

Medicent Electrón. 2026;30:e4574

ISSN 1029-3043

Artículo Original

Desnutrición en adultos mayores y su relación con parámetros de laboratorio

Malnutrition in older adults and its relationship with laboratory parameters

Yusimí González Álvarez^{1*}<https://orcid.org/0000-0001-9418-6851>

Evelyn Tejeda Castañeda¹<https://orcid.org/0000-0001-7292-0090>

Elaine Teresa Gutiérrez Pérez¹<https://orcid.org/0000-0002-7783-2249>

Lutgarda Pérez de Alejo Rodríguez¹<https://orcid.org/0000-0001-8853-6499>

Adialys Alemán Zamora¹<https://orcid.org/0000-0002-2212-9150>

Yaniris Moya Pérez¹<https://orcid.org/0000-0001-7370-3952>

Leidy Saray Rodríguez Hernández²<http://orcid.org/0000-0001-5165-3624>

Marcos Chaviano Carballea¹<https://orcid.org/0000-0002-4743-803X>

Carmen Xiomara Moré Chang¹<https://orcid.org/0000-0002-9766-3905>

Jenifer de la Caridad Márquez Pérez³<https://orcid.org/0009-0007-0760-7314>

¹Universidad de Ciencias Médicas de Villa Clara. Cuba.

²Dirección Provincial de Salud. Santa Clara, Villa Clara. Cuba.

³Universidad Central «Marta Abreu» de Las Villas. Cuba.

* Autor para la correspondencia: Correo electrónico: yusimiga@infomed.sld.cu

RESUMEN

Introducción: El envejecimiento se define como la pérdida progresiva de funciones fisiológicas, acompañado de un aumento de la morbilidad y mortalidad.

Objetivo: Determinar la prevalencia de la desnutrición en adultos mayores atendidos en el servicio de Geriátría del Hospital Universitario Clínico-Quirúrgico «Arnaldo Milián Castro», de Villa Clara, entre agosto del 2024 y enero del 2025, y su relación con los parámetros de laboratorio.

Métodos: Se realizó un estudio analítico transversal para relacionar el estado nutricional de pacientes geriátricos, mediante la herramienta Mini Evaluación Nutricional, con métodos que incluyen parámetros de laboratorio. La población estuvo constituida por 165 adultos mayores; y se tomó una muestra no probabilística de 70 individuos, de 60 años o más. Para el análisis de datos se utilizó la estadística descriptiva de frecuencia absoluta, frecuencia relativa y razón de probabilidades.

Resultados: Se comprobó el estado de desnutrición en el 42,9 % de los pacientes. El sexo femenino y el grupo con 75-90 años de edad, fueron los más representados. La hipertensión arterial fue el antecedente más frecuente (45,7 %). El alcohol y el tabaco tuvieron un mayor porcentaje entre los hábitos tóxicos, y el café prevaleció en el grupo de riesgo. El 89,8 % de la prealbúmina patológica se dio en pacientes desnutridos.

Conclusiones: En menos de la mitad de los adultos mayores hospitalizados, mayormente del sexo femenino, prevaleció la desnutrición, relacionada con hábitos tóxicos y múltiples enfermedades. Existió una relación significativa entre la evaluación nutricional y los parámetros de laboratorio: prealbúmina, albúmina y colesterol.

DeCS: desnutrición; envejecimiento; anciano; laboratorios.



ABSTRACT

Introduction: aging is defined as the progressive loss of physiological functions which is accompanied by an increase in morbidity and mortality.

Objective: to determine the prevalence of malnutrition in older adults treated in the Geriatrics service at “ Arnaldo Milián Castro” Clinical and Surgical University Hospital in Villa Clara between August 2024 and January 2025 as well as its relationship with laboratory parameters.

Methods: a cross-sectional analytical study was carried out in order to relate the nutritional status of geriatric patients by means of the Mini Nutritional Assessment tool and methods that included laboratory parameters. The population was made up of 165 older adults; a non-probabilistic sample of 70 individuals aged 60 or older was taken. Descriptive statistics of absolute frequency, relative frequency and odds ratio were used for data analysis.

Results: malnutrition status was confirmed in 42.9% of patients. Female gender and group aged 75-90 years were the most represented. High blood pressure was the most common medical history (45.7%). Alcohol and tobacco had a higher percentage among toxic habits and coffee prevailed in the risk group. The 89.8% of pathological prealbumin occurred in malnourished patients.

Conclusions: malnutrition related to toxic habits and multiple diseases prevailed in less than half of the hospitalized older adults, mostly female. There was a significant relationship between nutritional evaluation and laboratory parameters such as prealbumin, albumin and cholesterol.

MeSH: malnutrition; aging; aged; laboratories.

Recibido: 3/03/2026

Aprobado: 26/03/2026



INTRODUCCIÓN

El envejecimiento se define como la pérdida progresiva de funciones fisiológicas, acompañado de un aumento de la morbilidad y mortalidad. Se caracteriza por alteraciones somáticas, morfológicas, funcionales y psicológicas, que ocasionan un declive en las facultades físicas y cognitivas.⁽¹⁾ Además de las alteraciones propias de este proceso biológico, ocurren cambios que tienen consecuencias directas en el estado nutricional de los adultos mayores; lo que causa alteraciones que repercuten a nivel clínico, social, funcional y económico. A pesar de que esa etapa fisiológica no tiene una delimitación clara, el inicio de la ancianidad se ha establecido, convencionalmente, entre los 65-70 años.⁽²⁾

Aunque las causas del envejecimiento poblacional son las mismas en todos los países, estas se han manifestado de forma distinta a lo largo del tiempo. La disminución de la natalidad y la fecundidad son la causa más importante en la actualidad. La disminución de la mortalidad puede ser determinante, o no, en el envejecimiento; ello depende del grupo de edad donde se produce esa disminución.⁽³⁾

Se estima que a nivel mundial existen 658 millones de personas con 60 años o más; de ellos, aproximadamente 400 millones viven en países subdesarrollados. Se prevé que para el año 2025 esta cifra alcance 1,2 billones. Europa es la región más envejecida del mundo. América Latina no escapa a esta realidad, con un incremento sostenido en la proporción y número absoluto de personas.⁽⁴⁾

En Latinoamérica y el Caribe, Uruguay ocupa el primer lugar entre los países más envejecidos, seguido por Cuba (19,8 % de la población), y en tercer lugar Argentina. Se prevé que en pocos años Cuba y Barbados ocupen el primer lugar en esta región; para el año 2030 se ha pronosticado que Cuba sería el país latinoamericano y caribeño más envejecido, con más de un 26 % de su población con 60 años y más.⁽⁵⁾ Los avances sociales alcanzados en la Isla han modelado un patrón demográfico similar al de los países desarrollados.⁽⁶⁾ Villa Clara es la



provincia cubana más envejecida, con 779 125 habitantes, de ellos 185 637 superan los 60 años, y 17 500 tienen más de 85 años.⁽⁷⁾

El riesgo de desnutrición en las personas mayores se halla favorecido por factores sociales y psicológicos, por enfermedades crónicas, polimedicación, disfagia, alteración en la masticación, entre otros. Este fenómeno aumenta en la población anciana en entornos hospitalarios, ya que el proceso de hospitalización puede ocasionar cambios en su rutina, especialmente en su forma de alimentarse.⁽⁸⁾

La desnutrición en el paciente hospitalizado tiene una prevalencia de alrededor de un 30 %; y se relaciona con el aumento de complicaciones, una peor calidad de vida, el incremento de la estancia hospitalaria y necesidades de recursos asistenciales; además de representar una mayor mortalidad que en los pacientes normonutridos. Es este un problema de salud a nivel mundial que aumenta a diario, a causa del creciente índice de envejecimiento poblacional.^(9,10)

La atención al adulto mayor constituye una prioridad para el gobierno cubano y un reto para el Ministerio de Salud Pública: brindar asistencia y especial atención a estas personas que arriban a los 60 años. En tal sentido, la atención primaria de salud constituye un espacio ideal para las mejoras necesarias en la atención a este grupo dispensarial, que contribuya al mejoramiento del estado de salud de la población.⁽¹¹⁾

Envejecer no es lo mismo que enfermarse, aunque con el envejecimiento aparecen un grupo de enfermedades conocidas como crónicas, así como factores de riesgo que disminuyen, en los ancianos, la percepción de su salud, en detrimento de la calidad de vida.⁽¹²⁾

Los factores principales que afectan el estado nutricional del anciano son: factores socioeconómicos y culturales, cambios en la composición corporal, defectos bucales, disminución sensorial, modificaciones funcionales del aparato digestivo, reserva insuficiente de vitaminas, ingreso deficiente de hierro y calcio, presencia de enfermedades y el ingreso excesivo de alimentos, a expensas de alimentos ricos en carbohidratos y grasas en personas con escasa actividad física.^(12,13)



La malnutrición se define como el estado que aparece como resultado de una dieta desequilibrada, en la cual hay nutrientes que faltan, son excesivos, o desproporcionados.^(9,14) La prevalencia de la desnutrición en los ancianos varía en los distintos registros, lo que depende del método empleado para diagnosticarla.⁽¹⁵⁾

La desnutrición se asocia a una depresión del sistema inmunológico, lo que se traduce en una mayor tasa de infecciones. La pérdida de peso, de masa magra y ósea conlleva a una disminución de la capacidad respiratoria, mayor facilidad para las caídas y fracturas, úlceras por presión, entre otras afecciones.⁽¹⁶⁾ La detección temprana de la desnutrición en los adultos mayores es una prioridad, para optimizar los cuidados de salud, y tiene un efecto significativo sobre la morbimortalidad de esta población.⁽¹⁷⁾

La valoración nutricional se lleva a cabo a través de la aplicación de pruebas, como evaluaciones antropométricas, determinaciones clínicas, análisis de parámetros bioquímicos (albúmina y prealbúmina sérica, colesterol sérico) e inmunológicos (conteo global de linfocitos), así como la historia dietética, escalas o encuestas.⁽¹⁸⁾ Las proteínas viscerales son útiles como monitores del estado nutricional en ancianos. La albúmina es un signo tardío de desnutrición y un factor independiente de mortalidad, la prealbúmina tiene una vida media más corta que la albúmina, es un indicador útil del estado nutricional inmediato, y se relaciona con la masa muscular magra.⁽¹⁹⁾

Existen también las escalas de valoración nutricional en el adulto mayor: Mini Evaluación Nutricional (MNA, por sus siglas en inglés);⁽²⁰⁾ método validado y estandarizado de evaluación nutricional que permite identificar a pacientes geriátricos con desnutrición o riesgo de padecerlo, con una sensibilidad del 96 % y una especificidad del 98 %. Es rápido y no necesita equipos especializados; consta de 18 aspectos que incluyen mediciones antropométricas simples.⁽²¹⁾

Aparecen otras escalas como el Control del Estado Nutricional (CONUT),⁽²²⁾ herramienta informática que evalúa automáticamente el estado nutricional de los



pacientes a partir de tres datos de laboratorio: la albúmina sérica, el colesterol total y el recuento total de linfocitos. Su propósito principal es la detección precoz y el seguimiento de la desnutrición en pacientes hospitalizados, de ahí su utilidad para predecir el pronóstico en diversas enfermedades.

Otro método utilizado es el Índice de Riesgo Nutricional (IRN),⁽²³⁾ herramienta que evalúa el estado nutricional de un paciente a partir de la albúmina sérica y la relación entre el peso corporal actual y el peso corporal ideal. Su propósito es predecir el riesgo de desnutrición, identificar complicaciones postoperatorias y predecir la supervivencia en diferentes poblaciones, especialmente útil en entornos hospitalarios.

La evaluación nutricional es primordial en la detección de la desnutrición en el adulto mayor, para así tratarlo integralmente, realizar una intervención oportuna, prevenir complicaciones, largas estadías hospitalarias y disminuir los costos. Por ello, la presente investigación se propuso determinar el riesgo de desnutrición y su relación con los parámetros de laboratorio en adultos mayores atendidos en el servicio de Geriatria del Hospital Universitario Clínico-Quirúrgico «Arnaldo Milián Castro» de Villa Clara, entre agosto del 2024 y enero del 2025.

MÉTODOS

Se realizó un estudio analítico transversal para determinar la evaluación nutricional y su relación con los parámetros de laboratorio en adultos mayores atendidos en el servicio de Geriatria del Hospital Universitario Clínico-Quirúrgico «Arnaldo Milián Castro» de Villa Clara, entre agosto del 2024 y enero del 2025.

La población estuvo constituida por 165 adultos mayores. La muestra, seleccionada, mediante un muestreo intencional no probabilístico, fue de 70 individuos, con 60 años o más, de la cual se excluyeron los pacientes con



trastornos mentales, postrados, y los que tuvieron diagnóstico de cáncer o enfermedad renal crónica.

Operacionalización de las variables:

Epidemiológicas:

1. Sexo: variable cualitativa nominal dicotómica según sexo biológico (masculino y femenino).

- Edad: variable cuantitativa continua, dividida en clases para su estudio, de 60 – 74; 75 – 90; >90, sucesivamente.

- Procedencia: variable cualitativa nominal dicotómica, según antecedentes referidos en la historia clínica (domicilio o institución).

- Antecedentes personales de salud: variable cualitativa nominal politómica, según los antecedentes referidos en historia clínica: hipertensión arterial, diabetes mellitus, cardiopatía isquémica, hábitos tóxicos (café, alcohol, tabaco) y otras.

Clínicas:

- Diagnóstico al ingreso: variable cualitativa nominal politómica (sepsis respiratoria, urinaria y otras).

- Consumo de medicamentos: variable cualitativa nominal dicotómica, según encuesta MNA: menos de 3 medicamentos al día, 3 o más medicamentos al día.

- Las variables de laboratorio estudiadas fueron todas cuantitativas continuas, e incluyeron: albúmina, prealbúmina, colesterol, conteo global de linfocitos.

Las muestras de sangre venosa, para determinar las variables de laboratorio, se tomaron con los pacientes sentados, después de un ayuno nocturno de 12-14 horas. Se procesaron por duplicado, sin sobrepasar la repetitividad, el 5 % del coeficiente de variación.

Las determinaciones hemoquímicas se realizaron en el laboratorio del hospital, con protocolos analíticos localmente definidos: albúmina (g/L) con valores patológicos: < 35g/L; prealbúmina (mg/dL) con valores patológicos: < 3,0mg/dL; colesterol (mmol /L) con valores patológicos: < 3,5mmo/L; conteo global de linfocitos con valores patológicos: <20 %.



-Evaluación nutricional (variable cualitativa ordinal):

El MNA obtenido por la encuesta: mediciones antropométricas y preguntas sobre hábitos alimentarios, estilos de vida, enfermedades y autopercepción del estado de salud relacionado con la nutrición. La encuesta estuvo conformada por 18 aspectos, cada uno ponderado con puntuación final que se cuantifica: >23,5 puntos (estado nutricional satisfactorio), 17-23,5 puntos (riesgo de desnutrición), < 17 puntos (desnutrición).

El CONUT evaluó automáticamente el estado nutricional de los pacientes, a partir de tres datos de laboratorio: la albúmina sérica, el colesterol total y el recuento total de linfocitos. Sus resultados estratificaron el riesgo en: normal (0-1), leve-alto (2-4), moderado-alto (5-8), muy alto (9-12).

El IRN, fórmula definida originalmente como: $1.519 \times \text{albúmina sérica (g/L)} + 41,7 \times [\text{peso corporal actual (kg)} \div \text{peso corporal habitual (kg)}]$, determinó los siguientes grupos: sin riesgo (mayor a 100 puntos), leve (de 97,5 a 100), moderado (de 83,5 a 97,4) y grave (menor de 83,5).

Variable dependiente: desnutrición (sí/no) en función de la evaluación por MNA.

Variables independientes: parámetros de laboratorio.

Para el análisis de los datos se utilizó la estadística descriptiva y las frecuencias absoluta y relativa; la prueba de independencia de Chi-cuadrado para determinar la relación entre las características y la desnutrición, y el cálculo de la razón de probabilidades (*odds ratio*, OR) e intervalo de confianza: magnitud y efecto de la relación de los parámetros de laboratorio con la desnutrición.

La investigación se rigió por lo establecido en la Declaración de Helsinki de 1976, y requirió el consentimiento informado de los adultos mayores estudiados. Se solicitó también la aprobación del Comité de Ética de la institución.



RESULTADOS

Con respecto a la distribución de los pacientes según indicadores epidemiológicos como edad, sexo y procedencia, fue más frecuente el sexo femenino, con 46 mujeres (65,7 %). Según la edad, el grupo más representado fue el de 75-90 años, con 37 pacientes (52,9 %), seguido del de 60-74 con 31 (44,3 %). La mayoría procedía de sus domicilios: 57 pacientes (81,4 %).

Respecto a la evaluación nutricional, fue significativo el número elevado de féminas desnutridas (50 %); de los pacientes masculinos, el 41,7% se hallaba en riesgo de desnutrición.

En relación con la edad, los mayores de 90 años (2) estaban desnutridos, en el grupo de 60-74 años prevaleció la desnutrición (51,6 %), en el grupo de 75-90 años hubo una distribución aproximada en cada una de las estratificaciones de riesgo, la normalidad no se obtuvo ni en el 30 % de la muestra.

Con respecto a la procedencia, de los 57 que provenían del domicilio solo el 19,3 % presentaron índices normales y un 31,6 %, riesgo de desnutrición. De los 13 pacientes que venían de una institución, el 46,2 % presentó riesgo. Ello evidenció una relación estadísticamente significativa entre la procedencia y el MNA (p inferior a 0.05 valor de alfa). (Tabla 1)



Tabla 1. Distribución de adultos mayores según sexo, grupo de edad, procedencia y evaluación nutricional

Evaluación nutricional (MNA)									
Características	Escala	Normal (n=16;22,29 %)		Riesgo (n=24;34,3 %)		Desnutrido (n=30; 42,9 %)		Total (N=70;100%)	
		No.	%	No.	%	No.	%	No.	%
Sexo	Femenino	9	19,6	14	30,4	23	50	46	65,7
X ² =2,8800 p=0,2369	Masculino	7	29,2	10	41,7	7	29,2	24	34,3
Grupos de edad	60-74 años	5	16,1	10	32,3	16	51,6	31	44,3
	75-90 años	11	29,7	14	37,8	12	32,4	37	52,9
X ² =5,7113 p=0,2218	>90 años	0	0,0	0	0,0	2	100,0	2	2,9
Procedencia	Domicilio	11	19,3	18	31,6	28	49,1	57	81,4
X ² =5,6302 p=0,0599	Institución	5	38,5	6	46,2	2	15,4	13	18,6

Fuente: Historias clínicas.

La distribución de los adultos mayores se realizó según indicadores como: antecedentes de salud, hábitos tóxicos, consumo de medicamentos, diagnóstico al ingreso y evaluación nutricional.

En lo referente a los antecedentes patológicos personales (APP), la hipertensión arterial (HTA) fue la de mayor representatividad, en 32 pacientes (45,7 %), seguida de la cardiopatía isquémica (CI), en el 31,4 %. Es importante señalar que dentro de los desnutridos, los sujetos con CI, seguidos de los que padecen diabetes mellitus (DM), son los que presentan mayor porcentaje de desnutrición. Algunos de estos pacientes padecían varias enfermedades crónicas (HTA, DM y CI). Solo el 9,1 % de los cardiopatas conservaban un estado nutricional normal.

Con respecto a los hábitos tóxicos, todos los alcohólicos estaban desnutridos, la ingestión de café mantenía en riesgo de desnutrición al 79,2 %. No obstante, entre aquellos que no refirieron ningún hábito tóxico, el (41,7 %) presentaban desnutrición.

En cuanto al consumo de medicamentos, 21 pacientes tomaban más de tres



(30 %). En relación con la polifarmacia, tanto para el MNA como para el CONUT, la mayoría de los pacientes estaban desnutridos; ambos métodos marcaron esta afección en el 42,9 % de los adultos mayores estudiados.

En el diagnóstico al momento del ingreso, lo más observable fue la sepsis respiratoria. La mitad de los pacientes estaban desnutridos y el 42,9 % se hallaban en riesgo de desnutrición. Ninguno de los adultos mayores con sepsis urinaria presentó una evaluación nutricional normal, se encontraban en riesgo o desnutridos, y representaron la mayoría. De estas características epidemiológicas y clínicas, solo los hábitos tóxicos mostraron una relación significativa con la evaluación nutricional según el MNA. (Tabla. 2)

Tabla 2. Antecedentes, hábitos tóxicos, consumo de medicamentos, diagnóstico al ingreso y evaluación nutricional de los adultos mayores.

Características	Escala	Evaluación nutricional (MNA)						Total (N=70 ;100%)	
		Normal (n=16;22,9%)		Riesgo (n=24; 34,3%)		Desnutrido (n=30;42,9%)		No	%
		No	%	No	%	No	%		
APP $X^2=7.8943$ $p=0.246$	HTA	11	34,4	12	37,5	9	28,1	32	45,7
	DM	5	26,3	8	42,1	6	31,6	19	27,1
	CI	2	9,1	11	50,0	9	40,9	22	31,4
	Otros	7	46,7	3	20,0	5	33,3	15	21,4
Hábitos tóxicos $X^2=42.0545$ $p=0,000$	Café	2	8,3	19	79,2	3	12,5	24	34,3
	Alcohol	0	0,0	0	0,0	9	100	9	12,9
	Tabaco	4	30,8	1	7,7	8	61,5	13	18,6
	Ninguno	10	41,7	4	16,7	10	41,7	24	34,3
Consumo de medicamento $X^2=0.7143$ $p=0.6997$	< tres	6	28,6	6	28,6	9	42,9	21	30,0
	≥tres	10	20,4	18	36,7	21	42,9	49	70,0
Diagnóstico al ingreso $X^2=7.4095$ $p=0.1158$	Sepsis respiratoria	13	81,3	18	42,9	21	50,0	42	60,0
	Sepsis urinaria	0	0,0	4	33,3	8	66,7	12	17,1
	Otros	3	7,1	2	12,5	1	6,3	16	22,9

Fuente: Historia Clínica



El CONUT se basó en determinaciones de laboratorio (albúmina, colesterol y conteo global de linfocitos) y el IRN tomó como valor la albúmina sérica y la pérdida de peso reciente al ingreso. Según el IRN, el 85,7 % de los pacientes presentó algún nivel de desnutrición, según el CONUT hay un 80 % y según el MNA, un 42,9 %. Al realizar un análisis comparativo de los métodos utilizados, se observa que la clasificación de desnutridos por el CONUT, como por el IRN, es superior al MNA; lo que evidencia la eficacia de estas herramientas para monitorear cambios en el estado nutricional durante la hospitalización o el seguimiento ambulatorio. (Tabla 3)

Tabla 3. Escalas de evaluación de la desnutrición.

Desnutrición	Escalas de evaluación					
	MNA		CONUT		INR	
	No.	%	No.	%	No.	%
Sí	30	42,9	56	80	60	85,7
No	40	57,1	14	20	10	14,3

Se consideraron desnutridos aquellos pacientes clasificados «en riesgo» por MNA o con parámetros alterados de laboratorio. Del total de la población, el 72,9 % tuvo albúmina patológica y la tasa de prevalencia de desnutrición fue del 96,1 %. Con respecto a la prealbúmina, el 84,3 % presentó valores patológicos, con una tasa de prevalencia de 89,8 %. El colesterol, en una frecuencia de 55,7 %, también marcó valores patológicos y una tasa de prevalencia de 92,3 %. Con respecto al conteo global de linfocitos, predominaron los valores normales (62,9 %), con una tasa de prevalencia de desnutrición con linfocitos patológicos de 86,4 %.

Los parámetros de laboratorio, excepto el conteo de linfocitos, marcaron una diferencia significativa entre los valores normales y patológicos, con valor de p inferior a 0.05, y el valor de OR con IC, donde no se incluye el 1. Se observa en la prealbúmina un OR de 83,3, interpretado como un incremento en 83 veces de la



probabilidad de que el paciente estuviera desnutrido, por cada mg/dl inferior al valor normal. (Tabla 4)

Tabla 4. Parámetros de laboratorio y desnutrición según MNA.

Parámetros de laboratorio	Escala	Desnutrición					
		Sí (n=54;77,1%)		No (n=16;22,9%)		Total	
		No.	%*	No.	%*	No.	%*
Albúmina $X^2=38,2080$ $p<0,0000$ OR=68,6 (11,9-392,4)	Patológico (< 35g/l)	49	96,1	2	3,9	51	72,9
	Normal	5	26,3	14	73,7	19	27,1
Prealbúmina $X^2=34,277$ $p<0,0000$ OR=83,3 (9,6-815,1)	Patológico (< 3,0mg/dl)	53	89,8	6	10,2	59	84,3
	Normal	1	9,1	10	90,9	11	15,7
Colesterol $X^2=11,4857$ $p=0,0007$ OR=8,7 (2,2-34,2)	Patológico (7,6ml/l)	36	92,3	3	7,7	39	55,7
	Normal	18	58,1	13	41,9	31	44,3
Cuento de linfocitos $X^2=11,4857$ $p=0,2524$ OR=2,1 (0,58-7,23)	Patológico (<20%)	22	84,6	4	15,4	26	37,1
	Normal	32	72,7	12	27,3	44	62,9

Fuente: Historias clínicas.
%* Por fila

DISCUSIÓN

En relación con la variable sexo, existió un predominio del sexo femenino entre la población anciana desnutrida. Algunos autores relacionan este fenómeno con una mayor longevidad en las mujeres; que por esta misma razón suelen padecer más enfermedades crónicas y problemas de salud que contribuyen a la desnutrición. Muchas féminas enfrentan un mayor aislamiento social, lo que puede afectar su acceso a alimentos y nutrición adecuada.^(3,7)

En cuanto al grupo de edad, el más desnutrido fue el de 85 años o más, debido a enfermedades crónicas que afectan la absorción de nutrientes, a dificultades para moverse y acceder a los alimentos, y cambios físicos y psicológicos que influyen en el apetito. Este aspecto coincidió con los estudios de Iglesias y colaboradores⁽²⁾ y Wanden-Berghe.⁽⁸⁾



En cuanto a los pacientes institucionalizados, los resultados pueden estar mediados por factores como: un mayor grado de dependencia funcional, la demencia, la polimedicación, las hospitalizaciones frecuentes, entre otros. Ello no coincide con el presente estudio, el mayor porcentaje estaba en aquellos que provenían de una vivienda particular. De los institucionalizados solo dos se encontraban desnutridos, y el 46,2 % presentaba riesgo de desnutrición.^(9,13)

Las enfermedades crónicas en ancianos, más relacionadas con la desnutrición son: la hipertensión arterial, la insuficiencia cardíaca, la diabetes mellitus, la enfermedad pulmonar obstructiva crónica, el Alzheimer, la demencia, el cáncer, los trastornos digestivos, entre otras.

La presente investigación coincide con lo informado por estudios precedentes respecto a la evaluación nutricional, que debe realizarse al ingresar el paciente y durante la hospitalización; con el objetivo de implementar planes de alimentación adaptados a las necesidades específicas de cada enfermedad y de cada entorno; con la participación de médicos, nutricionistas y terapeutas para abordar de manera efectiva esta afección.^(14,15,16,17)

Los parámetros de laboratorio son fundamentales para la evaluación del estado nutricional en los adultos mayores; entre ellos la albúmina. Cuando esta presenta niveles bajos puede indicar desnutrición, enfermedades hepáticas o inflamación crónica. Por otra parte, los bajos niveles de prealbúmina constituyen un marcador más sensible de desnutrición aguda, al igual que las proteínas totales, la hemoglobina (anemia), el colesterol, el recuento bajo de linfocitos y una respuesta inmune comprometida, entre otros. Por ello es necesario realizar un perfil bioquímico completo para evaluar estos parámetros que detectan cambios en el estado nutricional, según lo que plantea Cortes y colaboradores,⁽²⁴⁾ en un estudio realizado en el 2020 y que coincide con la presente investigación.

En cuanto al INR y el MNA, se puede afirmar que ambas mostraron una tendencia similar con valores elevados, lo que sugiere un deterioro en la salud o desnutrición de los ancianos. El CONUT, aunque útil, no se alinea directamente



con el MNA en su mecanismo de evaluación, lo cual hace que su interpretación y correlación sean distintas, aunque con los mismos rangos de normalidad. Esto coincide con una investigación realizada por García-Fuentes⁽²⁵⁾ en 2024, que muestra valores similares a la presente.

Es recomendable realizar una evaluación nutricional de los pacientes geriátricos por las escalas que utilizan los valores de laboratorio, ya que es una forma fácil y factible de obtener dicha evaluación; resulta imprescindible para establecer un tratamiento adecuado desde el inicio del ingreso hospitalario y para monitorear la respuesta a este. Esto disminuirá la estadía en la institución, los costos y la reducción de la morbimortalidad de este grupo etario. Por ello, se aconseja hacerlo extensivo a otros servicios como Cirugía y Terapia Intensiva, para que logren mejores resultados al egreso de estos pacientes.

CONCLUSIONES

El desarrollo de la presente investigación evidenció una prevalencia de la desnutrición en menos de la mitad de los adultos mayores hospitalizados, con predominio del sexo femenino y relacionado con hábitos tóxicos, así como con el padecimiento de múltiples enfermedades crónicas por un mismo paciente. Existió una relación significativa entre la evaluación nutricional y los parámetros de laboratorio, como la prealbúmina, la albumina y el colesterol, en ese orden.

Se puede concluir que el empleo de diferentes métodos para la valoración nutricional del adulto mayor como MNA, CONUT, INR, son herramientas útiles en el seguimiento y pronóstico de los pacientes hospitalizados en el servicio de Geriatría, aunque deben usarse conjuntamente con los parámetros de laboratorio; práctica que debe ser extensiva a otros servicios médicos para prevenir complicaciones hospitalarias en los adultos mayores, reducir la morbimortalidad y elevar la calidad de vida de tan numeroso grupo etario.



REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Libertini G. Definición de envejecimiento. En: Gu D, Dupre ME. Enciclopedia de gerontología y envejecimiento de la población [Internet]. Cham: Springer; 2021 [citado 2024 mzo. 23]. p. 257-66. Disponible en: https://www.researchgate.net/publication/356809855_Encyclopedia_of_Gerontology_and_Population_Aging
2. Iglesias L, Bermejo JC, Vivas A, León R, Villacieros M. Estado nutricional y factores relacionados con la desnutrición en una residencia de ancianos. Gerokomos [Internet]. 2020 [citado 2024 mzo. 23];31(2):76-80. Disponible en: <https://scielo.isciii.es/pdf/geroko/v31n2/1134-928X-geroko-31-02-76.pdf>
3. Espinosa-Brito A. A propósito del debate actual sobre el envejecimiento en Cuba. Revista Finlay [Internet]. 2023 [citado 2025 oct. 9];13(4):454-71. Disponible en: <https://revfinlay.sld.cu/index.php/finlay/article/view/1342>
4. Gianfredi V, Nucci D, Pennisi F, Maggi S, Veronese N, Soysal P. Aging, longevity, and healthy aging: the public health approach. Aging Clin Exp Res [Internet]. 2025 [citado 2025 oct. 9];37(1):[cerca de 12 pantallas]. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/40244306/>
5. Spijker J. El futuro del envejecimiento en América Latina y el Caribe: nuevas perspectivas metodológicas. Pap Poblac [Internet]. 2022 [citado 2025 oct. 9];28(114):15-38. Disponible en: <https://www.scielo.org.mx/pdf/pp/v28n114/2448-7147-pp-28-114-15.pdf>
6. Instituto Nacional de Estadística [Internet]. Madrid: INE; c2022 [citado 26 de abril de 2024]. Avance de la Estadística del Padrón Continuo a 1 de enero de 2022; [cerca de 16 pantallas]. Disponible en: https://www.ine.es/prensa/pad_2022_p.pdf



7. Pérez Silverio D, Palacio González DM, Valdivia Corrales JA, del Valle Méndez AB, Hidalgo Blanco L. La condición física en adultas mayores del Hogar de ancianos 4 del municipio Santa Clara. CIAF [Internet]. 2024 [citado 2025 oct. 26];11(1):1-12. Disponible en:

<https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=9817758>

8. Wanden-Berghe C. Evaluación nutricional en mayores. Hosp Domic. [Internet]. 2022 [citado 2025 oct. 09];6(3):121-34. Disponible en:

http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2530-51152022000300121&lng=es

9. de Pazos Carrazana JL, Iturralde González LO, de Pazos Castro B, Morejón Pérez R. Malnutrición en el paciente crítico, una mirada desde la ciencia, tecnología y sociedad. Universidad y Sociedad [Internet]. 2022 [citado 2025 oct. 09];14(3):350-8. Disponible en: <http://scielo.sld.cu/pdf/rus/v14n3/2218-3620-rus-14-03-350.pdf>

10. Gutiérrez B. La evolución del concepto de envejecimiento y vejez ¿Por fin hablaremos de salud en vejez en el siglo XXI? Saludem Scientia Spiritus [Internet]. 2022 [citado 2025 oct. 9];8(4):14-22. Disponible en:

<http://revistas.javerianacali.edu.co/index.php/saludemscientiaspiritus/article/view/624>

11. Dirección de Registros Médicos y Estadísticas de Salud. Anuario Estadístico de Salud 2019. Ministerio de Salud Pública. La Habana: 2020.

12. García Abril MC. Limitaciones del adulto mayor en su proceso de envejecimiento frente a los nuevos retos sociales en el Ecuador. Pentaciencias [Internet]. 2022 [citado 2025 oct. 9];4(1):262-74. Disponible en:

<https://editorialalema.org/index.php/pentaciencias/article/view/68>



13. Pinilla Cárdenas MA, Ortiz Álvarez MA, Suárez-Escudero JC. Adulto mayor: envejecimiento, discapacidad, cuidado y centros día. Revisión de tema. Salud Uninorte [Internet]. 2021 [citado 2025 oct. 09];37(2):488-505. Disponible en: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0120-55522021000200488&lng=en
14. Pinzón-Espitia OL. Malnutrición en el adulto mayor. Rev Cienc Salud [Internet]. 2023 [citado 2025 oct. 09];21(2):[cerca de 4 pantallas]. Disponible en: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1692-72732023000200001&lng=en
15. Tomaszewicz A, Polański J, Tański W. Advancing the Understanding of Malnutrition in the Elderly Population: Current Insights and Future Directions. Nutrients [Internet]. 2024 [citado 2025 oct. 09];16(15):[cerca de 11 pantallas]. Disponible en: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC11314143/>
16. Asenjo-Alarcón J. Estado nutricional según características demográficas de adultos mayores peruanos. Rev Finlay [Internet]. 2022 [citado 2025 oct 9];12(1):51-56. Disponible en: <https://revfinlay.sld.cu/index.php/finlay/article/view/1060>
17. Fuentes-Rodríguez E, Vilorio-Pérez C, Rodríguez-Herrera E. Trascendencia del envejecimiento poblacional y su impacto en la sociedad cubana. MedEst [Internet]. 2024 [citado 2025 oct. 9];4(2):[cerca de 15 pantallas]. Disponible en: <https://revmedest.sld.cu/index.php/medest/article/view/193>
18. Norman K, Haß U, Pirlich M. Malnutrition in Older Adults-Recent Advances and Remaining Challenges. Nutrients [Internet]. 2021 [citado 2025 oct. 9];13(8):[cerca de 20 pantallas]. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34444924/>
19. Bellanti F, Lo Buglio A, Quiete S, Vendemiale G. Malnutrition in Hospitalized Old Patients: Screening and Diagnosis, Clinical Outcomes, and Management. Nutrients [Internet]. 2022 [citado 2025 oct. 9];14(4):[cerca de 16 pantallas]. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/35215559/>



20. Meneses A, Silva C, Pinho-Reis C, Soares-Guerra R. Mini nutritional assessment-short form test: criterion and predictive validity in older adults from a long-term care unity. *Nutr Hosp* [Internet]. 2023 [citado 2025 oct. 13];40(4):763-70. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0212-16112023000500012&lng=es
21. 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* [Internet]. 2021 [citado 2025 oct. 13];398(10314):1927-38. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34656286/>
22. Castrillón-Lozano JA, Bonilla-Vergara HG, Rivera-Pérez MÁ. Fístula enterocutánea: un enfoque desde las generalidades y el estado nutricional. *Rev Colomb Cir* [Internet]. 2024 [citado 2025 oct. 9];39(2):291-8. Disponible en: <https://www.redalyc.org/journal/3555/355577480011/html/>
23. Palacios Téllez D. Sobre el riesgo nutricional preoperatorio en pacientes en espera de cirugía electiva. *RCAN* [Internet]. 2023 [citado 2025 oct. 13];32(1):52-70. Disponible en: <https://revalnutricion.sld.cu/index.php/rcan/article/view/1345>
24. Cortes R, Yañez AM, Capitán-Moyano L, Millán-Pons A, Bennasar-Veny M. Evaluation of different screening tools for detection of malnutrition in hospitalised patients. *J Clin Nurs* [Internet]. 2024 [citado 2025 oct. 13];33(12):4759-71. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/38629350/>
25. García-Fuente I, Corral-Gudin L, Gabella-Martín M, Olivet-de-la-Fuente VE, Pérez-Nieto J, Miramontes-González P. ¿Cómo detectar a los pacientes mayores no institucionalizados en riesgo de malnutrición durante su hospitalización? Comparación de 8 herramientas de cribado de malnutrición o de riesgo nutricional. *Rev Clín Esp* [Internet]. 2024 [citado 2025 oct. 13];224(4):217-24. Disponible en: <https://www.revclinesp.es/es-como-detectar-pacientes-mayores-no-articulo-S0014256524000626>



Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener conflicto de intereses.

Contribución de los autores

Revisión bibliográfica: Yusimí González Álvarez, Lutgarda Pérez de Alejo Rodríguez.

Procesamiento estadístico: Evelyn Tejeda Castañeda, Elaine Teresa Gutiérrez Pérez.

Análisis y discusión de los resultados: Yusimí González Álvarez, Lutgarda Pérez de Alejo Rodríguez, Adialys Alemán Zamora, Yaniris Moya Pérez, Leidy Saray Rodríguez Hernández, Marcos Chaviano Carballea, Carmen Xiomara Moré Chang, Jenifer de la Caridad Márquez Pérez.

Redacción: Yusimí González Álvarez, Lutgarda Pérez de Alejo Rodríguez, Adialys Alemán Zamora, Yaniris Moya Pérez, Jenifer de la Caridad Márquez Pérez.

