

Situación Nutricional de los pacientes que consultan a los servicios médicos del área Metropolitana de Caracas. Estudio Multicéntrico

Cursos de Postgrado Universitario de Medicina Interna de los Hospitales: General del Oeste “Dr. José Gregorio Hernandez”, “Dr. José María Vargas”, Universitario de Caracas, General del Este “Dr. Domingo Luciani”, Hospital Militar “Dr. Carlos Arvelo”

Resumen

Antecedentes: La ingesta alimentaria y los hábitos nutricionales han sufrido un cambio muy importante en Venezuela en los últimos 18 meses aproximadamente. **Objetivo:** Describir la condición nutricional de las personas que acuden a hospitales del área metropolitana de Caracas. **Métodos:** estudio de casos, descriptivo y prospectivo. La muestra fue no probabilística de selección intencional, de pacientes de cualquier género y mayores de 18 años, atendidos en los hospitales HGO, HDL, HUC y HV durante un día escogido acordado y simultáneo: el 25 de mayo de 2018. Se procedió a atender el motivo de consulta y luego se aplicó una encuesta, incorporando, además en ella, el diagnóstico principal y el Índice de Masa Corporal (IMC). **Resultados:** Se evaluaron 322 pacientes, 130 del HV, 93 del HGO, 54 del HUC y 45 del HDL. El promedio de edad fue 48,63 años \pm 19,11 años DE, con 55,22% de mujeres. Refirieron un promedio de comidas de $2,90 \pm 0,88$ veces al día y en la semana consumían $2,17 \pm 2,10$ veces proteínas y $4,15 \pm 2,51$ veces vegetales. EL IMC promedio fue de $21,48 \pm 9,93$. Hubo 139 personas con desgaste orgánico (SDO) y en ellos la patología principal no justificaba este su presencia en 76 pacientes. **Conclusiones:** La calidad de la ingesta referida es inadecuada y existe un porcentaje alto de SDO en pacientes sin razones médicas para ello.

Palabras Clave: Ingesta; Hábitos; Nutrición; Síndrome de Desgaste Orgánico; Índice de Masa Corporal.

Residents of Internal Medicine in University Hospitals of Caracas, Venezuela

Cursos de Postgrado Universitario de Medicina Interna de los Hospitales: General del Oeste “Dr. José Gregorio Hernandez”, “Dr. José María Vargas de Caracas”, Universitario de Caracas, General del Este “Dr. Domingo Luciani”, Hospital Militar “Dr. Carlos Arvelo”

Abstract

Background: Food intake and nutritional habits have experienced an important change in Venezuela in the last 18 months, approximately. **Objective:** To evaluate the nutritional status of the people who attended four hospitals of the metropolitan area of Caracas. **Methods:** case study, descriptive and prospective design. The sample was non-probabilistic and of intentional selection; the patients were of any gender over 18 years-old and came to HGO, HDL, HUC and HV hospitals. One accorded and simultaneous day was chosen: may 25, 2018. The cause of consultation was assessed and afterwards, a survey was applied to evaluate the reason for consultation and then a survey was applied. It also included the main diagnoses and the Body Mass Index (BMI) was measured. **Results:** 322 patients were evaluated, 130 of the HV, 93 of the HGO, 54 of the HUC and 45 of the HDL. The average age was 48.63 years \pm 19.11 years -old age, with 55.22% of women. They reported an average of 2.90 ± 0.88 meals a day and during the week they consumed proteins $2.17 \pm$

2.10 and 4.15 ± 2.51 times vegetables. The average BMI was 21.48 ± 9.93 . Wasting Syndrome (WS) was found in 139 patients whose basic illness did not explain it 76. **Conclusions:** The quality and quantity of the food intake is inadequate and there is a high percentage of SDO in patients without a medical justification for this.

Key Words: Intake; Nutrition; Wasting Syndrome; Body Mass Index.

Marco teórico

Existe una necesidad urgente de medir la realidad nutricional de los pacientes atendidos en nuestro país. El antecedente de la encuesta ENCOVI^(1,2), demuestra que en un año las condiciones nutricionales han desmejorado sustancialmente, lo que se ha encontrado en Trabajos Especiales de Grado realizados por estas sedes hospitalarias^(3,4), y confirman los hallazgos de ENCOVI 2017 y 2016.

El déficit nutricional es un pésimo punto de partida para el futuro de un individuo. Ha sido demostrado que las personas con déficit nutricional son más propensas a las enfermedades infecciosas, sin mencionar lo relacionado con el desarrollo de los niños in útero y en sus etapas de crecimiento. La mortalidad también se asocia con una mala nutrición, tal y como lo demuestra el estudio en mayores de 65 años de Ramage y col.⁽⁵⁾. Sin embargo, no se restringe a este grupo etario; por ejemplo, en pacientes que requieren cirugía mayor se ha demostrado un aumento de las complicaciones⁽⁶⁾, así como también en pacientes hospitalizados, con infecciones y enfermedades crónicas⁽⁷⁻¹²⁾.

A pesar de que UNICEF en 2010 señaló que nuestro país tenía uno de los índices más bajos de desnutrición⁽¹²⁾, evaluaciones recientes locales señalan que esa aseveración ya no es aplicable y el riesgo de aumento de mortalidad infantil por esta causa ha llegado a estimarse a niveles insospechados. En cuanto a los adultos, se ha descrito que 4,5 millones de venezolanos comen una vez al día y el 80% come dos veces. Se requieren estudios clínicos que relacionen la calidad de ingesta actual y la morbimortalidad en la situación que vivimos, ya

que esta desnutrición está asociada a un déficit de la ingesta por las nuevas condiciones de vida del venezolano y no a enfermedades crónicas como se describe generalmente en la literatura internacional. Estamos presenciado un evento nuevo en la historia reciente de nuestro país⁽¹⁴⁾.

En nuestra experiencia reciente, los pacientes consultan por múltiples patologías, pero portan criterios de Síndrome de Desgaste Orgánico, el cual al interrogatorio tiene un enorme componente relacionado con la calidad y cantidad de comida que están ingiriendo. En la literatura de los últimos años, a nivel mundial, este síndrome es indicador de enfermedad crónica como por ejemplo la enfermedad renal crónica⁽⁹⁾ el SIDA^(15,16) y el cáncer⁽¹⁷⁾ como los más importantes; mientras que en las formas de evolución más corta están la tuberculosis^(4,18) y las micosis profundas endémicas⁽¹⁹⁻²¹⁾. En nuestro país generalmente no encontramos estas causas y la realidad actual nos coloca en una grave situación diagnóstica, pues estamos obligados, en oportunidades, a descartar otras enfermedades desgastantes cuando realmente estamos en presencia de una enfermedad socio - económica. Este hallazgo, contrasta con las investigaciones previas que se realizaban en nuestros postgrados que se basaban en las modalidades especiales para mejorar el pronóstico de otras patologías como la sepsis, su relación con el envejecimiento y el embarazo o patologías diversas que requerían estas especiales medidas⁽²¹⁻²⁶⁾. También se ha estudiado la relación con la inmunosupresión o enfermedades sistémicas⁽²⁷⁻²⁹⁾.

Recientemente se sabe que, incluso, antes de que se instale el desgaste orgánico o la desnutrición, ya existe repercusión en el funcionamiento del individuo. En la anemia ferropénica por ejemplo, el tratamiento con hierro oral puede mejorar la clasificación de severidad de la insuficiencia cardíaca aun antes de mejorar los valores de hemoglobina y hematocrito, por lo que es claro que las interacciones moleculares de importantes componentes orgánicos deben mantenerse en niveles de normalidad para poder hablar de salud. Es particularmente, un ejemplo de la importancia de una ingesta adecuada⁽³⁰⁾.

Por estas razones, es indispensable documentar los hechos que nos permitan describir la realidad y

SITUACIÓN NUTRICIONAL DE LOS PACIENTES QUE CONSULTAN A LOS SERVICIOS MÉDICOS DEL ÁREA METROPOLITANA DE CARACAS. ESTUDIO MULTICÉNTRICO

plantear estrategias para solucionar este problema. Es necesario plantear en todo ámbito de salud el estímulo a la investigación que se realice en este sentido. Más aún, cada investigación iniciada, debe ser la puerta de entrada a una línea de investigación que permita no sólo el seguimiento de esta condición, sino también ofrecer soluciones para optimizar la salud del venezolano, a lo cual obedece esta proposición de estudio en nuestras sedes de postgrado universitario.

Objetivo

Describir la condición nutricional de las personas que acuden a los hospitales docentes del área metropolitana de Caracas.

Métodos

Se diseñó un estudio de campo, de casos, sin intervención, descriptivo y prospectivo. La población correspondió a las personas que acuden a los hospitales participantes. La muestra fué no probabilística de selección intencional, de los pacientes de cualquier género y mayores de 18 años, que se encuentren o asistan a cualquier área de atención de los hospitales Hospital General del Oeste “Dr. José Gregorio Hernández”, Hospital General del Este “Dr. Domingo Luciani”, “Hospital Universitario de Caracas”, Hospital Vargas de Caracas, Hospital Militar “Carlos Arvelo” el día 25 de mayo de 2018 de 8:00 a.m. hasta las 4:00 p.m.. Se incluyeron todos los pacientes que aceptaron participar en la investigación, previa explicación del proceso y firma del consentimiento informado cumpliendo con los aspectos éticos del ejercicio de la medicina⁽²²⁻²⁴⁾. Se procedió a atender su motivo de consulta y luego se aplicó una encuesta de preguntas sencillas, directas o dicotómicas, y se agregó el diagnóstico principal y el IMC. La medición de las variables fue vaciada en una hoja de recolección de datos, para ser procesadas posteriormente en una hoja de Excel 2010.

Procedimiento estadístico

Se basó en la aplicación de estadística descriptiva a través de medidas de tendencia central y proporción.

Resultados

Se evaluaron 322 personas atendidas por los internistas el día fijado para la investigación. La

ubicación por hospital correspondió a 130 del Hospital Vargas de Caracas (HV), 93 pacientes en el Hospital General del Oeste “Dr. José Gregorio Hernández” (HGO), 54 al Hospital Universitario de Caracas (HUC) y 45 al Hospital General del Este “Domingo Luciani” (HDL).

Se encontró un promedio de edad en los encuestados de 48,63 ± 19,11 años, con 178 mujeres (55,27%) y 144 hombres (44,73%). Se cuantificaron un total de 1423 personas como número total de miembros de las familias abordadas a través de la encuesta. Estas familias contaban con 364 niños que correspondieron a un promedio de 1,11 ± 1,32 DE por encuestado y 1060 adultos con un promedio de 3,74 ± 7,07DE de adultos, para un total de 1423 miembros y un promedio de 4,41 miembros por familia. **Tabla 1.**

Los diagnósticos más importantes se señalan en la **tabla 2**, donde destacan como los mas frecuentes la hipertensión arterial, insuficiencia cardíaca,

Tabla 1. Características generales de la muestra			
	Grupo total		
	Femenino	Masculino	
	n	%	n %
Género	178	55,27	144 - 44,73
	Promedio		DS
Edad (años)	48,63		19,11 años
Comidas día (n)	2,9		0,88
Carne día (n)	2,17		2,1
Vegetales día (n)	4,15		2,51
IMC	21,48		9,93
Ingreso familia (BsF)	7952447,85		17161723,89
Niños en la familia Totales: 363	1,11		1,32
Adultos en la familia Totales: 1258	3,74		7,07
Adultos totales trabajando			435
Condición laboral	n	Promedio	DE
Niños trabajando informal	1	0,003	0,05
Niños trabajando formal	10	0,03	0,28
Adultos trabajando formal:	297	0,91	1,07
Adultos trabajando informal:	138	0,42	0,85

Miembros totales de la familia (n): 1556

diabetes mellitus tipo 2, las neumonías, infección de partes blandas, los tumores sólidos. Cabe destacar que el 32% consultó de forma preventiva y su diagnóstico fue “sano”. El resto de las causas son muy diversas tal y como lo señala la tabla.

Tabla 2. Diagnósticos principales de consulta

Diagnóstico	n	%
Hipertensión arterial	40	14,2
Sano	35	12,4
Insuficiencia Cardíaca	17	6,05
Diabetes Mellitus 2	17	6,05
Neumonía	16	5,7
Infección de partes blandas	13	4,63
Fractura	10	3,56
Tumor Sólido	9	3,2
Asma, Enfermedad Renal Crónica, SIDA, Infección del Tracto Urinario	7 (c/u)	2,49
Hernia de Pared Abdominal, Enfermedad Cerebrovascular Isquémica, Cardiopatía Isquémica, Síndrome Diarreico Agudo	6 (c/u)	2,14
Neoplasia Hematológica, Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica, Tuberculosis Pulmonar, Lupus Eritematoso	5 (c/u)	1,78
Peritonitis, No Clasificable	4 (c/u)	1,42
Trombosis Venosa Profunda, Anemia Drepanocítica, Glomerulonefritis	3 (c/u)	1,07
Artritis Reumatoidea, Casa Hogar, Coluria, Endocarditis, Enfermedad Ulceropéptica, Epilepsia, Enfermedad Renal Aguda, Fibromatosis, Fibrotórax, Síndrome gripal, Herida por Arma de Fuego, Diabetes 1, Poli Traumatismos, Arritmia, Malaria, Síndrome Diarreico Agudo, Tuberculosis Extrapulmonar	2 (c/u)	0,71
Síndrome Edematoso, Anemia en estudio, Anemia normocítica Hipertiroidismo, Apendicitis, Ascitis, Cáncer Ovario, Cirrosis Hepática alcohólica, Cirrosis Hepática No Alcohólica, Derrame Pericárdico Sepsis, Enfermedad Cerebrovascular Hemorrágica, Empiema, Enfermedad Arterial Periférica De Miembros, Inferiores, Estenosis Traqueal, Fístula Abdominal, Fístula Cardiovascular, Hernia Hiatal, Hemorragia Digestiva Inferior, Hemorragia Digestiva Superior, Hepatitis, Hernia Inguinal, Hidrocele, Histerectomía, Hiperplasia Prostática Benigna, Hipertensión Portal, Litiasis Vesicular, Glaucoma, Síndrome Diarreico Agudo, Obstrucción Intestinal, Pancreatitis Aguda, Parasitosis Intestinal, Síndrome Depresivo, Sobrepeso, Síndrome Metabólico, Tumor Abdominal, Tumor Ovario, Tumor Pulmón, Tumor Vejiga, Tumor SNC, Trauma, Úlcera Miembros Inferiores, Várices	1 (c/u)	0,36
Total	322	100

En cuanto a la ingesta de alimentos, se encontró que en general comían $2,90 \pm 0,88$ comida día. Al preguntar, específicamente, sobre la ingesta de algunos rubros encontramos que los vegetales eran ingeridos $4,15 \pm 2,51$ días a la semana y la carne $2,17 \pm 2,10$ también días por semana.

El IMC fue medido en 286 personas, en el resto hubo dificultades técnicas. El promedio fue de $21,48 \pm 9,93$ Kg/m². El Síndrome de Desgaste Orgánico fue identificado en 139 pacientes, con un promedio de $0,42 \pm 0,49$ DE sobre la población total estudiada. En la tabla 3 se muestra la comparación entre ellos, pero no fue estadísticamente significativa.

El ingreso familiar promedio para el momento de la recolección de la muestra fue de Bs F. 7.952.447,85 \pm 17.161.723,89 DE. En 12 encuestados no se reportó ingreso alguno. El menor ingreso correspondió a un encuestado que lo refirió en BsF. 1.000.000,00, seguido por el sueldo mínimo que para el momento de la recolección de la muestra era de BsF.: 1.500.000,00; estos ingresos pertenecían a familias entre 1 y 6 miembros. El máximo ingreso fue de Bs. 100.000.000 y correspondió a una familia con 13 miembros de los cuales había un niño trabajando en la economía formal y 6 adultos trabajando en la economía formal.

El menor ingreso lo obtuvieron los pacientes del Hospital General del Oeste (Los Magallanes de Catia) con un promedio de BsF. 3.500.000 \pm 10082188,4 DS y el mayor lo tuvo el HUC con BsF. 8.997.092,59 \pm 11681923,3. Las variaciones intragrupo son muy amplias como se muestra en la **tabla 4**.

En cuanto al trabajo, se encontró que 10 niños trabajaban en la economía formal, lo que da un promedio por encuestado de $0,03 \pm 0,28$ DE niños ejerciendo esta función y solo uno en la economía informal que correspondió a un promedio de $0,003 \pm 0,05$ DE. En los adultos trabajaban un total de 435, lo que señala un promedio de 1,3 personas trabajando por encuestado y de ellos 297 en la economía formal con el promedio por encuestado $0,91 \pm 1,07$ y en la informal 138, con un promedio de $0,42 \pm 0,85$. En la **tabla 4** se señalan los ingresos de los encuestados por hospital.

SITUACIÓN NUTRICIONAL DE LOS PACIENTES QUE CONSULTAN
A LOS SERVICIOS MÉDICOS DEL ÁREA METROPOLITANA DE CARACAS. ESTUDIO MULTICÉNTRICO

Tabla 3. Características de la ingesta

Hospital	Edad		Género (n - %)		Comidas por día		Carne por semana		Vegetales por semana		IMC		D (%)
	Prom	DE	Mujer	Hombre	Prom	DE	Prom	DE	Prom	DE	Prom	DE	
HGO-Magallanes (93)	44,98	18,2	47 - (51,61)	46 - (48,39)	2,97	0,9	2,12	0,9	4,12	2,6	23,61	5,97	27,95
JM Vargas (130)	50,7	19,69	76 - (58,46)	54 - (41,54)	2,87	0,92	2,29	2,1	3,92	2,46	25,75	5,18	32,3
Domingo Luciani (45)	49,51	18,34	31 - (68,88)	14 - (31,11)	2,95	0,85	1,84	1,91	4,66	2,3	21,96	5,11	73,33
Universitario de Caracas (54)	49,5	19,46	24 - (44,44)	30 - (55,56)	2,79	0,76	2,7	2,18	4,29	4,63	21,07	7,62	51,85

Prom: promedio

Tabla 4. Ingreso y personas que trabajan en las familias (1)

Hospital	Ingreso familia			n total	Personas/ familia					
	Prom	DE	n		Niños			Adultos		
					n	Prom	DE	n	Prom	DE
HGO Magallanes	3.500.000	10082188,4	431	123	1,28	1,27	308	3,17	1,68	
Vargas	8.061.461,54	23836289,8	565	131	1	1,48	434	3,33	1,74	
Luciani	7.757.778	16294079,9	181	48	1,06	1,07	133	2,95	2,13	
HUC	8.997.092,59	11681923,3	246	61	1,13	1,22	185	3,42	1,98	

Prom: promedio

Tabla 4. Ingreso y personas que trabajan en las familias (2)

Hospital	Trabajo familiar												
	n	Niños						Adultos					
		Formal Prom	DE	n	Informal Prom	DE	n	Formal Prom	DE	n	Informal Prom	DE	
Magallanes	10	0,3	1,34	0	0	0	88	1,59	1,53	28	0,53	1,26	
Vargas	1	0	0	1	1	0	103	0,79	0,71	76	0,58	1,1	
Llanito	1	1	0	0	0	0	67	1,71	1,16	14	0,7	0,65	
HUC	0	0	0	0	0	0	59	0,72	0,73	20	0,37	0,59	

Debe señalarse, en cuanto al SDO, que 76 pacientes tenían un diagnóstico principal que no justificaba su presencia. Estos diagnósticos fueron: 14 pacientes con HTA, 13 con ICC, 8 infección de partes blandas, 7 con neumonía, además de igual número con diabetes mellitus, 6 con enfermedad coronaria, 4 tuvieron algún tipo de ECV. El resto como se muestra en la **tabla 5**.

Discusión

Este trabajo cumplió con la meta de evaluar en un día, en horas diurnas, parte de la condición socioeconómica, algunas de las características de la nutrición de los atendidos, la cuantificación del IMC y la presencia de desgaste orgánico, además de identificar la causa principal de consulta a cada institución.

Tabla 5. Diagnósticos principales que no justifican la presencia del SDO

Diagnóstico	n
Hipertensión arterial	14
Insuficiencia Cardíaca	13
Infección de partes blandas	8
Neumonía	7
Diabetes mellitus 1 o 2	7
Enfermedad Coronaria	6
Enfermedad cerebrovascular isquémico o hemorrágica	4
Infección del Tracto urinario	2
Trombosis venosa profunda	2
Arritmia	2
Paciente Sano	2
Glaucoma	1
Síndrome gripal	1
Síndrome Metabólico	1
Síndrome diarreico agudo	1
Enfermedad arterial periférica de miembros inferiores	1
Estenosis traqueal	1
Malaria	1
Epilepsia	1
Anemia	1
Total	76

Se evaluaron 322 personas, que reflejan el hábito actual de su familia, y esto representa entonces los hábitos de los 1556 individuos que pertenecen a esa familia.

La primera observación es que la edad promedio es relativamente baja con una amplia desviación estándar ($48,63 \pm DE 19,11$ años). El significado de este dato es importante, porque predominan las edades productivas de la vida donde se evidencia alguna alteración de salud que amerita consulta a un hospital, independientemente de que esta sea crónica o aguda. Se habla entonces con la excepción de los pacientes catalogados como sanos, de una población tempranamente enferma. La amplitud de la DE por su parte, señala que el adulto joven también está consultando y que existe la población más esperada con patología crónica que son los adultos mayores. No fue objetivo de

este trabajo asociar la patología con la edad por lo que sería importante profundizar esta relación.

Por su parte el género reveló un predominio femenino en 10,5%, lo que no es muy amplio, es muy frecuente en las investigaciones locales y dibuja una estructura bastante similar entre géneros.

En cuanto a los ingresos, tomando como referencia la canasta básica del momento de la toma de recolección de la muestra, era de BS F. 39.639.321,22. El promedio de ingreso que fue 7.952.447,85, representa apenas el 0,2 de la citada cesta, y se necesitan 4,9 veces el ingreso promedio para alcanzar una cesta básica, en el estudio de familias que están compuestas por 4,85 miembros, siendo esta calculada para 4 miembros, por lo que aún no sería suficiente. Este dato explica los hábitos insuficientes de alimentación que encontramos en la investigación. Para el momento de esta publicación, la hiperinflación existente ha minimizado aún más el poder adquisitivo de cada venezolano⁽³⁵⁾.

Se encontró que los encuestados comían $2,90 \pm 0,88$ al día, lo que señala que existe la educación básica de las 3 comidas al día, bien sea por costumbre o conocimiento, la tendencia se mantiene y es una plataforma adecuada para insistir por la vía educativa en las 3 comidas al día como base para la salud de toda la familia. Sin embargo, cuando observamos lo que comen, existe un deplorable déficit proteico al identificar que existen solamente $2,17 \pm 2,10$ días de ingesta de algún tipo de carne y $4,15 \pm 2,51$ días de ingesta de vegetales, donde los nutrientes proteicos, vitaminas, minerales, oligoelementos y fibra están en un franco déficit y tienen consecuencias no sólo en la salud global del individuo, sino también en el crecimiento y desarrollo de los 363 niños que formaron parte indirecta de la investigación. La ingesta de carbohidratos fue medida indirectamente, y es claro que si la tendencia es a comer 2,9 veces al día y cifras que no alcanzan una vez diaria de proteínas y vegetales, el resto de las comidas son en base a carbohidratos. Expresa este hallazgo, que apenas existe algún elemento energético, pero sin lo necesario para cubrir las necesidades metabólicas básicas.

SITUACIÓN NUTRICIONAL DE LOS PACIENTES QUE CONSULTAN
A LOS SERVICIOS MÉDICOS DEL ÁREA METROPOLITANA DE CARACAS. ESTUDIO MULTICÉNTRICO

La relación desnutrición-enfermedad es un hecho conocido, el riesgo de mortalidad quirúrgica fue medido por primera vez por O' Studley en la primera mitad del siglo XX, cuando comparó las cifras de mortalidad por cirugía de úlcera perforada al perder por lo menos 2% o más de su peso habitual, y encontró que estos murieron en el 33%, mientras que aquellos que no habían perdido peso o la pérdida era menor, llegaba al 3%. Actualmente se estima que el riesgo relativo de mortalidad en desnutridos se multiplica por 9,613⁽³⁶⁾.

Diversos estudios señalan que alrededor del 31% de los pacientes ingresados a los hospitales, presentan algún grado de desnutrición. Si bien esta investigación no aplicó todos los criterios diagnósticos de desnutrición, medimos el IMC y el SDO. El primero si se toma en cuenta, aislado, impresiona como una medida muy buena, pero si se compara con la forma de ingesta ya analizada, encontramos que este IMC casi "ideal" que tienen los pacientes estudiados, no son otra cosa que el camino a la desnutrición secundaria por la incapacidad adquisitiva para lograr una dieta mínimamente balanceada. Estudios anteriores de diversas poblaciones venezolanas, señalaban en su momento una gran preocupación por la tendencia a sobrepeso u obesidad, prácticamente ausente en esta investigación. Es por esa razón que este dato es un aporte vital a la realidad venezolana. A los médicos hospitalarios no les resulta extraño encontrar pacientes con IMC menores de 15, lo cual nunca había sucedido, con excepción de neoplasias terminales o pacientes abandonados. Sin embargo, la investigación de Cañas y cols demostró al comparar características clínicas y epidemiológicas de dos periodos 2004 - 2008 con el 2009 - 2013, de pacientes con TB, que una de las variables que había desmejorado de forma estadísticamente significativa fue el diagnóstico de desnutrición, siendo mayor del 2009 - 2013, data que a pesar de tratarse de una enfermedad que produce un severo desgaste, fue peor en el periodo más reciente con la misma condición y señala que esta pérdida de peso es progresiva de tiempos recientes^(37,38).

El Instituto Nacional de Nutrición editó recientemente una colección denominada Lecciones

Institucionales, entre las cuales está un ejemplar dedicado a sobrepeso y obesidad, donde se analizan las características nutricionales del venezolano entre 7 y 40 años de edad en toda la nación. Para estos investigadores, los hábitos nutricionales inadecuados a expensas de harinas, el sedentarismo, el sobrepeso y la obesidad, fueron los problemas identificados. La medición del sobrepeso en el género masculino fue de 32% y la obesidad de 29,65% en el grupo total, lo que suma 61,65%. Para el área Metropolitana de Caracas, el sobrepeso fue de 35,15% y para obesidad 25,52 %; ambos como un solo problema, representan el 62%, muy similar al total del país y coincide en que constituye más de la mitad de la población estudiada. Además, en el grupo total sólo el 35% y en el área metropolitana el 36%, están dentro de los parámetros normales; el resto se catalogó como peso bajo. La población estudiada por ellos corresponde a la suma de la población activa económicamente, los adolescentes y los escolares. Tomando en cuenta que puede haber diferencias entre los grupos estudiados en varias edades, no debe despreciarse el hallazgo de que a nivel nacional la alta frecuencia del sobrepeso y la obesidad, para ese momento eran un problema que ameritaba estrategias especiales según sus conclusiones.

Nuestro trabajo demuestra que esa característica cambió radicalmente y que con el tipo de nutrición que refirieron, explica el IMC casi perfecto que encontramos y la clasificación peso bajo será muy pronto la más predominante, si no se aplican los correctivos necesarios. Esta publicación digital no posee los datos en tabla para el género femenino, ni los valores de IMC lo que sería interesante para compararlo con nuestros hallazgos⁽³⁹⁾.

Si bien es cierto que el predominio de farináceos ha sido una característica de la nutrición del país, la ausencia de proteínas no era de la magnitud encontrada. En 1945 en nuestro país se fundó el Instituto Nacional Pro Alimentación Popular y el Patronato Nacional de Comedores Populares. Ambas instituciones paliarían la situación nutricional del país, además de realizar investigación clínica con énfasis en las embarazadas para poder fijar pautas a posteriori que se publicarían en la revista

Archivos Venezolanos de Nutrición fundada mas tarde. De estas iniciativas partieron muchas otras como la Escuela Nacional de Dietistas fundada en 1950. Para el mundo, Venezuela ofreció su nueva sede del nuevo Instituto Nacional de Nutrición para la Tercera Conferencia Latinoamericana de Nutrición en 1953, donde no quedaban dudas de los adelantos de nuestro país en organización e investigación, siendo uno de los mejores de la región.

La nutrición de nuestro país ha tenido altos y bajos, el patrón siempre se ha mantenido con predominio de carbohidratos, los trabajos de diversas instituciones resumidas en el trabajo de Bouges H, Bengoa J, O'Donnell A., señalan que entre los años 1940 – 1945 el predominio de glúcidos con una franca deficiencia de proteína animal por disparidades relacionadas con la ubicación geográfica; por ejemplo, la mejor ingesta de carne animal la tenían las áreas que la producían, o sea la región de los Llanos y el resto mantenía el mismo patrón. Entre 1945 – 1979 el consumo calórico era insuficiente y de similares características. Para la segunda mitad del siglo XX aumenta el consumo cárnico por la mejora del poder adquisitivo de toda la Venezuela petrolera, acompañada del consumo de aceite vegetal y no animal, mas el consumo de frutas y hortalizas, lo que representa una nutrición mas completa. La mejor época nutricional se observó entre los años 1980 y 1982 por la bonanza petrolera, aún con las diferencias regionales. Luego se inicia un descenso de la calidad de vida incluyendo la nutrición hasta nuestros días, demostrado en la presente investigación que en los últimos meses ha sido vertiginosa, y repercute más acentuadamente en aquellos de menores recursos. Las intervenciones del estado para mejorar la condición nutricional de los venezolanos fueron inmensas, y como se resume en este párrafo lograron ser efectivas con sus habitantes en un país que le permitió aprender a vivir de forma adecuada. Para este momento, el concepto de comer 3 veces al día parece ser el único que se mantiene en aplicación en la mayoría de los estudiados⁽⁴⁰⁾. Todas estas iniciativas deben ser retomadas y mejoradas para lograr nuevamente el reinicio básico de la siembra de la salud que es la nutrición.

Las enfermedades crónicas pueden ser causa de pérdida de peso, inclusive de desgaste orgánico, entre ellos podemos citar la caquexia cardíaca, el estado cognitivo, la diabetes y el EPOC entre algunos.^{41,42,43,44,45} Sin embargo, el tratamiento adecuado de dichas patologías evita la instalación de la desnutrición asociada. Por lo tanto, no debe asumirse que el SDO o la desnutrición son definitivas en ellas. Esto por su parte, es consecuencia del deterioro de la calidad de vida acompañada de la falta de disponibilidad de los medicamentos que estas patologías requieren. Para el mes de septiembre la canasta básica fue de Bs. F. 736.229.500,27/ Bs.S 7.362,29 con un sueldo básico de Bs S.: 1800,00 y sin poder reflejar lo que el costo de los alimentos representa para este ingreso, pues el escenario de hiperinflación se mantiene. Ha sido parte de nuestra práctica médica, atender pacientes con patologías como las citadas sin desgaste orgánico con un estado nutricional óptimo en tiempos anteriores y en aquellos que pueden mantener su calidad de vida⁽⁴⁶⁾.

La pérdida de peso es de tal magnitud que la tabla 5 representa aquellas patologías que compensadas no deberían tener pérdida de peso o que en forma alguna producen la alteración del peso. Entre las enfermedades crónicas está la HTA, ICC, arritmias, enfermedad coronaria. Especial mención merecen las infecciones con un gran predominio en partes blandas y neumonías, donde el desgaste se convierte en el facilitador de la severidad e inclusive la muerte. Debe notarse que 2 pacientes no tenían otra patología que no fuera el desgaste y es correcta su consulta porque se trataba de una consulta preventiva, sin embargo, la orientación nutricional aislada, en el país que tenemos, es insuficiente para lo que paciente necesita. Por otra parte, esta tabla llama a la reflexión a todas las especialidades médicas para tomar en cuenta el interrogatorio nutricional y ayudar aunque sea conceptualmente a todo paciente que lo amerite.

Ha sido claramente demostrado que una buena nutrición es la mejor de las opciones tanto en la prevención como en el tratamiento de las enfermedades. Lo ha demostrado en múltiples áreas la dieta “mediterránea”, cuyos componentes no son accesibles al

SITUACIÓN NUTRICIONAL DE LOS PACIENTES QUE CONSULTAN A LOS SERVICIOS MÉDICOS DEL ÁREA METROPOLITANA DE CARACAS. ESTUDIO MULTICÉNTRICO

venezolano de hoy, basados en el análisis de los ingresos reportados. Es por ello, que estos hallazgos no son una simple descripción de la situación del paciente que asiste a un hospital del país.

Estamos documentando las consecuencias de las condiciones actuales de vida del venezolano y su repercusión en la salud, lo que obligatoriamente debe ser corregido para evitar entrar en el círculo de la pobreza con sus consecuencias^(47,48).

Dada la importancia de los hallazgos, los autores se proponen realizar una segunda medición a finales de año para hacer seguimiento de las condiciones de vida y alimentación, acompañado siempre de la educación del encuestado y la atención adecuada.

Equipo de investigación

•Hospital General del Oeste “Dr. José Gregorio Hernández”: Trina Navas, Andrés Puerta, Brenda López, José Emilio Moncada, Lourdes Andreina Mendoza, Oskarina León

•Hospital Universitario de Caracas: Elizabeth Hernández, Keisy Marquez, Mary Cifelli, Carlos Loynaz, Gabriel Silva, Joel Serpa, Jose Marrero, Federica Davila, Jose Angel Uribe.

•Hospital Vargas de Caracas: Enrique Vera, Hendryx Escalona, Daniela Arellano, Ilich Vanessa González.

•Hospital General del Este “Dr. Domingo Luciani”: José Antonio Parejo, Mariana Rosas, Juan Torres, María Elisa Campos.

•Hospital Militar Dr. Carlos Arvelo: Dra Virginia Salazar

Referencias

1. UCAB, USB, LACSO. ENCOVI 2015. Consultada el 2 de octubre de 2017 en <http://www.fundacionbengoa.org/noticias/2017/encovi-2016.asp>
2. COMIR, Red de Solidaridad Ciudadana, UCAB, Fundación Bengoa, USB, UCV, LACSO. ENCOVI Venezuela 2016. Consultada el 15 de agosto de 2017 en <http://www.fundacionbengoa.org/noticias/2017/encovi-2016.asp>
3. Villamizar F, Escalante E, Navas T. El adulto mayor: epidemiología en el hospital general del oeste. 2016. [trabajo especial de grado]. Hospital General del Oeste “Dr. José Gregorio Hernández” Caracas, Venezuela – Universidad Central De Venezuela, Caracas-Venezuela. 2016
4. Cañas Castillo k, Ahmad M, Navas Blanco T. Tuberculosis: características epidemiológicas en un hospital tipo iv. Med Intern (Caracas) 31;1: 31-44

5. Ramage-Morin PI, Gilmour H, Rotermann M. Nutritional risk, hospitalization and mortality among community-dwelling Canadians aged 65 or older. Health Rep. 2017 sep 20;28(9):17-27.
6. Kirkland L, Shaughnessy E. The association of weight loss with one-year mortality in hospital patients, stratified by BMI and FFMI subgroups. Clin Nutr. 2017 S0261-5614(17)30307-2
7. Kruizenga H, van Keeken S, Weijjs P, Bastiaanse L, Beijer S, Huisman-de Waal G, et al. Undernutrition screening survey in 564,063 patients: patients with a positive undernutrition screening score stay in hospital 1.4 d longer. Am J Clin Nutr 2016 Apr;103(4):1026-32.
8. Shirakabe A, Hata N, Kobayashi N, Okazaki H, Matsushita M, Shibata Y et al. The prognostic impact of malnutrition in patients with severely decompensated acute heart failure, as assessed using the Prognostic Nutritional Index (PNI) and Controlling Nutritional Status (CONUT) score. 2017. 27(4):277-283.
9. Kirushnan Bb, Rao Bs, Annigeri R, Balasubramanian S, Seshadri R, Prakash Kc, Vivek V et al. Impact of malnutrition, inflammation, and atherosclerosis on the outcome in hemodialysis patients. Indian J Nephrol . 2017 Jul-Aug; 27(4): 277-283
10. Cruz V, Bernal 2, Buitrago G, Ruiz Áj. Screening for malnutrition among hospitalized patients in a colombian university hospital]. Rev Med Chil. 2017 apr;145(4):449-457.
11. Rodríguez Jiménez K, Reales chacón L. Síndrome de fragilidad y sus variables asociadas Med Interna (Caracas) 2016; 32 (4): 272 – 278
12. Bastidas Castillo J, Essensfeld- Sekler E. Los marcadores nutricionales en pacientes desnutridos y sujetos sanos. Estudio prospectivo en 100 pacientes. (Magister Scientiarum) 1983. [Tesis de Grado] Universidad Central de Venezuela – Facultad de Medicina.
13. Unicef Venezuela, información del país. Derechos de los niños. Consultado el 31 de octubre de 2017 en https://www.unicef.org/venezuela/spanish/overview_4200.htm
14. Vinogradoff L. Alrededor de 300.000 niños podrían morir por desnutrición en Venezuela, según caritas. ABC internacional. 2017. Consultado el 31 de octubre de 2017 en http://www.abc.es/internacional/abci-alrededor-300000-ninos-podrian-morir-desnutricion-venezuela-segun-caritas-201710250219_noticia
15. Salvador T, Lallana M J, Taboada, R J, Mendaza M. Síndrome de emaciación en el paciente con SIDA. Farm Hosp 1997. 21; 2: 69-77
16. Maurera Peña E, Reyes Herrera Y, Guerrero Guerrero J, Herde Rodríguez J, Capriles Wehrmann A; Díaz Solano M, et al. Epidemiología de la infección por HIV / SIDA en el Servicio de Medicina Interna III del Hospital Vargas de Caracas. Med Interna (Caracas) 2011; 27 (2): 137 – 143
17. Sosa-Sánchez R, Sánchez-Lara K, Motola-Kuba D, Green-Renner D. Síndrome De Anorexia-Caquexia En El Paciente Oncológico. Gac Méd Méx 2008. 144; 5: 435- 40.
18. Maurera Peña E, Reyes Herrera R, Guerrero Guerrero J, Herde Rodríguez J, Figuera Jaspe D, Quijada Lazo W. Infección por Mycobacterium tuberculosis: casuística del servicio de medicina interna III del Hospital Vargas de Caracas. Med Interna (Caracas) 2011; 27 (4): 275 – 279
19. Cermeño H, Cermeño V J, Godoy G, Súnico L, Hernández De Cuesta I, et al. Tuberculosis y micosis sistémicas en indígenas del Municipio Cedeño, Estado Bolívar, Venezuela. Med Interna (Caracas) 2013; 29 (1):62 -67
20. Guerrero J, Herd J, Maurera E, Boccardo C, Vera E, Moros Ghersi C. Paracoccidioidomycosis: presentación de dos casos. Med Interna (Caracas) 2011; 27 (2): 144 – 153
21. Essensfeld-Sekler E, Contreras J, Fuenmayor V, Pérez A. Soporte nutricional por microeyunostomía en embarazo de 19 semanas llevado a término: primer caso en Venezuela. Rev Obstet Ginecol

- Ven;52(1):57-8, 1992.
22. Essenfled - Sekler E; Bastidas Castillo J, Perez de Herrera A. Nutrición enteral continua mediante sonda nasogastrica Dobbhoff en 20 pacientes desnutridos. *Cent Med (Cracas)*. 1983. 22;76: 165-74
 23. Essenfled - Sekler E. Cambios físicos, metabólicos y nutricionales en la vejez / Physical, metabolic and nutritional changes in the aging. *Med Inter (Caracas)*. 1985. 1(1):18-23.
 24. Essenfled - Sekler E; Bastidas Castillo J. Nutrición enteral ambulatoria, primera experiencia presentada en Venezuela: 4 casos. *Centro Méd;*25(83):75-9, ene. 1986
 25. Contreras, Jesús H; Essenfled-Sekler E. Valor de la evaluación nutricional de la embarazada y posibles implicaciones. *Rev Obstet Ginecol Venez* 1988. 48(2):56-6.
 26. Vásquez J, Meléndez R, Essenfled - Sekler E. Niveles de óxido nítrico en desnutridos que reciben L- arginina. 2001 [Trabajo de Grado]. Facultad de Medicina – Universidad Central de Venezuela.
 27. Alvarez C, Essenfled - Sekler E. Óxido nítrico y desnutrición. *Med Intern (Caracas)*. 16(1):34-44, 2000.
 28. Essenfled - Sekler E. Utilidad del Contaje de la Subpoblación Linfocitaria y las Marcadores de Desnutrición y Evolución Hospitalaria. [Trabajo de ascenso para optar al escalafón de Profesora Asociada de la Universidad Central de Venezuela]. 2004
 29. Cermeño V J, López C, Fajardo M, Cermeño V J. Tuberculosis y micosis endémicas en una población indígena del Estado Bolívar: San José de Kayamá. *Med Interna (Caracas)* 2007;23(4):241-244
 30. Arocha Rodulfo J, Amair P, Andrés Octavio J, Navas Blanco T. Deficiencia de hierro y/o anemia en la insuficiencia cardíaca, ¿tratar o no tratar? *Med Interna (Caracas)* 2015; 31 (3): 119 - 128
 31. Asamblea médica mundial. Declaración de Helsinki de la AMM - Principios éticos para las investigaciones médicas en seres humanos. Última enmienda 52ª asamblea general, Edimburgo, Escocia, octubre 2000 y última nota de clarificación 64ª Asamblea General, Fortaleza, Brasil, octubre 2013. Consultada el 1 de noviembre de 2017 en <http://www.isciii.es/isciii/es/contenidos/fd-investigacion/fd-evaluacion/fd-evaluacion-etica-investigacion/declaracion-helsinki-2013-esp.pdf>
 32. Congreso de la República de Venezuela. Ley de ejercicio de la medicina. Gaceta oficial n° 3.002 extraordinario de fecha 23 de agosto de 1982. Consultada el 1 de noviembre de 2017 en http://medicinapreventiva.com.ve/ley_de_ejercicio_medicina.pdf
 33. Federación Médica Venezolana. Código de Deontología Médica aprobado durante la LXXVI reunión extraordinaria de la asamblea de la FMV en Caracas el 20 de marzo de 1985. Consultada el 1º de noviembre de 2017 en <http://www.defiendete.org/html/de-interes/leyes%20de%20venezuela/leyes%20de%20venezuela%20i/codigo%20de%20deontologia%20medica.htm>
 34. CENDA (Centro de Documentación y Análisis para los trabajadores) Canasta alimentaria Abril 2018. Consultado el 12 de octubre de 2018. <http://cenda.org.ve/noticia.asp?id=167>
 35. Hernández A. Desnutrición y enfermedad crónica. *Nutrición Hospitalaria*. 2012. 5; 1: 4-16
 36. Instituto Nacional de Nutrición. Sobrepeso y obesidad en Venezuela . Prevalencia y factores condicionantes. Fondo Editorial Gente de Maíz. consultado el 3 de octubre de 2018 en <https://www.inn.gob.ve/pdf/libros/sobrepeso.pdfa>
 37. Cañas Castillo KG, Ahmad M I, Navas Blanco T. Tuberculosis: características epidemiológicas en un hospital tipo IV *Med Interna (Caracas)* 2015; 31 (1): 31-43
 38. Instituto Nacional de Nutrición. Sobrepeso y obesidad en Venezuela . Prevalencia y factores condicionantes. Fondo Editorial Gente de Maíz. consultado el 3 de octubre de 2018 en <https://www.inn.gob.ve/pdf/libros/sobrepeso.pdfa>
 39. Bouges H, Bengoa J, O'Donnell A. Historia de la Nutrición en América latina. Consultado el 1 de octubre de 2018 en <https://www.slan.org.ve/libros/Historias%20de%20la%20Nutrici%C3%B3n%20en%20Am%C3%A9rica%20Latina.pdf>
 40. Miján A, Martín E, Mateo B. Caquexia cardíaca. *Nutr. Hosp.* [Internet]. 2006 Mayo [citado 2018 Oct 13]; 21(Suppl 3): 84-93. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0212-16112006000600012&lng=es.
 41. Govindaraju T, Sahle B, McCaffrey T, McNeil J, Owen A. Dietary Patterns and Quality of Life in Older Adults: A Systematic Review. *Nutrients* 2018, 10, 971; 1 - 18
 42. Mete B, Pehlivan E, Gülbaş G, Günen H. Prevalence of malnutrition in COPD and its relationship with the parameters related to disease severity. *Int J Chron Obstruct Pulmon Dis*. 2018;13:3307-3312
 43. Balcha SA, Phillips DIW, Trimble ER. Type 1 Diabetes in a Resource-Poor Setting: Malnutrition Related, Malnutrition Modified, or Just Diabetes? *Curr Diab Rep*. 2018 Jun 14;18(7):47.
 44. Casals-Vázquez C, Suárez-Cadenas E, Estébanez Carvajal FM, Aguilar Trujillo MP, Jiménez Arcos MM, Vázquez Sánchez MÁ. Relationship between quality of life, physical activity, nutrition, glycemic control and sarcopenia in older adults with type 2 diabetes mellitus. *Nutr Hosp*. 2017 Oct 24;34(5):1198-1204
 45. Rocha M, Prieto D, Navas Blanco T. Prescripción y adquisición de medicamentos y procedimientos: análisis de las limitaciones actuales en el ejercicio médico. *Med Interna (Caracas)* 2018; 34 (2): 96 – 112
 46. Ricci C, Carboo J, Asare H, Smuts CM, Dolman R, Lombard M. Nutritional status as a central determinant of child mortality in Sub-Saharan Africa. A quantitative conceptual framework. *Matern Child Nutr* 2018. Consultada el 26 de octubre de 2018 en <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/pdf/10.1111/mcn.12722>
 47. McClain AC, Dickin KL, Dollahite J. Life course influences on food provisioning among low-income, Mexican-born mothers with young children at risk of food insecurity. *Appetite*. 2018;132:8-17.