



Artículo de Investigación

Valoración nutricional de pacientes geriátricos con síndrome de desacondicionamiento físico

Nutritional assessment of geriatric patients with physical deconditioning syndrome

Abel Estévez Perera¹ <https://orcid.org/0000-0002-8410-5808>

Jorge Luis Goulet Rodríguez¹ <https://orcid.org/0009-0007-9171-8948>

Elisbeth Pérez Montes de Oca²* <https://orcid.org/0000-0002-4224-6039>

¹Universidad de Ciencias Médicas de La Habana. Centro de Investigaciones sobre Longevidad, Envejecimiento y Salud. La Habana, Cuba.

²Universidad de Ciencias Médicas de La Habana. Hospital Clínico Quirúrgico "Hermanos Ameijeiras". La Habana, Cuba.

***Autor para la correspondencia:** elisbethpmdeoca99@gmail.com

Cómo citar este artículo: Estévez Perera A, Goulet Rodríguez JL, Pérez Montes de Oca E. Valoración nutricional de pacientes geriátricos con síndrome de desacondicionamiento físico. GerolInfo-Revista de Gerontología y Geriatría. 2026; 21:e369.

RESUMEN:

Introducción: El síndrome de desacondicionamiento físico en adultos mayores, frecuente tras hospitalización o inmovilidad, conlleva alto riesgo de malnutrición, afecta la recuperación y calidad de vida.

Objetivo: Caracterizar el estado nutricional de pacientes geriátricos con síndrome de desacondicionamiento físico.

Métodos: Estudio observacional, transversal, en 60 pacientes ≥ 60 años. Se evaluó índice de masa corporal (IMC), estado nutricional (Mini Nutritional Assessment-MNA), riesgo de úlceras por presión (escala Norton) y parámetros bioquímicos (hemoglobina, colesterol, creatinina, glucemia).

Resultados: La media de edad fue 78.7 años (70 % mujeres). El 40 % presentó bajo peso, el 48.3 % riesgo de malnutrición y el 25 % malnutrición establecida. El 41.6 % mostró riesgo moderado de úlceras por presión. La hemoglobina media fue 10.5 g/dL, con un valor mínimo de 3.6 g/dL.

Conclusiones: Existe una alta prevalencia de malnutrición y anemia en adultos mayores con desacondicionamiento físico, lo que subraya la necesidad de evaluaciones nutricionales sistemáticas e intervenciones integradas en la rehabilitación para mejorar los resultados clínicos.

Palabras Clave: desacondicionamiento físico; evaluación geriátrica; paciente geriátrico, evaluación nutricional; malnutrición.

ABSTRACT:

Introduction: Physical deconditioning syndrome in older adults, common after hospitalization or immobility, carries a high risk of malnutrition, affects recovery and quality of life.

Objective: To characterize the nutritional status of geriatric patients with physical deconditioning syndrome.

Methods: Observational, cross-sectional study in 60 patients aged ≥ 60 years. Body mass index (BMI), nutritional status (Mini Nutritional Assessment-MNA), risk of pressure ulcers (Norton scale), and biochemical parameters (hemoglobin, cholesterol, creatinine, blood glucose) were evaluated.



Results: The mean age was 78.7 years (70 % women). Forty percent were underweight, 48.3 % were at risk of malnutrition, and 25 % had established malnutrition. Forty-one point six percent showed a moderate risk of pressure ulcers. The mean hemoglobin was 10.5 g/dL, with a minimum value of 3.6 g/dL.

Conclusions: There is a high prevalence of malnutrition and anemia in older adults with physical deconditioning, highlighting the need for systematic nutritional assessments and integrated interventions in rehabilitation to improve clinical outcomes.

Keywords: physical deconditioning; geriatric assessment; older patient; nutritional assessment; malnutrition.

Recibido: 01/01/2026

Aceptado: 01/02/2026

INTRODUCCIÓN:

El envejecimiento de la población conlleva un incremento en la prevalencia de enfermedades crónicas no transmisibles. Las alteraciones de los órganos de los sentidos y en los compartimentos corporales, el deterioro funcional y el aislamiento social, que se vuelven más frecuentes durante el envejecimiento, se asocian a hábitos alimenticios inapropiados y a desequilibrios entre el aporte de nutrientes y las necesidades del individuo. Esto trae una serie de consecuencias como la disminución del peso, inmunosenescencia, descompensación de enfermedades de base, ingresos hospitalarios y una peor calidad de vida.⁽¹⁾

La malnutrición es un estado que se produce por la falta de ingesta o asimilación de nutrientes y da lugar a una alteración de la composición corporal (descenso de la masa libre de grasa) y la masa celular corporal. Produce una reducción de la función física y mental, y una peor evolución de cualquier enfermedad subyacente.⁽²⁾

Los ancianos son una población vulnerable debido a los cambios propios del envejecimiento: la pérdida de apetito, la dificultad de la masticación, la polifarmacia, la fragilidad, la sarcopenia, la inmovilización, el deterioro cognitivo y los problemas sociales.^(3,4)



El síndrome de desacondicionamiento físico (SDF) es la pérdida rápida y progresiva de la condición física general que ocurre cuando una persona deja de realizar actividad física de manera habitual, usualmente debido a un período de reposo en cama, inmovilidad o vida sedentaria forzada por una enfermedad, una hospitalización o una lesión.⁽⁵⁾

El síndrome de desacondicionamiento físico es un problema de salud serio que puede empeorar la recuperación de la enfermedad original, prolongar la estancia hospitalaria y reducir significativamente la calidad de vida.⁽⁶⁾

Este síndrome es común en personas que pasan por: hospitalizaciones prolongadas, reposo en cama, recuperación de cirugías mayores, lesiones que inmovilizan una parte del cuerpo y estilos de vida extremadamente sedentarios en adultos mayores o personas con enfermedades crónicas debilitantes.^(7,8)

El síndrome de desacondicionamiento físico es una complicación frecuente y grave en los adultos mayores. Ocurre como consecuencia a una enfermedad aguda, hospitalización o inmovilidad. Su identificación temprana es crucial para implementar intervenciones de rehabilitación y prevenir el deterioro funcional irreversible. El objetivo de este estudio es caracterizar el estado nutricional de pacientes geriátricos con síndrome de desacondicionamiento físico.

MÉTODOS:

Estudio observacional, de corte transversal, desarrollado en el Servicio de Rehabilitación Física del Centro de Investigaciones sobre Longevidad, Envejecimiento y Salud (CITED), en el periodo de enero de 2024 a Diciembre de 2024.

La muestra quedó conformada por 60 sujetos. Se realizó un muestreo por conveniencia.

Como criterios de inclusión se adoptó la edad de 60 años o más, voluntariedad para participar y diagnóstico de síndrome de desacondicionamiento físico en el periodo de estudio. Como criterios de exclusión, estadio terminal según juicio de experto.



Este es un artículo en Acceso Abierto distribuido según los términos de la [Licencia Creative Commons Atribución-No Comercial 4.0](#) que permite el uso, distribución y reproducción no comerciales y sin restricciones en cualquier medio, siempre que sea debidamente citada la fuente primaria de publicación

Se analizaron las siguientes variables:

- Edad
- Sexo: Masculino, femenino.
- Índice de masa corporal: bajo peso, Normopeso, sobre peso, obeso.
- Estado nutricional: satisfactorio, riesgo de mal nutrición y mal nutrición
- Riesgo de úlcera por presión: riesgo muy alto, alto, moderado, bajo riesgo.
- Complementarios: hemoglobina, colesterol, creatinina, glucemia.

La evaluación del Índice de masa Corporal se realizó a partir del cálculo del índice de Quetelet.⁽⁹⁾

Para evaluar el estado nutricional se utilizó el Mini Nutritional Assessment (MNA); test que consta de 18 ítems divido en 4 categorías: parámetros antropométricos, estado general del paciente, encuesta dietética y valoración subjetiva.⁽⁹⁾

Para la evaluación de riesgo de úlcera por presión se utilizó la escala de Norton.⁽¹⁰⁾

Hemoglobina (Hb): La concentración de hemoglobina se midió mediante el método de la cianometahemoglobina y se expresa en gramos por decilitro (g/dL).

Colesterol Total: La concentración de colesterol total se cuantificó mediante un método enzimático colorimétrico y se expresa en miligramos por decilitro (mmol/L).

Creatinina: Los niveles de creatinina sérica se determinaron mediante el método de Jaffe cinético y se reportan en miligramos por decilitro (μ mol/L).

Glucemia: La glucemia en ayunas se midió por el método de la hexoquinasa y se expresa en miligramos por decilitro (mmol/L).

Las muestras de sangre venosa se obtuvieron tras un ayuno mínimo de 8 horas. Todas las determinaciones analíticas se realizaron en el laboratorio clínico del Centro de Investigaciones sobre Longevidad, Envejecimiento y Salud. Se utilizó analizadores automatizados.



Se realizó la caracterización clínica de la muestra mediante análisis descriptivos por medio de la distribución de frecuencia absoluta y porcentual, para las variables cualitativas y las medidas de tendencia central (media y desviación estándar) para las variables cuantitativas.

Fue verificado para cada variable registrada, que no existieran valores extremos, inconsistentes o perdidos. El análisis estadístico descriptivo se realizó con el paquete estadístico SPSS 25 y se representaron en tablas de frecuencias.

Se respetó el principio a la confidencialidad de la información de la base de datos revisada y las historias clínicas. Fue aprobada la investigación por el Consejo Científico y el Comité de Ética de las Investigaciones.

RESULTADOS:

La edad promedio de la muestra estudiada fue de 78,7 años. Predominaron los pacientes del sexo femenino de entre 80-99 años (Tabla 1).

Tabla 1. Distribución de la muestra según edad y sexo.

		Sexo		Total
		Femenino	Masculino	
Grupo de edad	60-69 años	4	2	6
	70-79 años	17	9	26
	80-89 años	19	7	26
	≥ 90 años	2	0	2
	Total	42	18	60

Según el índice de masa corporal predominaron los sujetos bajo peso (40 %; IC: 28,3-53,3), seguidos de los normopeso (25 %; IC: 15-35) (Tabla 2).



Tabla 2- Distribución de la muestra según Índice de masa corporal.

Índice de masa Corporal	n	Prevalencia (%)	Intervalo de confianza (95 %)	
			Límite inferior	Límite superior
Bajo peso	24	40	28,3	53,3
Normopeso	15	25	15	35
Sobrepeso	12	20	11,7	31,7
Obeso	9	15	6,7	25
Total	60	100	100	100

Según el estado nutricional en la muestra estudiado fueron más frecuentes los pacientes con riesgo de mal nutrición (48,3 %; IC: 35-61,7) (Tabla 3).

Tabla 3- Distribución de la muestra según estado nutricional

Estado Nutricional	n	Prevalencia (%)	Intervalo de confianza (95 %)	
			Límite inferior	Límite superior
Satisfactorio	16	26,7	15	38,3
Riesgo de mal nutrición	29	48,3	35	61,7
Mal nutrición	15	25	15	36,7
Total	60	100	100	100

Tras aplicar la escala de Norton para úlcera por presión quedó evidenciado que el 41,6 % (IC: 28,3-53,3) de los pacientes tenía un riesgo moderado de desarrollar esta complicación (Tabla 4).



Tabla 4- Distribución de la muestra según riesgo de úlcera por presión

Riesgo de úlcera por presión	n	Prevalencia (%)	Intervalo de confianza (95 %)	
			Límite inferior	Límite superior
Muy alto	3	5	0,1	10
Alto	9	15	6,7	25
Moderado	25	41,6	28,3	53,3
Sin Riesgo	23	38,3	26,7	51,7
Total	60	100	100	100

En la tabla 5 se describen los valores de los complementarios realizados a los pacientes. Con respecto al valor de la hemoglobina se obtuvo una media de 10,5 g/dL, pero llama la atención que el valor mínimo fue de 3,6 g/dL. Con respecto al colesterol se obtuvo una media de 4,69 mmol/L y un valor máximo de 7,9 mmol/L. La media de la creatinina fue de 85 µmol/L. Existieron valores extremos de 25 µmol/L y de 139 µmol/L. La media de la glucemia fue de 5,6 mmol/L, con un valor mínimo de 2,5 mmol/L.

Tabla 5- Distribución de la muestra según valores de complementarios.

	Media	Desviación Estándar	Mínimo-Máximo
Hemoglobina (g/dL)	10,5	±1,7	3,6-14,9
Colesterol (mmol/L)	4,69	±1,3	1,8-7,9
Creatinina (µmol/L)	85	±32,4	25-139
Glucemia (mmol/L)	5,6	±1,6	2,5-9,8

DISCUSIÓN:

Los resultados del presente estudio ofrecen una caracterización detallada del estado nutricional y los parámetros bioquímicos asociados en una muestra de adultos mayores cubanos con síndrome de desacondicionamiento físico. Los hallazgos revelan un



panorama clínico marcado por una alta prevalencia de malnutrición, riesgo nutricional, anemia y vulnerabilidad a complicaciones como las úlceras por presión.

El hallazgo más destacado es la elevada frecuencia de deterioro del estado nutricional. La combinación de pacientes con "malnutrición" (25 %) y "riesgo de malnutrición" (48.3 %) indica que casi tres cuartas partes de la muestra (73.3 %) están en una situación nutricional comprometida. Este dato es consistentemente más alto que los reportados en poblaciones geriátricas generales ambulatorias, pero se alinea con estudios centrados en pacientes post-hospitalizados o con movilidad reducida.

Una revisión sistemática de 2018 encontró que la prevalencia de malnutrición en ancianos hospitalizados podía alcanzar hasta el 50 %, incrementándose notablemente durante la estancia debido al catabolismo asociado a la enfermedad y la baja ingesta.⁽¹¹⁾ El SDF actúa como un amplificador de este riesgo: la inmovilidad conduce a una atrofia muscular acelerada (sarcopenia), que a su vez aumenta los requerimientos de proteínas y energía para la reparación tisular, crea una demanda que a menudo no es cubierta por una ingesta disminuida.⁽¹²⁾ Los resultados, obtenidos mediante el Mini Nutritional Assessment (MNA), confirman que el SDF es un síndrome geriátrico profundamente interconectado con la desnutrición.

La distribución del Índice de Masa Corporal refuerza esta consideración. El predominio del "bajo peso" (40 %) es un marcador directo de déficit de masa magra y grasa. En la geriatría, un IMC bajo se asocia de manera sólida con mayor mortalidad, fragilidad y discapacidad.^(13,14) Resulta particularmente interesante la presencia simultánea de casos de sobrepeso (20 %) y obesidad (15 %). Esto ilustra el concepto de "doble carga nutricional" en poblaciones envejecidas, donde puede coexistir la obesidad con la sarcopenia (obesidad sarcopénica), un fenotipo particularmente deletéreo caracterizado por una mala calidad muscular y un alto riesgo metabólico.⁽¹⁵⁾ Estos pacientes, a pesar de un exceso de masa grasa, pueden sufrir deficiencias de proteínas y micronutrientes esenciales, lo que el MNA logra captar al evaluar aspectos más allá del peso, como la pérdida de apetito, la movilidad y la ingesta dietética.



La media de hemoglobina de 10.5 g/dL y, especialmente, el valor mínimo de 3.6 g/dL, indican una alta frecuencia de anemia en la muestra. Este resultado es coherente con estudios en poblaciones geriátricas de rehabilitación. Una investigación reciente en una unidad de rehabilitación convaleciente encontró que el 69 % de los pacientes presentaban anemia, aunque su presencia no se asoció directamente con peores resultados funcionales en ese contexto específico. ⁽¹⁶⁾

Sin embargo, la anemia en el anciano es un marcador de fragilidad y se asocia con mayor riesgo de declive funcional, mortalidad y hospitalización. ⁽¹⁷⁾ En el contexto del SDF, la anemia puede tener etiologías multifactoriales: deficiencia nutricional (hierro, vitamina B12, ácido fólico), anemia de enfermedad crónica (asociada a inflamación subyacente) o anemia por insuficiencia renal. La inflamación sistémica de bajo grado, común en el envejecimiento y exacerbada por la inmovilidad, puede suprimir la eritropoyesis y contribuir a la anemia de la enfermedad crónica. ⁽¹⁸⁾ La presencia de anemia puede exacerbar el desacondicionamiento al reducir la capacidad de transporte de oxígeno a los músculos, aumenta la fatiga y limita aún más la tolerancia al ejercicio y la participación en la rehabilitación.

La aplicación de la escala de Norton reveló que el 61.7 % de los presentaba un riesgo elevado de desarrollar úlceras por presión (UPP). Este hallazgo es de suma importancia clínica. Existe una relación bidireccional y sinérgica entre desnutrición y riesgo de UPP. La malnutrición, particularmente la deficiencia de proteínas y micronutrientes como la vitamina C y el zinc, compromete la integridad de la piel, retrasa la cicatrización y disminuye la capacidad de respuesta inmune local. ⁽¹⁰⁾ A su vez, las UPP generan un estado catabólico e inflamatorio que aumenta los requerimientos nutricionales, lo que perpetúa el déficit.

Una revisión sistemática reciente sobre soporte nutricional para UPP destaca que la intervención nutricional es un pilar fundamental en la prevención y tratamiento, aunque a menudo subestimada en la práctica clínica. ⁽²⁰⁾ El alto riesgo observado en nuestra muestra refuerza la necesidad de integrar la evaluación nutricional y las intervenciones



dietéticas específicas (suplementos hiperproteicos e hipercalóricos, micronutrientes) como parte inseparable del plan de cuidado para pacientes inmovilizados con SDF.

Los valores de colesterol, creatinina y glucemia mostraron amplios rangos y desviaciones estándar considerables. La media de colesterol (4.69 mmol/L) se encuentra dentro de límites normales, pero el valor máximo de 7.9 mmol/L sugiere la presencia de dislipidemia en un subgrupo. En la población geriátrica, especialmente frágil, el enfoque sobre el control lipídico debe ser individualizado. Se debe priorizar el estado nutricional general y la función sobre metas numéricas estrictas.⁽²¹⁾ La creatinina media de 85 µmol/L, con un rango que incluye valores bajos (25 µmol/L) y elevados (139 µmol/L), refleja la variabilidad en la masa muscular y la función renal.

Un valor bajo de creatinina puede ser indicativo de baja masa muscular (sarcopenia), mientras que uno elevado sugiere posible deterioro de la función renal, una comorbilidad común en el anciano. La glucemia media de 5.6 mmol/L es normal, pero el valor mínimo de 2.5 mmol/L alerta sobre posibles episodios de hipoglucemia, que pueden estar relacionados con medicación, ayuno prolongado o alteraciones en la regulación hormonal. Estos datos subrayan la importancia de interpretar los parámetros bioquímicos en el contexto clínico completo del paciente geriátrico con SDF, donde la malnutrición y la fragilidad pueden modificar los significados convencionales de estos valores.

Los resultados de este estudio tienen implicaciones directas para la práctica clínica. En primer lugar, justifican la implementación universal del cribado nutricional mediante herramientas validadas como el MNA o su forma abreviada (MNA-SF) en todos los pacientes geriátricos con diagnóstico de SDF o en riesgo de padecerlo (hospitalizados, postrados). Las guías ESPEN recomiendan este cribado rutinario para identificar precozmente el riesgo.⁽¹³⁾ En segundo lugar, ante un resultado positivo, se debe proceder a una evaluación nutricional completa que incluya historia dietética, evaluación de la composición corporal (cuando sea posible) y determinación de parámetros bioquímicos relevantes. En tercer lugar, la intervención nutricional debe ser multimodal y temprana.



Este estudio presenta limitaciones que deben ser consideradas al interpretar sus resultados. Su diseño transversal no permite establecer relaciones de causalidad ni evaluar la evolución temporal del estado nutricional. El muestreo por conveniencia realizado en un solo centro limita la generalización de los hallazgos a otras poblaciones o contextos sanitarios. El tamaño muestral de 60 sujetos, aunque suficiente para una caracterización inicial, puede no permitir detectar asociaciones más sutiles entre variables. Además, la evaluación de la composición corporal se basó en el IMC, que no distingue entre masa muscular y grasa. Futuros estudios podrían incorporar métodos más precisos como la bioimpedanciometría o la medición de la circunferencia de la pantorrilla. A pesar de estas limitaciones, el estudio proporciona datos valiosos y relevantes que reflejan la realidad clínica de una población geriátrica particularmente vulnerable.

CONCLUSIONES:

Este estudio caracteriza el estado nutricional de una cohorte de pacientes geriátricos con síndrome de desacondicionamiento físico, y revela una prevalencia alta de malnutrición y riesgo nutricional, acompañado de anemia y elevado riesgo de úlceras por presión. Estos hallazgos subrayan que el SDF no es únicamente un problema músculo-esquelético, sino un síndrome geriátrico complejo donde la desnutrición actúa como factor precipitante. Los resultados refuerzan la necesidad imperiosa de integrar la valoración nutricional sistemática como un componente estándar en la evaluación de todo anciano con inmovilidad o desacondicionamiento.

La intervención debe ser precoz, multimodal y coordinada entre diferentes profesionales (médicos, enfermeras, nutricionistas, fisioterapeutas), dirigida a romper el círculo vicioso entre desnutrición, pérdida muscular y deterioro funcional.



REFERENCIAS:

1. Romo Chamorro KM, Ardila Villareal GM. Recuperación desde la unidad de cuidados intensivos y el desafío del síndrome de desacondicionamiento físico. Boletín Informativo CEI [Internet]. 2023 [Acceso: 10-12-2025]; 10(3):87-8. Disponible en: <https://revistas.umariana.edu.co/index.php/BoletinInformativoCEI/article/view/3932>
2. Valencia Solarte AI, Ardila Villareal GM. Evaluación del desacondicionamiento físico en usuarios hospitalizados. Bol. Informativo CEI [Internet]. 2024 Acceso: 10 12-2025]; 11(3):51-3. Disponible en: <https://revistas.umariana.edu.co/index.php/BoletinInformativoCEI/article/view/4371>
3. Belaunde Clausell A, Lluis Ramos GE. Valoración geriátrica desde la atención hospitalaria. Rev. cuba. med. mil [Internet]. 2020 [Acceso: 28-12-2025]; 49(2):434-7. Disponible en: <https://revmedmilitar.sld.cu/index.php/mil/article/view/513>
4. Belaunde Clausell A, Lluis Ramos GE, Díaz Machado A. Índice de fragilidad para ancianos hospitalizados. Rev haban cienc méd [Internet]. 2023 [Acceso: 28-12-2025]; 22(4):e5370; Disponible en: <http://www.revhabanera.sld.cu/index.php/rhab/article/view/5370>
5. Labrada-Rodríguez YH, de-Ory-López E, Minaya-Saiz J, Cuenca-Zaldívar JN, Ávila-Tato MR. Variables predictoras de ganancia funcional en pacientes con síndrome de desacondicionamiento asociado a hospitalización. Rev.Med.Electrón. [Internet]. 2024 [Acceso: 10-12-2025]; 46: [aprox 6p]. Disponible en: <http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci&pid=S168418242024000100108&lng=es>.
6. Franco-Jiménez AM. Ejercicio de larga duración reduce la oscilación postural en adultos mayores activos. Rev. Univ. Ind. Santander. Salud [Internet]. 2024 [Acceso: 10-12-2025]; 56:e24024. Disponible en: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S012108072024000124024&lng=en.
7. Castellanos-Ruiz J, Montealegre-Mesa LM, Franco-Villada MA, Mejía GT, Quechotl-Benítez R. Resistencia aeróbica: parámetros de prescripción del ejercicio físico con realidad virtual para personas mayores. Rev. Digit. Act. Fis. Deport. [Internet]. 2023



[Acceso: 10-12-2025]; 10(1): [aprox. 6p]. Disponible en:
<https://revistas.udca.edu.co/index.php/rdafd/article/view/2326>

8. Danger Danger Y, Abreus Mora JL, González Curbelo VB, Alfonso Antúnez M. Ejercicio físico y percepción de esfuerzo en adultos mayores. RUS [Internet]. 2024

[Acceso: 10-12-025]; 16(5):515-24. Disponible en:
<https://rus.ucf.edu.cu/index.php/rus/article/view/4651>

9. Belaunde Clausell A, Lluis Ramos GE, Valladares Reyes D. Valoración nutricional en ancianos discapacitados. Medimay [Internet]. 2022 [Acceso: 10-12-2025]; 29(3): 372-80. Disponible en: <http://revcmhabana.sld.cu/index.php/rcmh/article/view/2174>

10. Belaunde-Clausell A, Lluis-Ramos G, Consuegra-Ivars G. Pressure ulcer in frail hospitalized elderly people. Archivos del Hospital Universitario "General Calixto García" [Internet]. 2021 [Acceso: 10-10-2025]; 9 (3): [aprox. 11 p.]. Disponible en: <http://revcalixto.sld.cu/index.php/ahcg/article/view/794>

11. Volkert D, Beck AM, Cederholm T, Cruz-Jentoft A, Goisser S, Hooper L, et al. ESPEN guideline on clinical nutrition and hydration in geriatrics. Clin Nutr. 2019 [Acceso: 28-12-2025]; 38(1):10-47. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.clnu.2018.05.024>

12. Welch C, Grossman M, Kanagaratnam A, Jones S, Lim Y, Lim MA, et al. New horizons in hospital-associated deconditioning: a global condition of body and mind. Age Ageing. 2024 [Acceso: 28-12-2025]; 53(11):afae241. Disponible en:
<https://doi.org/10.1093/ageing/afae241>

13. Kang M, Kim H, Lee J. Impact of malnutrition evaluated by the mini nutritional assessment on the prognosis of acute hospitalized older adults. Front Nutr. 2023 [Acceso: 28-12-2025]; 9:1046985. Disponible en: <https://doi.org/10.3389/fnut.2022.1046985>

14. Cruz-Jentoft AJ, Bahat G, Bauer J, Boirie Y, Bruyère O, Cederholm T, et al. Sarcopenia: revised European consensus on definition and diagnosis. Age Ageing. 2019 [Acceso: 28-12-2025]; 48(1):16-31. Disponible en:
<https://doi.org/10.1093/ageing/afy169>

15. Donini LM, Busetto L, Bischoff SC, Cederholm T, Ballesteros-Pomar MD, Batsis JA, et al. Definition and diagnostic criteria for sarcopenic obesity: ESPEN and EASO consensus statement. Obes Facts. 2022 [Acceso: 28-12-2025]; 15(3):321-335. Disponible en: <https://doi.org/10.1159/000521241>



16. Arai H, Wakabayashi H. Anemia and Rehabilitation Outcomes in Patients Undergoing Convalescent Rehabilitation. *J Am Med Dir Assoc.* 2024[Acceso: 28-12-2025]; 25(2): 255-261. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.jamda.2023.10.012>
17. Gaskell H, Derry S, Andrew Moore R, McQuay HJ. Prevalence of anaemia in older persons: systematic review. *BMC Geriatr.* 2008[Acceso: 28-12-2025]; 8:1. Disponible en: <https://doi.org/10.1186/1471-2318-8-1>
18. Wacka E, Kaczorowska A, Mlynarska E, Rysz J, Franczyk B. Anemia and Its Connections to Inflammation in Older Adults. *Nutrients.* 2024[Acceso: 28-12-2025]; 16(3):382. Disponible en: <https://doi.org/10.3390/nu16030382>
19. Cangelosi G, Iovino P, De Maria M, Matarese M, Ausili D, Di Mauro S, et al. Nutritional Support in the Prevention and Treatment of Pressure Ulcers in Healthy Aging: A Systematic Review of Nursing Interventions in Community Care. *Geriatrics (Basel).* 2025[Acceso: 28-12-2025]; 10(1):17. Disponible en: <https://doi.org/10.3390/geriatrics10010017>
20. Chen B, Zhang Y, Li J, Wang Y. Nutritional Status Predicts Pressure Injury Incidence in Adults: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Clin Nutr.* 2023[Acceso: 28-12-2025]; 42(6): 881-889. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.clnu.2023.03.024>
21. Venegas-Sanabria LC, Martínez-Reig M, and Gómez-Cabrera MC, Viña J. Unveiling a hidden burden: exploring sarcopenia in hospitalized older patients through concordance and cluster analysis. *BMC Geriatr.* 2024[Acceso: 28-12-2025]; 24(1):892. Disponible en: <https://doi.org/10.1186/s12877-024-05322-5>

CONFLICTOS DE INTERESES

Los autores declaran que no existe conflicto de intereses.

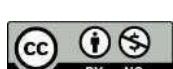
FINANCIACIÓN

Los autores no recibieron financiación para la realización de este artículo.

CONTRIBUCIÓN DE AUTORÍA

Conceptualización: Abel Estévez Perera, Jorge Luis Goulet Rodríguez, Elisabeth Pérez-Montes de Oca.

Curación de datos: Jorge Luis Goulet Rodríguez, Elisabeth Pérez-Montes de Oca.



Este es un artículo en Acceso Abierto distribuido según los términos de la [Licencia Creative Commons Atribución-No Comercial 4.0](#) que permite el uso, distribución y reproducción no comerciales y sin restricciones en cualquier medio, siempre que sea debidamente citada la fuente primaria de publicación

Investigación: Abel Estévez Perera, Jorge Luis Goulet Rodríguez, Elisbeth Pérez-Montes de Oca.

Metodología: Abel Estévez Perera, Jorge Luis Goulet Rodríguez, Elisbeth Pérez-Montes de Oca.

Administración del proyecto: Abel Estévez Perera, Jorge Luis Goulet Rodríguez, Elisbeth Pérez-Montes de Oca.

Recursos: Jorge Luis Goulet Rodríguez, Elisbeth Pérez-Montes de Oca.

Software: Jorge Luis Goulet Rodríguez, Elisbeth Pérez-Montes de Oca.

Validación: Jorge Luis Goulet Rodríguez, Elisbeth Pérez-Montes de Oca.

Redacción - Elaboración del borrador original: Abel Estévez Perera, Jorge Luis Goulet Rodríguez, Elisbeth Pérez-Montes de Oca.

Redacción - Revisión y edición: Abel Estévez Perera, Jorge Luis Goulet Rodríguez, Elisbeth Pérez-Montes de Oca.



Este es un artículo en Acceso Abierto distribuido según los términos de la [Licencia Creative Commons Atribución-No Comercial 4.0](#) que permite el uso, distribución y reproducción no comerciales y sin restricciones en cualquier medio, siempre que sea debidamente citada la fuente primaria de publicación