/2023]. Disponible en: https://www.hdl.handle.net/20.500.12759/8660.

19. Martínez LA, Enríquez D, Alberti P. Asociación entre índices nutricionales y días de ventilación mecánica en adultos mayores críticamente enfermos. Rev Centro Inves Universidad La Salle[Internet]. 2021[citado 31/8/2023];14(55):[aprox. 17p.]. Disponible en: https://revistasinvestigacion.lasalle.mx/index.php/recein/article/download/2830/2944.

20. Kalaiselvan MS, Renuka MK, Arunkumar AS. Use of nutrition risk in critically ill (NUTRIC) score to assess nutritional risk in mechanically ventilated patients: A prospective observational study. Indian J Crit Care Med. 2017;21(5):253-6.