Horizonte Académico
Revista Multidisciplinaria
Recibido:09/10/2025 Aprobado:15/11/2025

DOI: https://doi.org/10.70208/3007.8245.v5.n3.280

Asociación entre la edad y el estado nutricional al ingreso y durante la estancia hospitalaria en adultos mayores

Cristian Ivan Gaytan Saldaña
cristian-1278@hotmail.com
https://orcid.org/0009-0005-0879-2289
Instituto Mexicano del Seguro Social OOAD S.L.P.,
Hospital General de Zona con Medicina Familiar #2. México

Karen Santoyo Vega
https://orcid.org/0000-0002-3847-0554
Instituto Mexicano del Seguro Social OOAD S.L.P.,
Hospital General de Zona con Medicina Familiar #2. México

Maria Emilia Nuñez Gonzalez
https://orcid.org/0009-0007-1005-6904
Instituto Mexicano del Seguro Social OOAD S.L.P.,
Hospital General de Zona con Medicina Familiar #2. México

Pedro Reyes Laris
reyes.laris@gmail.com
https://orcid.org/0000-0001-5146-5084
Instituto Mexicano del Seguro Social OOAD S.L.P.,
Hospital General de Zona con Medicina Familiar #2. México

Luis Edwardo Palomo Martínez
nutriologoedwardopalomo@gmail.com
https://orcid.org/0009-0003-1069-0666
Instituto Mexicano del Seguro Social
México

RESUMEN

La malnutrición se define como un estado caracterizado por desequilibrios en la ingestión de energía, proteínas u otros nutrientes, lo que provoca efectos adversos en la composición y función de los tejidos, además de repercusiones clínicas como estancias hospitalarias prolongadas, complicaciones y costos elevados, especialmente en pacientes con hospitalizaciones mayores a 15 días. El objetivo de este estudio fue determinar la asociación entre el estado nutricional al ingreso y la duración de la estancia hospitalaria en adultos mayores del Hospital General de Zona con Medicina Familiar No. 2 "Francisco Padrón Puyou", en San Luis Potosí. Se realizó un estudio cuantitativo, analítico y transversal entre mayo y julio de 2025, con muestreo intencional por conveniencia y un tamaño de muestra de 74 pacientes por grupo, alcanzando 222 adultos mayores (54.1% mujeres) con edad media de 72.3 años. Al ingreso, el 33.3% presentó malnutrición, otro 33.3% riesgo de malnutrición y el 33.3% restante estado nutricional normal, según la Escala MNA. La estancia hospitalaria media fue de 6.79 días y no se encontró asociación significativa entre estado nutricional y duración de la estancia ($p > 0.05$). Se observaron correlaciones negativas entre edad y estado nutricional ($r = –0.283$, $p < 0.001$) y entre edad y estancia ($r = –0.141$, $p = 0.035$), así como asociaciones positivas entre puntaje MNA y variables antropométricas. Fallecieron 24 pacientes, con mayor predominio en quienes tenían malnutrición. Estos resultados resaltan la importancia de una evaluación nutricional oportuna durante la hospitalización.

Palabras clave: malnutrición, adulto mayor, estado nutricional, estancia hospitalaria, evaluación antropométrica

Association between age and nutritional status at admission and during hospital stay in older adults

ABSTRACT

Malnutrition is defined as a condition resulting from imbalances in the intake of energy, protein, or other nutrients, leading to adverse effects on tissue composition and function, as well as clinical consequences such as prolonged hospital stays, complications, and increased costs, particularly in patients hospitalized for more than 15 days. This study aimed to determine the association between nutritional status at admission and the length of hospital stay in older adults at the General Hospital of Zone with Family Medicine No. 2 “Francisco Padrón Puyou” in San Luis Potosí. A quantitative, analytical, cross-sectional study was conducted between May and July 2025 using convenience sampling, with a calculated sample size of 74 patients per group, totaling 222 older adults (54.1% women) with a mean age of 72.3 years. At admission, 33.3% presented malnutrition, 33.3% were at risk of malnutrition, and the remaining 33.3% had normal nutritional status according to the MNA scale. The mean hospital stay was 6.79 days, and no statistically significant association was found between nutritional status and length of stay ($p > 0.05$). Negative correlations were observed between age and nutritional status ($r = –0.283$, $p < 0.001$) and between age and hospital stay ($r = –0.141$, $p = 0.035$). A total of 24 patients died, predominantly those with malnutrition. These findings highlight the need for timely nutritional assessment during hospitalization.

Keywords: malnutrition, older adult, nutritional status, hospital stay, anthropometric assessment

INTRODUCCIÓN

La Organización Mundial de la Salud (OMS) define como adulto mayor a toda persona de 60 años o más, estableciendo subdivisiones etarias: de 60 a 74 años, adultos mayores o de edad avanzada; de 75 a 90 años, ancianos o viejos; y a partir de los 90 años, grandes viejos o longevos (1).

Esta etapa de la vida se caracteriza por cambios fisiológicos propios del envejecimiento, entre ellos el deterioro de los sistemas nervioso, inmunológico y digestivo; la disminución de la masa muscular; el enlentecimiento del metabolismo; así como alteraciones psicológicas y cognitivas, incluyendo melancolía, depresión, déficit en la atención, memoria, orientación, razonamiento y percepción sensorial. También son frecuentes los cambios psicomotores, problemas de equilibrio y pérdida progresiva de autonomía (2,3).

Por ello, resulta fundamental realizar una valoración nutricional, la cual permite describir el estado nutricional de un individuo y estimar sus requerimientos, identificando condiciones de normalidad o riesgo. Esta valoración se sustenta principalmente en la historia clínica-dietética, la exploración física con parámetros antropométricos (pérdida de peso involuntaria de 5 % en un mes, 7.5 % en tres meses o 10 % en seis meses; IMC inferior a 22 kg/m^2; circunferencia de brazo menor de 21 cm y circunferencia de pantorrilla inferior a 31 cm), así como en la evaluación de perfiles bioquímicos (4,5,6).

El consenso de la Sociedad Europea de Nutrición Parenteral y Enteral (ESPEN) incluye dentro del concepto de "malnutrición" tanto la desnutrición como la obesidad, debido a los efectos adversos que ambas generan en la salud (7,8,9). Para el diagnóstico nutricional, se considera al IMC como una herramienta central, definiéndose como desnutrición valores <18.5 kg/m^2; peso insuficiente de 18.5–21.9 kg/m^2; normopeso entre 22–26.9 kg/m^2; sobrepeso 27–29.9 kg/m^2 y obesidad ≥ 30 kg/m^2 (10).

En el caso de los adultos mayores frágiles, se recomienda mantener un IMC entre 24 y 29 kg/m^2, ya que valores inferiores se asocian a mayor riesgo de mortalidad (9).

La malnutrición es un problema de salud frecuente, particularmente en el ámbito hospitalario, con una prevalencia que oscila entre el 30% y el 50% de los pacientes. Su origen es multifactorial y se relaciona con la enfermedad de base, la duración de la hospitalización y el estado inicial del paciente (11,12).

Entre los problemas nutricionales, destaca el estado inadecuado de los pacientes hospitalizados, ya

que la nutrición constituye un pilar en la recuperación de la salud y repercute directamente en la morbilidad y mortalidad hospitalaria (6).

En México, la malnutrición hospitalaria en el adulto mayor representa un problema de gran magnitud en las instituciones públicas de salud, con graves repercusiones. A nivel mundial, esta condición afecta entre el 7% y el 27% de los pacientes hospitalizados, alcanzando hasta la mitad de la población en algunos casos. En México, la prevalencia varía del 26% al 55%, siendo más alta en la Ciudad de México, donde alcanza entre el 56% y el 63% (13). Además, la falta de un monitoreo sistemático del estado nutricional desde el ingreso hasta el egreso hospitalario limita la aplicación de intervenciones oportunas, incrementando el riesgo de complicaciones, mortalidad y costos de atención (14).

El estado nutricional del adulto mayor hospitalizado es un determinante clave en su pronóstico clínico, pues influye en la respuesta a los tratamientos médico-quirúrgicos y en la aparición de complicaciones. A mayor tiempo de estancia hospitalaria, mayor es también el riesgo de malnutrición, lo que a su vez contribuye a prolongar aún más la hospitalización (15).

En este contexto, el presente estudio tuvo como objetivo determinar la asociación entre la edad y el estado nutricional inicial del adulto mayor con su estancia hospitalaria en el Hospital General de Zona con Medicina Familiar No. 2 “Francisco Padrón Puyou”.

METODOLOGÍA

El presente trabajo correspondió a un estudio cuantitativo, observacional, analítico y transversal, realizado entre mayo y julio de 2025 en el Hospital General de Zona con Medicina Familiar No. 2 “Dr. Francisco Padrón Puyou”, del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) en San Luis Potosí, S.L.P.

La población de estudio estuvo conformada por pacientes adultos mayores hospitalizados en dicha unidad, que cumplieron con los criterios de inclusión (tabla 1) y cuya valoración nutricional se efectuó dentro de las primeras 24 horas posteriores a su ingreso hospitalario.

Se excluyeron pacientes de las especialidades de cirugía general y de traumatología y ortopedia, debido a que sus causas de ingreso —generalmente quirúrgicas— implican estancias hospitalarias prolongadas (por ejemplo, en el caso de fractura de cadera). Estas condiciones podrían sesgar los resultados, ya que el número de días de hospitalización estaría más relacionado con la patología

quirúrgica que con el estado nutricional del paciente.

El tamaño de la muestra se calculó mediante la fórmula para diferencia de medias, que permite determinar el número mínimo de observaciones necesarias para estimar con precisión la media poblacional de una variable cuantitativa, garantizando así la validez de los resultados.

La fórmula aplicada fue la siguiente:

$$n = \frac{2 * (Z_{\frac{\alpha}{2}} + Z_{\beta})^2 * \sigma^2}{\Delta^2}$$

Donde:

n: tamaño de muestra requerido.

Za/2: valor Z asociado al nivel de confianza deseado (1.96 para un 95% de confianza).

Zβ: valor Z correspondiente al poder estadístico (0.84 para un poder del 80%).

σ: desviación estándar.

Δ: diferencia mínima clínicamente significativa entre las medias de los grupos.

El cálculo se basó en un estudio previo que analizó la diferencia en la estancia hospitalaria entre pacientes con buen estado nutricional y aquellos con malnutrición. Dicho estudio reportó la necesidad de 74 pacientes por grupo para detectar una diferencia significativa de 6 días en la hospitalización (16).

Para esta investigación se realizó la operacionalización de variables, definiendo los factores involucrados en la relación entre el estado nutricional y la duración de la estancia hospitalaria. La variable independiente principal fue el estado nutricional, evaluado mediante el cuestionario Mini Nutritional Assessment (MNA), categorizado como “Bien nutrido”, “Riesgo de malnutrición” o “Malnutrición” (17,18). La variable dependiente fueron los días de estancia hospitalaria. La aplicación del cuestionario y la recopilación de datos se realizaron dentro de las primeras 24 horas posteriores al ingreso.

Asimismo, se consideraron variables sociodemográficas y clínicas asociadas al estado nutricional, con el fin de realizar un análisis integral.

Aspectos éticos

El estudio se desarrolló conforme a los principios de la Declaración de Helsinki de la Asociación Médica Mundial, última actualización 2013 (19,20); las disposiciones legales vigentes en México, particularmente la Ley General de Salud en materia de investigación, actualizada al 29 de mayo de 2024 (21); y las Pautas Éticas Internacionales para la Investigación Relacionada con la Salud con Seres Humanos elaboradas por el CIOMS y la OMS (22).

Se aseguró el cumplimiento de la Ley Federal de Protección de Datos Personales en Posesión de los Particulares, utilizando los datos únicamente con fines del proyecto y garantizando su resguardo seguro tras la finalización del mismo (23). Finalmente, se respetaron las disposiciones establecidas en la Norma Oficial Mexicana NOM-004-SSA3-2012 "Del expediente clínico" (24).

RESULTADOS Y DISCUSIÓN

En la Figura 1 se observa la distribución por género de los participantes, lo que permitió caracterizar la composición de la muestra desde el inicio del análisis. En cuanto a la edad (Tabla 2), se obtuvo una media de 72.3 años (DE = 8.82), con un rango de 38 años (mínima de 60 y máxima de 98). Estos resultados concuerdan con lo documentado en otros estudios que señalan que la población adulta mayor hospitalizada presenta una edad promedio superior a los 70 años, lo cual la hace particularmente vulnerable al deterioro nutricional y clínico (25,26).

La muestra estuvo conformada por 222 participantes, de los cuales el 34% presentaba un estado nutricional normal, el 33% malnutrición y el 33% riesgo de malnutrición (Figura 2). Este hallazgo evidencia una alta prevalencia de alteraciones nutricionales en adultos mayores hospitalizados, lo que coincide con lo reportado en México y en el ámbito internacional. En la Unidad Médica Familiar #53 de León, Guanajuato, por ejemplo, se encontró que el 22% de los adultos mayores presentaban malnutrición y el 41% riesgo de desarrollarla (27), mientras que en el Hospital General de Tijuana se reportó que el 87.1% de los adultos mayores hospitalizados presentaban algún grado de malnutrición (26). Esto refuerza la idea de que la hospitalización incrementa el riesgo de deterioro nutricional en esta población.

En cuanto al servicio de procedencia, la mayoría de los pacientes provenía de medicina interna

(86.9%), seguido de nefrología (7.2%), como se muestra en la Tabla 3. Estos datos son congruentes con el perfil clínico de los adultos mayores, quienes suelen presentar múltiples comorbilidades de origen crónico-degenerativo que requieren atención hospitalaria. De hecho, en la Tabla 4 se detallan los diagnósticos médicos más frecuentes, entre los cuales se identificaron diabetes mellitus (14%), insuficiencia renal (12.2%) y angina/cardiomiopatía (10.8%). Estas enfermedades son consistentes con los principales motivos de ingreso hospitalario descritos en la literatura para este grupo etario (11).

Respecto al estado nutricional evaluado a través del IMC (Figura 3), la mayor proporción de pacientes se encontraba en normopeso (n = 101), seguidos de sobrepeso (n = 45) y obesidad (n = 33). Sin embargo, cuando se utilizaron parámetros periféricos, la interpretación cambió: la circunferencia de brazo (Figura 4) mostró que el 91% no se encontraba en riesgo de desnutrición, mientras que la circunferencia de pantorrilla (Figura 5) identificó que el 64% sí estaba en riesgo. Estos resultados son congruentes con lo reportado en estudios recientes, donde la circunferencia de pantorrilla ha demostrado ser un indicador más sensible para detectar riesgo de desnutrición en adultos mayores. Hadzivukovic (2023) señala que esta medida tiene una mejor capacidad predictiva de masa muscular reducida y malnutrición, mientras que Caballero (2020) demostró que su sensibilidad puede alcanzar entre 91 y 100% frente a otros métodos de evaluación (28,29). En contraste, la circunferencia de brazo suele tener una menor capacidad diagnóstica, lo que explicaría por qué en este estudio solo identificó riesgo en una proporción mucho menor de pacientes.

La Tabla 4 resume las comorbilidades más frecuentes en la población de estudio, confirmando el predominio de enfermedades crónicas múltiples en los adultos mayores hospitalizados. Asimismo, la Figura 6 muestra que la mayoría de los participantes consumía más de tres medicamentos al día, lo cual representa un factor de riesgo adicional para deterioro nutricional debido a interacciones fármaco-nutriente, efectos secundarios gastrointestinales y alteraciones metabólicas.

En la Tabla 5, los resultados descriptivos detallan que el puntaje MNA tuvo una media de 20.0 (DE = 5.93), con valores entre 1.5 y 30, lo que refleja que un número importante de pacientes se encontraba en riesgo de malnutrición. La estancia hospitalaria presentó una mediana de 5 días y una media de 6.79 (DE = 6.13), con rango de 1 a 28. El peso promedio fue de 65.0 kg (DE = 15.0), la talla media de

1.58 m (DE = 0.0907), y el IMC de 26.0 kg/m² (DE = 5.45). El promedio de circunferencia de brazo fue de 24.8 cm (DE = 3.35) y el de pantorrilla de 29.5 cm (DE = 3.18). Estos hallazgos reflejan un perfil antropométrico relativamente conservado en algunos casos, aunque con tendencia al deterioro en los pacientes de mayor edad.

El análisis inferencial (Tabla 6) mostró que no existió una relación estadísticamente significativa entre la estancia hospitalaria y el estado nutricional al ingreso evaluado mediante MNA ($p = –0.095$). Este hallazgo difiere de lo descrito en estudios previos como los de González Franco (2020) y Argente (2015), donde sí se encontró que el deterioro nutricional prolonga la estancia hospitalaria (2,30). Una posible explicación es que en este hospital los protocolos clínicos prioricen la atención del diagnóstico primario más que la condición nutricional. Sin embargo, sí se identificaron correlaciones significativas que aportan información clínica relevante: la edad se asoció negativamente con el puntaje MNA ($r = –0.283$, $p < 0.001$) y con la estancia hospitalaria ($r = –0.141$, $p = 0.035$), lo que indica que a mayor edad existe un peor estado nutricional y, paradójicamente, una estancia más corta, posiblemente relacionada con la toma de decisiones familiares o con pronósticos terminales que limitan la prolongación de la hospitalización (25,26).

El puntaje MNA también mostró correlaciones positivas con parámetros antropométricos como peso ($\rho = 0.404$, $p < 0.001$), talla ($\rho = 0.217$, $p = 0.001$), IMC ($\rho = 0.323$, $p < 0.001$), circunferencia de brazo ($\rho = 0.399$, $p < 0.001$) y circunferencia de pantorrilla ($\rho = 0.448$, $p < 0.001$). Esto confirma que un mejor estado nutricional se traduce en mejores medidas físicas. De manera opuesta, la edad se correlacionó negativamente con peso ($r = –0.297$, $p < 0.001$), talla ($r = –0.193$, $p = 0.004$), IMC ($r = –0.223$, $p = 0.001$), circunferencia de brazo ($r = –0.273$, $p < 0.001$) y circunferencia de pantorrilla ($r = –0.297$, $p < 0.001$), lo cual evidencia el deterioro progresivo de la composición corporal asociado al envejecimiento.

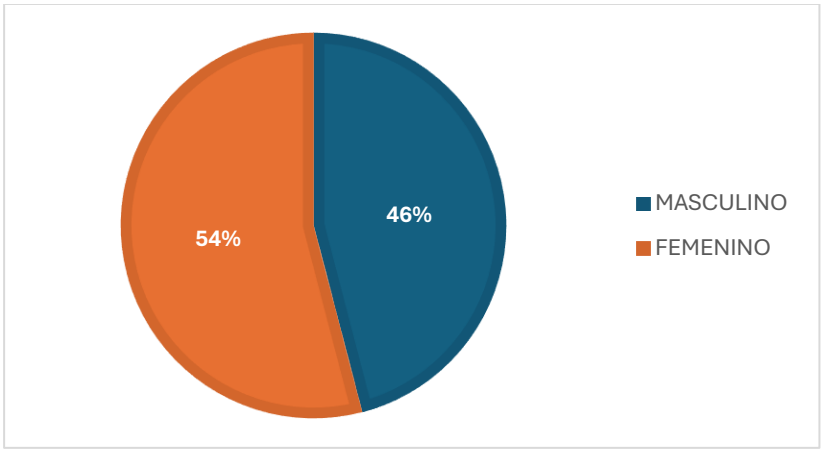
Cuando se comparó la estancia hospitalaria entre los grupos de estado nutricional (normal, riesgo de malnutrición y malnutrición), la prueba de Kruskal-Wallis (Tabla 7) no mostró diferencias significativas ($p = 0.809$). Esto refuerza la hipótesis de que la estancia en esta muestra dependió más de la enfermedad principal que del estado nutricional.

Un hallazgo relevante fue la mortalidad hospitalaria: 24 pacientes fallecieron durante su estancia, de los cuales 12 presentaban malnutrición, 10 estaban en riesgo y solo 2 tenían un estado nutricional normal al ingreso. Este patrón confirma la relación entre malnutrición y mayor riesgo de mortalidad descrita en la literatura, como lo señala Hernández-Escalante (2014) (15).

En conjunto, los resultados obtenidos en este estudio muestran que, si bien la malnutrición no se asoció con la duración de la estancia hospitalaria, sí lo hizo con factores clínicamente relevantes como edad, medidas antropométricas y mortalidad. Esto coincide con lo documentado en la literatura, donde se establece que, en pacientes hospitalizados, la malnutrición se vincula con mayor morbilidad, mortalidad, complicaciones postoperatorias y costos hospitalarios (11). Además, al igual que en otros estudios realizados en México (26,27), se confirma que la malnutrición es frecuente en adultos mayores desde su ingreso y puede agravarse durante la hospitalización. Por lo tanto, es fundamental implementar evaluaciones nutricionales oportunas y completas en esta población vulnerable para prevenir desenlaces adversos y mejorar el pronóstico clínico.

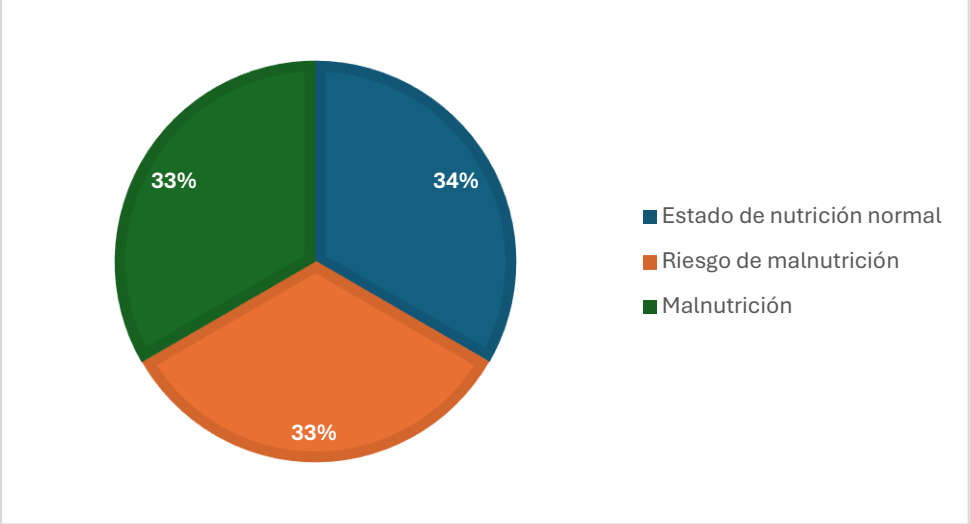
Ilustraciones, Tablas, Figuras

Figura 1: Género



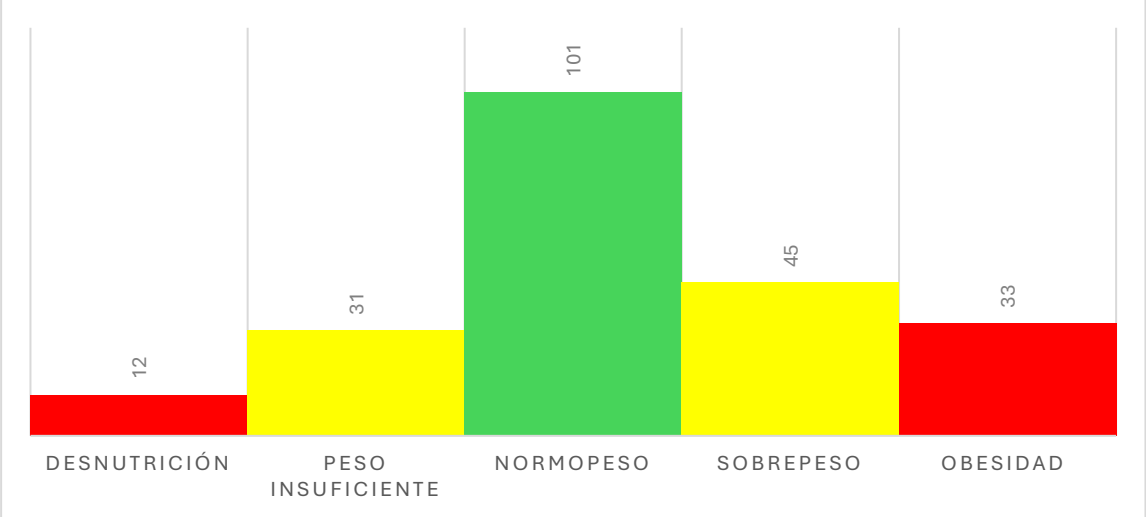
Fuente: directa. (n=222)

Figura 2: Estado de nutrición por MNA



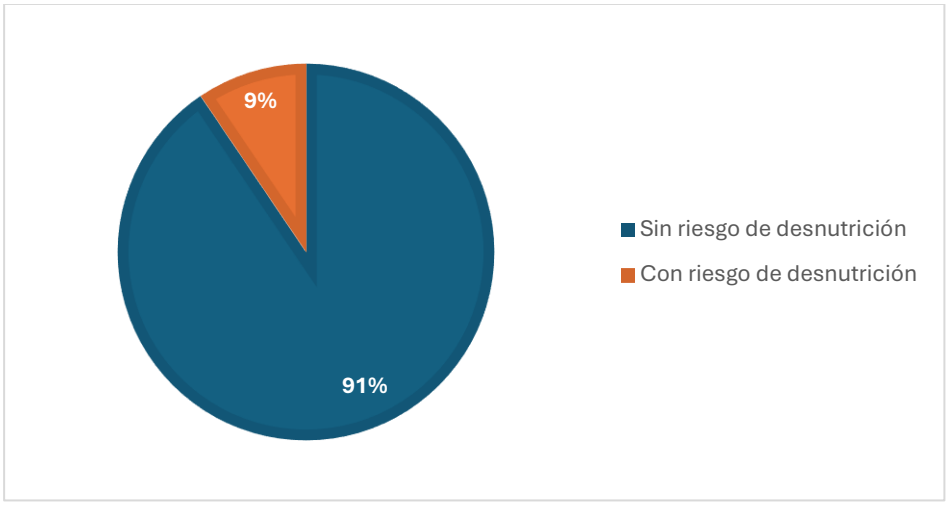
Fuente: directa. (n=222)

Figura 3: Diagnóstico nutricional por IMC



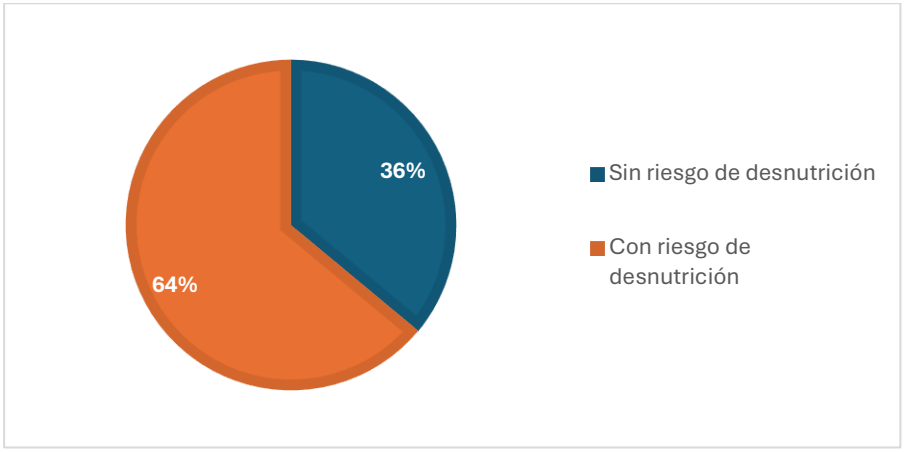
Fuente: directa. (n=222)

Figura 4: Interpretación de circunferencia de brazo



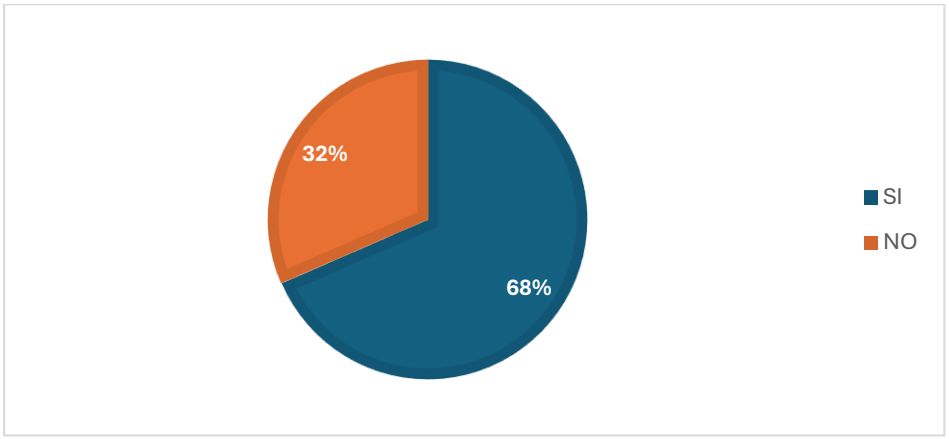
Fuente: directa. (n=222)

Figura 5: Interpretación de circunferencia de pantorrilla



Fuente: directa. (n=222)

Figura 6: Polifarmacia



Fuente: directa. (n=222)

Tabla 1

Criterios del estudio		
Criterios de inclusión	Criterios de exclusión	Criterios de eliminación
Pacientes hombres y mujeres Pacientes hospitalizados mayores de 60 años. Pacientes con estancia hospitalaria mínima de 24 horas. Pacientes conscientes capaces de firmar el consentimiento informado. Pacientes conscientes capaces de responder la entrevista. Participación voluntaria y consentimiento informado	Pacientes hospitalizados menores de 60 años. Pacientes ingresados en el servicio de Traumatología y Ortopedia. Pacientes ingresados en el servicio de Cirugía General	Pacientes con estancia hospitalaria menor a 24 horas. Pacientes que no contesten en su totalidad el instrumento de valoración. Pacientes que decidan retirarse del estudio.

Tabla 2. Edad

Media	72.3
Mediana	71.0
Desviación estándar	8.82
Recorrido	38
Mínimo	60
Máximo	98
W de Shapiro-Wilk	0.948
Valor p de Shapiro-Wilk	<.001

Fuente: directa. (n=222)

Tabla 3: Servicio de envío

Servicio de envío	Frecuencias	% del Total	% Acumulado
Cardiología	5	2.3%	2.3%
Gastroenterología	6	2.7%	5.0%
Geriatría	1	0.5%	5.4%
Medicina Interna	193	86.9%	92.3%
Nefrología	16	7.2%	99.5%
Neumología	1	0.5%	100.0%

Fuente: directa. (n=222)

Tabla 4. Diagnóstico médico

Diagnóstico médico	Frecuencias	% del Total	% Acumulado
Enfermedades gastrointestinales	20	9.0%	9.0%
Enfermedad por VIH	1	0.5%	9.5%
Tumores	7	3.2%	12.6%
Anemia	7	3.2%	15.8%
Trastornos de la glándula tiroidea	4	1.8%	17.6%
Diabetes mellitus	31	14.0%	31.5%
Trastornos de líquidos y electrolitos	2	0.9%	32.4%
Trastornos mentales y orgánicos	4	1.8%	34.2%
Trastornos extrapiramidales	8	3.6%	37.8%
Enfermedades hipertensivas	10	4.5%	42.3%
Angina y cardiomiopatía	24	10.8%	53.2%
Enfermedades cerebrovasculares	8	3.6%	56.8%
Neumonía bacteriana	12	5.4%	62.2%
Enfermedades de la pleura	6	2.7%	64.9%
Otras enfermedades de los intestinos	3	1.4%	66.2%
Enfermedad alcohólica del hígado	6	2.7%	68.9%
Trastornos de la vesícula biliar, de las vías biliares y del páncreas	1	0.5%	69.4%

Enfermedades de la piel y tejido subcutáneo	6	2.7%	72.1%
Enfermedades del sistema osteomuscular y del sistema subconjuntivo	1	0.5%	72.5%
Enfermedades del sistema genitourinario	14	6.3%	78.8%
Insuficiencia renal	27	12.2%	91.0%
Signos y síntomas que involucran el sistema digestivo y el abdomen	7	3.2%	94.1%
Traumatismo de cabeza	1	0.5%	94.6%
Enfermedades del sistema respiratorio crónicas	7	3.2%	97.7%
Enfermedades del ojo y sus anexos	1	0.5%	98.2%
Trastornos de la glándula suprarrenal		0.5%	98.6%
Infecciones bacterianas	3	1.4%	100.0%

Fuente: directa. (n=222)

Tabla 5. Comorbilidades

Diagnóstico	Si (n)	Si (%)	No (n)	No (%)
DM + HAS	108	48.6%	114	51.4%
Diabetes mellitus	125	56.3%	97	43.7%
Hipertensión arterial	157	70.7%	65	29.3%

Fuente: directa. (n=222)

Tabla 6. Descripción de datos cuantitativos

N=222	Media	Mediana	Desviación estándar	Mínimo	Máximo	W de Shapiro-Wilk	Valor p de Shapiro-Wilk
Puntaje MNA	20	20.5	5.93	1.50	30.0	0.967	<.001
Estancia hospitalaria	6.79	5.0	6.13	1	28	0.812	<.001
Peso (kg)	65.0	63.6	15.0	32.0	116	0.965	<.001

Talla (m)	1.58	1.58	0.0907	1.36	1.88	0.991	0.214
IMC (kg/m2)	26.0	25.2	5.45	13.7	53.7	0.937	<.001
CB (cm)	24.8	25.0	3.35	16.0	43.5	0.949	<.001
CP (cm)	29.5	29.0	3.18	19.0	41.0	0.984	0.012

Fuente: directa

Tabla 7. Estadística inferencial

		Puntaje MNA	Estancia hospitalaria	Edad	Peso (kg)	Talla (m)	IMC (kg/m2)	CB (cm)	CP (cm)
Puntaje MNA	Rho de spearman	-							
	Valor p	-							
Estancia hospitalaria	Rho de spearman	-0.095	-						
	Valor p	0.158	-						
Edad	Rho de spearman	- 0.251***	-0.085	-					
	Valor p	<.001	0.206	-					
Peso (kg)	Rho de spearman	0.404***	-0.011	- 0.307***	-				
	Valor p	<.001	0.867	<.001	-				
Talla (m)	Rho de spearman	0.217**	0.022	-0.208**	0.470***	-			
	Valor p	0.001	0.743	0.002	<.001	-			
IMC (kg/m2)	Rho de spearman	0.323***	-0.027	-0.209**	0.826***	-0.043	-		
	Valor p	<.001	0.692	0.002	<.001	0.520	-		
CB (cm)	Rho de spearman	0.399***	0.010	- 0.245***	0.572***	0.126	0.550***	-	
	Valor p	<.001	0.884	<.001	<.001	0.060	<.001	-	
CP (cm)	Rho de spearman	0.448***	-0.044	0.259***	0.603***	0.217**	0.516***	0.516***	-
	Valor p	<.001	0.512	<.001	<.001	0.001	<.001	<.001	-

Fuente: directa. *p <.05, ** p <.01, *** p <.001

CONCLUSIONES

La malnutrición en adultos mayores hospitalizados continúa siendo un problema de alta prevalencia y relevancia clínica, asociada con deterioro antropométrico, mayor vulnerabilidad y mayor riesgo de mortalidad. Aunque en este estudio no se identificó relación entre el estado nutricional y la duración de la estancia hospitalaria, sí se demostró que la edad avanzada y un bajo puntaje en la MNA se correlacionan con peor estado nutricional y desenlaces adversos. Estos hallazgos refuerzan la necesidad de implementar de manera sistemática evaluaciones nutricionales oportunas al ingreso hospitalario y estrategias de intervención temprana que permitan mejorar el pronóstico y reducir la carga clínica y asistencial en esta población.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Argente Pla, M., García Malpartida, K., León de Zayas, B., Martín Sanchis, S., Micó García, A., Olmo García, M. I. D., & Romero Gil, R. (2015). Prevalencia de desnutrición en una unidad de media y larga estancia hospitalaria. Nutrición Hospitalaria, 31(2), 900-907.
2. Asociación Médica Mundial. (1975). Declaración de Helsinki: Principios éticos para las investigaciones médicas en seres humanos. Asociación Médica Mundial. https://www.wma.net/es/policies-post/declaracion-de-helsinki-de-la-amm-principios-eticos-para-las-investigaciones-medicas-en-seres-humanos/
3. Bonilla-Barrera, C. H., Bea Berges, L., & Seco-Calvo, J. (2025). Desnutrición y obesidad en mayores autónomos y determinantes de salud relacionados con ambos trastornos nutricionales. Atención Primaria, 57(1), 103078. https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0212656724002208
4. Callejas, A. V. (2020). Desnutrición hospitalaria en una institución privada de la Ciudad de México: Lo que hay después del tamizaje. Revista de Nutrición Clínica y Metabolismo, 3(1), 59-65.
5. Consejo de Organizaciones Internacionales de las Ciencias Médicas, & Organización Mundial de la Salud. (2016). Pautas éticas internacionales para la investigación biomédica en seres humanos.
6. Cuesta, F. (2014, enero 20). Obesidad en el anciano. Es más grave según aumenta la edad.

Sociedad Española de Geriatría y Gerontología (SEGG). https://www.segg.es/ciudadania/2014/01/20/obesidad-en-el-anciano-es-mas-grave-segun-aumenta-la-edad

7. De la Mata, C. (2008). Malnutrición, desnutrición y sobrealimentación. Revista Médica de Rosario, 74, 17-20.
8. Diario Oficial de la Federación. (2011). Reglamento de la Ley Federal de Protección de Datos Personales en Posesión de los Particulares.
9. Diario Oficial de la Federación. (2012). Norma Oficial Mexicana NOM-004-SSA3-2012, Del expediente clínico. https://catalogonacional.gob.mx/FichaRegulacion?regulacionId=73851
10. Fuentes-Pimentel, L. E., & Camacho-Guerrero, A. (2020). Prevalencia del estado de desnutrición en los adultos mayores de la Unidad Médica Familiar Núm. 53 de León, Guanajuato, México. Residente, 15, 4-11.
11. González, J., & de la Fuente, R. (2014). Desarrollo humano en la vejez: un envejecimiento óptimo desde los cuatro componentes del ser humano. International Journal of Developmental and Educational Psychology, 7(1), 121-130.
12. González-Franco, L. R., González Arellanes, R., Ramírez Torres, M., & alemán-Mateo, H. (2020). Riesgo de desnutrición y factores asociados en una muestra de adultos mayores en la comunidad e institucionalizados de Yucatán, México. Archivos Latinoamericanos de Nutrición, 70(1), 30-39.
13. Hadzivukovic, N., Pavlovic, J., Zivanovic, S., Ivkovic, N., & Racic, M. (2023). How useful are mid-arm and calf circumferences to indicate reduced muscle mass in order to recognize GLIM-defined malnutrition in elderly individuals? Nigerian Journal of Clinical Practice, 26(11), 1652-1658.
14. Hernández-Escalante, V. M., Raygoza-Echeverría, J., & Castro-Sansores, C. J. (2014). Desnutrición hospitalaria en pacientes geriátricos mexicanos y concordancia entre instrumentos diagnósticos. Revista Biomédica, 25(1), 31-37.
15. Higuera, I. G. C., & Carrillo, A. G. (2020). Estado de la desnutrición en un hospital de especialidades de la ciudad mexicana de Tijuana. Revista Cubana de Alimentación y Nutrición,

30(2), 14.

16. Hurtado-Torres, G. F. (2013). Incidencia, repercusión clínico-económica y clasificación de la desnutrición hospitalaria. Medicina Interna de México, 29(2), 192-199.
17. Instituto Mexicano del Seguro Social. (2020). Procedimiento clínico nutricional para pacientes en hospitalización en unidades médicas hospitalarias 2660-003-019. Dirección de Prestaciones Médicas https://reposipot.imss.gob.mx/normatividad/DNMR/Procedimiento/2660-003-019.pdf
18. Ocariz, J. M., & Meza-Miranda, E. (2022). Utilidad de la circunferencia de pantorrilla como marcador de desnutrición comparado con el Mini Nutritional Assessment, Nutritional Risk Screening 2002 y albúmina sérica en adultos mayores. Revista Científica Ciencia y Salud, 4(2), 19-26.
19. Ordoñez, A. M., Schieferdecker, M. E. M., Cestonaro, T., Neto, J. C., & Campos, A. C. L. (2013). Nutritional status influences the length of stay and clinical outcomes in hospitalized patients in internal medicine ward. Nutrición Hospitalaria, 28(4), 1313-1320.
20. Organización de las Naciones Unidas para la Alimentación y la Agricultura. (2024). Evaluación nutricional. FAO. http://www.fao.org/nutrition/evaluacion-nutricional/es/
21. Organización Mundial de la Salud. (2024, octubre 1). Envejecimiento y salud. OMS. https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/ageing-and-health
22. Rosell, A., Riera, J. M., & Galera, R. (2023). Valoración del estado nutricional. Protocolos Diagnóstico Terapéuticos Pediatría, 1, 389-399. https://www.aeped.es/sites/default/files/documentos/31_valor_estado_nutr.pdf
23. Salgado-Palacios, I., Herrera-Fajardo, L., Sallago-Vidal, M., & Lagomazzini-Mellado, B. (2022). Asociación entre desnutrición y anciano. SANUM, 6(1), 42-51.
24. Secretaría de Salud. (1987). Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud. Diario Oficial de la Federación.
25. Smith, S., Chamblee, T., Falder-Saeed, K., Horbal Shuster, M., Waldo, M., & Yoon, H. (2017). Malnutrition in hospitalized adult patients: The role of the clinical nurse specialist. Clinical Nurse

Specialist: The Journal for Advanced Nursing Practice, 31(1), 19-27.

26. Suveraza, A., & Haua, K. (2023). El ABCD de la evaluación del estado de nutrición (2.a ed.). McGraw-Hill.

27. Vellas, B., Guigoz, Y., Garry, P. J., Nourhashemi, F., Bennahum, D., Lauque, S., & Albarede, J. L. (1999). The Mini Nutritional Assessment (MNA) and its use in grading the nutritional state of elderly patients. Nutrition, 15(2), 116-122.

28. Zenón, T. G., & Silva, J. A. V. (2012). Malnutrición en el anciano. Parte I: desnutrición, el viejo enemigo. Medicina Interna de México, 28(1), 57-64.