

Yair Ramos-Mérida^{1a}, Jesús Yamamoto-Furusho^{2b}, Sophia Eugenia Martínez-Vázquez^{3c}

Resumen

Las enfermedades inflamatorias intestinales (EII), principalmente la colitis ulcerosa (CU) y la enfermedad de Crohn (EC), son un grupo de afecciones de etiología desconocida cuya patogénesis se basa en la interacción entre factores ambientales, genéticos, inmunológicos y alteraciones en la microbiota intestinal. Aunque la desnutrición puede ocurrir en cualquier tipo de EII, su prevalencia (que fluctúa entre 13.3 y 99.9%) podría ser mayor en la EC, debido a un compromiso más extenso del tracto gastrointestinal, y puede agravarse según la actividad, duración y extensión de la respuesta inflamatoria. Las causas asociadas con la desnutrición derivan principalmente de la falta de ingestión o absorción de nutrientes, así como de un posible aumento en el metabolismo energético desencadenado por la respuesta inflamatoria. La desnutrición, por sí misma, tiene un impacto clínico significativo en las EII, ya que se ha reportado su asociación con un mayor riesgo de admisión hospitalaria secundaria a infecciones, tromboembolia venosa, cirugía no electiva, estancias hospitalarias prolongadas y aumento de la mortalidad. Debido a dicha influencia, es necesario contar con tamizajes y métodos diagnósticos válidos para definirla en el espectro de EII, tanto en fases de actividad leve o remisión como durante la exacerbación o gravedad de la enfermedad.

Abstract

Inflammatory bowel diseases (IBD), like ulcerative colitis (UC) and Crohn's disease (CD), are a group of conditions with unknown etiology. Their pathogenesis is based on the interaction between environmental, genetic, and immunological factors, as well as alterations in the gut microbiota. Although malnutrition can occur in any type of IBD, its prevalence, which fluctuates among 13.3 and 99.9%, it could be greater in CD due to more extensive involvement of the gastrointestinal tract; it may worsen depending on the activity, duration, and extent of the inflammatory response. The causes associated with malnutrition are mainly related to inadequate intake or absorption of nutrients, as well as a possible increase in energy metabolism triggered by an inflammatory response. Malnutrition has a significant clinical impact in IBD, as it has been associated with an increased risk of hospital admission secondary to infections, venous thromboembolism, non-elective surgery, prolonged hospital stays, and higher mortality rates. Due to its influence, it is mandatory to have validated diagnostic instruments to evaluate in the spectrum of the IBD, from the screening to diagnostic methods, whether to define it in remission to mild activity, and in severe or exacerbation periods.

¹Centro de Estudios Universitarios Vizcaya de las Américas, Campus Playa del Carmen, Licenciatura en Nutrición. Playa del Carmen, Quintana Roo, México

²Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición Salvador Zubirán, Clínica de Enfermedades Inflamatorias Intestinales, Departamento de Gastroenterología. Ciudad de México, México

³Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición Salvador Zubirán, Departamento de Gastroenterología. Ciudad de México, México

ORCID: 0009-0009-5990-1755^a, 0000-0002-5247-5812^b, 0000-0001-5156-9932^c

Palabras clave

Desnutrición
Enfermedades Inflamatorias del Intestino
Colitis Ulcerosa
Enfermedad de Crohn
Prevalencia

Keywords

Malnutrition
Inflammatory Bowel Diseases
Colitis, Ulcerative
Crohn Disease
Prevalence

Fecha de recibido: 03/09/2025

Fecha de aceptado: 27/10/2025

Comunicación con:

Sophia Eugenia Martínez Vázquez

✉ sophia.martinezv@incmnsz.mx

☎ 55 5487 0900, extensión 2710

.....
Cómo citar este artículo: Ramos-Mérida Y, Yamamoto-Furusho J, Martínez-Vázquez SE. Desnutrición en enfermedades inflamatorias intestinales. Rev Med Inst Mex Seguro Soc. 2026;64 (2):e6834. doi: 10.5281/zenodo.17537328

Introducción

La colitis ulcerosa (CU), también identificada en la literatura científica como colitis ulcerosa crónica idiopática (CUCI), se caracteriza por un proceso inflamatorio crónico limitado al colon y al recto, que afecta predominantemente la mucosa y submucosa del intestino grueso. Se desconoce con exactitud la patogénesis de la CU, aunque existen algunos factores de riesgo potencialmente asociados con su aparición en personas con cierta predisposición genética (aunque no es un requisito en esta enfermedad); entre ellos se encuentran una dieta compuesta por productos alimenticios ultraprocesados, alteraciones en la microbiota intestinal y una respuesta inmunitaria intestinal desregulada.¹

Sus formas fenotípicas se basan en la extensión de la afectación intestinal: a) proctitis, inflamación limitada al recto; b) colitis del lado izquierdo, inflamación entre el recto y el ángulo esplénico; c) colitis extensa, y d) pancolitis, inflamación más allá del ángulo esplénico o que afecta todo el colon, con una prevalencia del 28.2, 41.6, 34.1 y 24.3%, respectivamente.² La extensión de la enfermedad puede cambiar con el tiempo, y hasta el 30% de los pacientes desarrollan una forma más extensa de CU en los primeros 10 años posteriores al diagnóstico.³

Los síntomas clínicos varían según la localización y la gravedad de la inflamación colónica. Uno de los signos característicos es la diarrea, que se relaciona con la extensión del proceso inflamatorio. La afectación rectal puede provocar evacuaciones frecuentes de pequeño volumen, a menudo acompañadas de moco; en cambio, cuando la inflamación se extiende hacia segmentos más proximales del colon, como en la pancolitis, la diarrea tiende a ser más severa, con evacuaciones líquidas y de mayor volumen.

La enfermedad de Crohn (EC) se caracteriza por un compromiso inflamatorio transmural y discontinuo que puede afectar cualquier segmento del tubo digestivo. Esta respuesta inflamatoria persistente, mediada por una producción excesiva de citocinas proinflamatorias, perpetúa el daño tisular y favorece la aparición de estenosis luminales, abscesos o fístulas.⁴ Su etiología es desconocida, pero se sabe que existe una clara predisposición genética. La patogénesis se basa en la interacción entre factores ambientales, defectos de la barrera epitelial, desregulación de la respuesta inmunitaria a nivel de la mucosa intestinal y alteraciones de la microbiota en un huésped genéticamente susceptible.⁵

Esta enfermedad se presenta en tres fenotipos: inflamatoria, estenosante y penetrante. La EC inflamatoria se caracteriza por la inflamación de cualquier parte del tracto gastrointestinal sin evidencia de actividad estenosante o

fistulizante. Esta inflamación crónica puede evolucionar a fibrosis y estrechamiento luminal, lo que se clasifica como enfermedad estenosante. A su vez, la inflamación transmural puede originar un trayecto sinusal o fistuloso, lo que se denomina enfermedad fistulizante. Por otro lado, la localización de la enfermedad puede ser ileal, colónica o ileocolónica; también puede presentarse en el tracto gastrointestinal superior, afectando el esófago, el estómago, el duodeno y el yeyuno, ya sea de forma aislada o en conjunto. Las manifestaciones clínicas más comunes incluyen dolor abdominal, generalmente localizado en el cuadrante inferior derecho, diarrea crónica y pérdida de peso. La diarrea sanguinolenta se observa con mayor frecuencia en casos de afectación colónica y rectal.⁶

Por lo anterior, es esperable la presencia de desnutrición con impacto clínico tanto en la CU como en la EC. En el momento del diagnóstico, una proporción considerable de pacientes presenta pérdida ponderal significativa. Se ha reportado que la desnutrición se asocia con un mayor riesgo de admisión hospitalaria por infecciones, tromboembolia venosa, cirugía no electiva, estancias hospitalarias prolongadas y aumento de la mortalidad.⁷

Aunque puede ocurrir en cualquier tipo de enfermedad inflamatoria intestinal (EII), su prevalencia es mayor en la EC debido al compromiso más extenso del tracto gastrointestinal. Esta condición es multifactorial y puede atribuirse a la persistencia de la diarrea, la malabsorción intestinal y la anorexia inducida por el miedo a la ingestión alimentaria debido al malestar gastrointestinal asociado.⁸ Por el contrario, la CU se limita al colon, lo que implica un menor riesgo de malabsorción; esta es más frecuente en la EC cuando existe afectación del intestino delgado, especialmente del íleon.³

La desnutrición puede agravarse en función de la actividad, duración y extensión de la respuesta inflamatoria, la cual tiene efectos anorexígenos y favorece un estado catabólico sostenido.

El objetivo de la presente revisión de literatura es describir la prevalencia reciente de desnutrición en las EII según las formas clínicas y estadios.

Metodología

Se consultó la base de datos *PubMed*, empleando los términos MeSH *Inflammatory Bowel Diseases*, *Colitis*, *Ulcerative*, *Crohn Disease*, *Malnutrition* y *Prevalence*, combinados mediante los operadores booleanos AND y OR. Se incluyeron artículos originales publicados en los últimos cinco años, realizados en humanos mayores de 19 años y disponibles en texto completo. Los estudios debían informar

la prevalencia de desnutrición, el tipo y estadio de la EII, el método diagnóstico de valoración nutricional y, cuando fuera posible, las causas etiológicas de la desnutrición observada. Se excluyeron revisiones de literatura, reportes de casos y aquellos que no reportaran la prevalencia de desnutrición.

El proceso de selección se llevó a cabo en tres fases. Primero, se realizó la revisión de títulos para descartar registros duplicados. Segundo, se revisaron los resúmenes con el fin de excluir aquellos que no abordaban la temática central o no se alineaban con los objetivos. Finalmente, se procedió a la lectura completa de los artículos preseleccionados para confirmar los criterios de inclusión. De un total de 19 artículos identificados, se seleccionaron 9 para la revisión final, como se muestra en la figura 1.

Posteriormente, se realizó una lectura crítica considerando la calidad metodológica. Se verificó la coherencia entre el título, el resumen y el contenido. Asimismo, se evaluó que la metodología fuera adecuada en relación con el objetivo planteado, el uso de herramientas validadas o descritas claramente para las mediciones y la evaluación de resultados, así como la pertinencia del análisis estadístico en los estudios originales. Finalmente, se identificaron las fortalezas y debilidades declaradas y se valoró si las conclusiones permitían emitir recomendaciones fundamentadas.

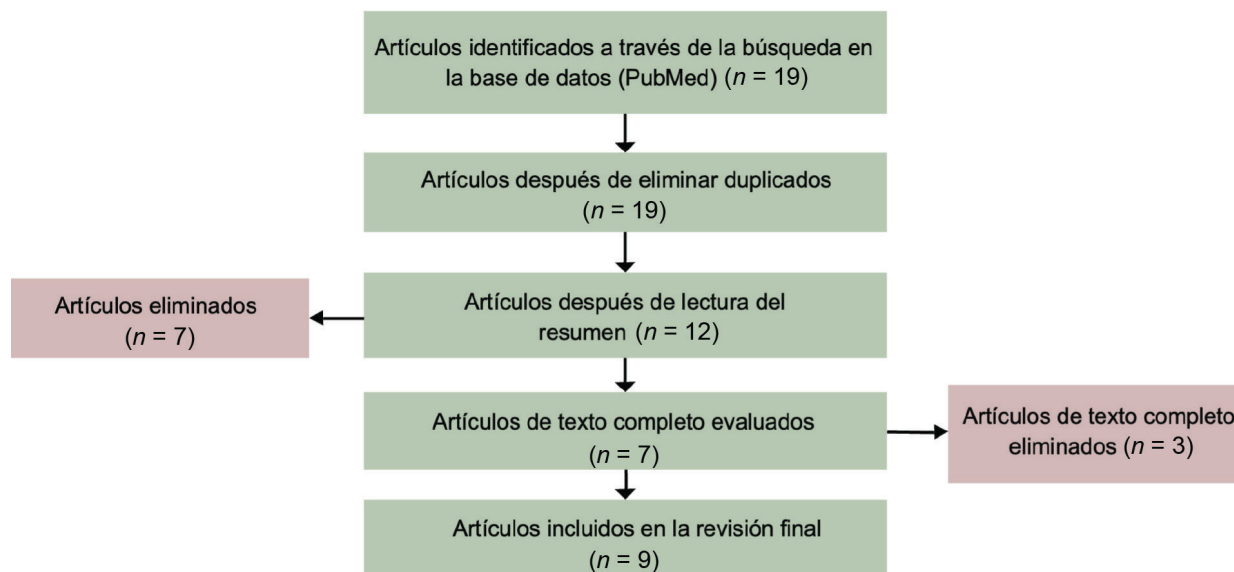
En cuanto a las consideraciones éticas, no fue necesario someter el presente estudio a revisión por un comité de ética, dado que no se involucró interacción directa con personas ni manejo de datos personales.

Resultados

Se encontraron estudios realizados con tamizajes de riesgo nutricional y con métodos de diagnóstico del grado de desnutrición, utilizando las herramientas que se describen a continuación:

- Puntuación de Riesgo Nutricional 2002 (NRS 2002, por sus siglas en inglés). Evalúa el riesgo nutricional mediante la pérdida de peso, IMC, reducción de la ingesta y gravedad de la enfermedad, asignando un punto adicional a mayores de 70 años. Un puntaje ≥ 3 indica necesidad de intervención, mientras que < 3 requiere reevaluación periódica. Es un tamizaje confiable y válido en distintas poblaciones hospitalarias, con una sensibilidad del 76% y una especificidad del 86%.⁹
- Herramienta Universal de Detección de la Desnutrición (MUST, por sus siglas en inglés). Evalúa tres parámetros: IMC, pérdida de peso no intencional y el impacto de una enfermedad aguda que limite la ingesta por más de cinco días. Cada criterio recibe una puntuación que, al sumarse, clasifica el riesgo como bajo (0), medio (1) o alto (≥ 2). Esta herramienta presenta una sensibilidad del 100% y una especificidad del 86.21%.¹⁰
- Riesgo nutricional en enfermedad inflamatoria intestinal de Saskatchewan (SASKIBD-NR, por sus siglas en inglés). Evalúa en pacientes con EII la presencia de síntomas gastrointestinales en las últimas dos semanas, pérdida de peso, cambios en la ingesta, actividad de la enfermedad y uso de tratamientos que afectan el estado

Figura 1 Proceso de selección de estudios



Fuente: elaboración propia

nutricional. Su puntuación clasifica el riesgo en bajo (0 - 2 puntos), medio (3 - 4 puntos) o alto (≥ 5 puntos). Presenta una sensibilidad del 68.18% y una especificidad del 98.25%.¹⁰

- Herramienta de Autoevaluación Nutricional para EII (IBD-NST, por sus siglas en inglés). Consiste en una autoevaluación nutricional que considera pérdida de peso reciente, cambios en la ingesta, síntomas digestivos y percepción del estado nutricional. Otorga una puntuación de 0 a 9, donde 0 - 1 indica bajo riesgo, 2 - 4 riesgo moderado y ≥ 5 alto riesgo de desnutrición. Actualmente no se han reportado valores específicos de sensibilidad y especificidad para esta herramienta.¹¹
- Escala de Control Nutricional (CONUT, por sus siglas en inglés). Sistema de tamizaje que utiliza parámetros bioquímicos rutinarios como albúmina sérica, colesterol total y recuento linfocitario para valorar el estado nutricional en pacientes hospitalizados. La puntuación total va de 0 a 12, donde 0 - 4 indica bajo riesgo nutricional, 5 - 8 riesgo moderado y 9 - 12 riesgo alto. Los valores de sensibilidad y especificidad para desnutrición/riesgo son de 43% y 71.6%, respectivamente.¹²
- Criterios de la Organización Mundial de la Salud (OMS). Definen la desnutrición principalmente con base en el IMC en adultos. Un IMC $< 18.5 \text{ kg/m}^2$ se considera indicador de bajo peso y posible desnutrición, clasificada en leve ($17.0 - 18.4 \text{ kg/m}^2$), moderada ($16.0 - 16.9 \text{ kg/m}^2$) y grave ($< 16.0 \text{ kg/m}^2$).¹³ Actualmente no se han reportado valores específicos de sensibilidad y especificidad para estos criterios.
- Criterios de la ESPEN (2015). La desnutrición puede diagnosticarse directamente con un IMC $< 18.5 \text{ kg/m}^2$. Alternativamente, se considera desnutrición si existe pérdida de peso involuntaria $> 10\%$ del peso habitual o $> 5\%$ en los últimos tres meses, acompañada de al menos uno de los siguientes criterios: IMC bajo según la edad ($< 20 \text{ kg/m}^2$ en menores de 70 años o $< 22 \text{ kg/m}^2$ en mayores de 70 años) o masa libre de grasa reducida ($< 15 \text{ kg/m}^2$ en mujeres y $< 17 \text{ kg/m}^2$ en hombres). Los criterios ESPEN presentan una sensibilidad del 31.3% y una especificidad del 93.5%.¹⁴
- Criterios de la Iniciativa Global de Liderazgo en Desnutrición (GLIM, por sus siglas en inglés). El diagnóstico requiere el cumplimiento de al menos un criterio fenotípico (pérdida de peso involuntaria, IMC bajo según edad o población, o reducción de masa muscular) y un criterio etiológico (disminución de la ingesta o absorción de nutrientes, o presencia de inflamación o enfermedad crónica con estrés metabólico). La desnutrición se cla-

sifica en leve, moderada o grave, según la magnitud de los fenotipos. Presenta una sensibilidad del 89.5% y una especificidad del 100%.¹⁵

El concentrado de las frecuencias descritas se encuentra en el [cuadro I](#). En el [anexo I](#) se presenta la prevalencia según el tipo de estudio, herramientas de evaluación nutricional y tipo de enfermedad. En el [anexo II](#), dicha prevalencia se divide por actividad de la enfermedad.

Las causas destacadas en la etiología de la desnutrición fueron:

- a) Ingestión energética disminuida, principalmente durante la exacerbación, relacionada con síntomas como náuseas, vómito, dolor abdominal y diarrea. Estos cambios pueden estar mediados por un aumento en la concentración de citocinas proinflamatorias, como interleucina 1 (IL-1), interleucina 6 (IL-6) y el factor de necrosis tumoral alfa (TNF- α).
- b) Sobrecrecimiento bacteriano coexistiendo con la EII, principalmente como consecuencia de inflamación crónica o de resección quirúrgica de la válvula ileocecal.²⁵
- c) Absorción disminuida de nutrientes. Las deficiencias más comunes incluyeron hierro, magnesio y vitaminas D y B12,²⁶ relacionadas con malabsorción intestinal.
- d) Pérdida de nutrientes, derivada de diarreas frecuentes o crónicas que generan una eliminación significativa de agua y electrolitos como sodio, potasio y magnesio, así como de micronutrientes esenciales como zinc y selenio, además de vitaminas hidrosolubles como tiamina (B1), piridoxina (B6), cobalamina (B12) y folato. Asimismo, las pérdidas ocasionadas por sangrado crónico del tracto gastrointestinal, manifiesto u oculto, producen una disminución en la hemoglobina atribuida a deficiencia absoluta de hierro.^{27,28}
- e) Tratamiento farmacológico. Durante la actividad de la enfermedad, la inflamación de la mucosa intestinal afecta la absorción de nutrientes clave; entre ellos destacan hierro, calcio, zinc, magnesio, vitaminas liposolubles (A, D, E, K), vitamina B12 y ácido fólico.²⁹
- f) Metabolismo energético en la EII. Existen pocos estudios que evalúen los cambios en el gasto energético en reposo (GER) de los pacientes con EII; por ello, la recomendación es mantener los requerimientos energéticos similares a los de la población sana. Sin embargo, los requerimientos de proteínas deben aumentarse en la EII activa a $1.2 - 1.5 \text{ g/kg/día}$ en adultos.⁷

Cuadro I Prevalencias descritas en los estudios revisados en orden cronológico

Año	País	Tamaño de muestra	Tipo de EII evaluada	Prevalencia general reportada
2020 ¹⁶	Italia	53	CU y EC	42% (GLIM), 27% (ESPEN)
2021 ¹⁷	México	60	CU	99.90% (NRI), 93.3% (CONUT)
2022 ¹⁸	China	160	CU	20% (ESPEN)
2022 ¹⁹	China	1215	CU y EC	49.5% (ESPEN)
2023 ²⁰	EUA	182	CU y EC	36% (ESPEN)
2023 ²¹	China	238	CU y EC	39.5% (OMS), 66% (VGS), 47.5% (ESPEN), 60.1% (GLIM)
2024 ²²	Italia	158	CU y EC	13.3% (GLIM)
2024 ²³	Francia	434	CU y EC	25.8% (GLIM)
2024 ²⁴	China	1006	CU y EC	16.9% (PNI), 72.1% (GNRI), 75.6% (CONUT)

EII: enfermedad inflamatoria intestinal; CU: colitis ulcerosa; EC: enfermedad de Crohn; GLIM: *Global Leadership Initiative on Malnutrition*; ESPEN: *European Society for Clinical Nutrition and Metabolism*; EUA: Estados Unidos de América; NRI: *Nutritional Risk Index*; CONUT: *Controlling Nutritional Status*; OMS: Organización Mundial de la Salud; VGS: valoración global subjetiva; PNI: *Prognostic Nutritional Index*; GNRI: *Geriatric Nutritional Risk Index*

Discusión

En esta revisión se encontró que la prevalencia de desnutrición fluctúa entre 13 y 99%. Esta amplia variabilidad se debe a la ausencia de criterios diagnósticos estandarizados, a las herramientas empleadas para medirla, al tipo y la fase de la enfermedad, así como a determinantes sociales o a la posibilidad de recibir apoyo nutricional. Todo ello puede conducir tanto al subdiagnóstico como al sobrediagnóstico del estado nutricional, generando heterogeneidad en los reportes de prevalencia.

Para mayor comprensión, se dividieron los estudios por su diseño. Los estudios de cohorte señalaron frecuencias de desnutrición según las herramientas utilizadas y el tipo de enfermedad. Así, en grupos de personas de origen chino la frecuencia osciló entre 40 y 66%; en italianos fue de 13.3%; en estadounidenses de 36% (69% en EC y 31% en CU), y en mexicanos entre 93 y 99.9%. Los estudios transversales mostraron una prevalencia en personas chinas de 51% (39% en CU y 57% en EC) y de 17 a 70% dependiendo de la herramienta de tamizaje. En franceses fue de 26%, y en italianos la frecuencia fue más alta con criterios GLIM que con ESPEN, así como en CU respecto a EC (anexo I).

De manera contrastante, según la actividad de la enfermedad, se encontró que en fase de remisión la frecuencia de desnutrición en CU fue de 5, 10 y 12%, mientras que en actividad moderada a grave fue de 36, 37, 43, 44 y 47%. En EC, durante la remisión, la prevalencia fue de 22 y 51%, mientras que durante la actividad las cifras fueron de 51 y 58% (anexo II).

Para el abordaje diagnóstico, la guía práctica de la ESPEN sobre nutrición clínica en EII destaca la importancia

del tamizaje nutricional al diagnóstico y de manera periódica durante el seguimiento. Asimismo, se sugiere evaluar la composición corporal (CC), ya que incluso pacientes con obesidad pueden presentar sarcopenia o pérdida de masa magra oculta, detectable mediante herramientas como la medición del espesor del pliegue cutáneo.⁷ Una revisión sistemática identificó que la disminución de la masa musculoesquelética es un factor de riesgo para el fracaso de la terapia farmacológica en pacientes con EII (OR = 3, IC95%: 1.07 - 12), además de constituir un factor de riesgo independiente para la pérdida de respuesta a los medicamentos en la CU.³⁰

Por su parte, en los criterios GLIM se reitera la importancia del uso de cualquier herramienta de tamizaje nutricional validada. En esta revisión se describió la variabilidad de sus valores de sensibilidad y especificidad, que oscilaron entre 31 y 100%, teniendo mejor desempeño la herramienta MUST (sensibilidad 100%, especificidad 86%) y los criterios GLIM (sensibilidad 89%, especificidad 100%). Sin embargo, actualmente no existen recomendaciones específicas para aplicar los criterios GLIM en pacientes con EII.¹⁵

En relación con las causas de desnutrición, es necesario adoptar una perspectiva integral que considere la interacción entre la inflamación intestinal, la disminución de la ingesta y la malabsorción. Estos factores afectan negativamente la composición corporal, reducen la masa libre de grasa y modifican el metabolismo energético, deteriorando la función física y mental y asociándose con peor pronóstico clínico.⁸

Una causa adicional que debe considerarse es el sobrecrecimiento bacteriano (SIBO), caracterizado por un aumento excesivo de bacterias en el intestino delgado,

especialmente bacterias típicamente presentes en el colon, lo que contribuye a una mayor permeabilidad intestinal. Se ha demostrado que el SIBO y el aumento de la motilidad intestinal juegan un papel relevante en la ingesta energética, por lo que podría ser una causa poco reconocida de síntomas gastrointestinales inespecíficos que disminuyen la ingesta nutricional.³¹

Otra causa a buscar intencionadamente es la deficiencia de nutrimentos y micronutrimentos, que ocurre en ambas formas de EII, aunque los pacientes con EC son particularmente vulnerables debido a la afectación del intestino delgado. Esta deficiencia se agrava por la absorción inadecuada relacionada con alteraciones estructurales y funcionales de la enfermedad, como fístulas, estenosis o resecciones previas del intestino delgado.²⁹ La malabsorción se asocia con alteraciones de la mucosa intestinal, como la disfunción del transporte epitelial y la pérdida de integridad mucosa, que afectan la absorción de nutrimentos.²⁵ El SIBO puede ocasionar deficiencias vitamínicas y minerales y, al ser recurrente en la EII, contribuir a la progresión de la desnutrición.³²

La remisión inducida por fármacos (como corticosteroides, inmunomoduladores, biológicos o inhibidores de Janus quinasa) mejora gradualmente la absorción intestinal al disminuir la inflamación. Esto reduce las manifestaciones clínicas, permite un mayor consumo de alimentos y favorece la adherencia al tratamiento nutricional.³³ Sin embargo, debe considerarse la interacción fármacos-nutrimentos, dado que algunos pueden inhibir la absorción de vitamina B12, folato, calcio y vitamina D, o aumentar la excreción de potasio y magnesio.³⁴

Con respecto al gasto energético, los pocos estudios realizados no han demostrado diferencias significativas entre sujetos con EII y controles. Alrededor de 1980, Roediger y colaboradores propusieron la hipótesis del “*intestino hambriento*”, que planteaba la contribución de metabolitos derivados de la microbiota, como los ácidos grasos de cadena corta, particularmente el butirato, en la homeostasis energética. El grupo de Colgan y colaboradores ha confirmado avances en esta hipótesis, concluyendo que muchos de sus postulados han sido comprobados, especialmente la idea de que la inflamación activa de la mucosa intestinal genera una demanda energética extraordinaria.³⁵ Debido a la limitada evidencia, la ESPEN recomienda no considerar un aumento en el gasto energético para pacientes en remisión o actividad, como se menciona en la última actualización de la guía de práctica clínica en EII.⁷

Los alcances de esta revisión incluyen la búsqueda y selección del mayor número de estudios en adultos que reunieran los términos clave y permitieran describir diversos escenarios de evaluación del estado de nutrición en la EII, lo cual dio una idea de los momentos cruciales en los que se deteriora el estado nutricional y cuándo, como clínicos, se debe prestar mayor atención tanto a las complicaciones como al manejo nutricional. Otro alcance fue que la literatura revisada provino de datos publicados, lo que garantiza su calidad. Entre las limitaciones se encuentra el haber empleado una sola fuente (*PubMed*), que no incluye estudios presentados en congresos o foros, lo que puede introducir sesgo de selección. Sin embargo, se considera que cualquier reporte habría mostrado una frecuencia de desnutrición dentro del rango encontrado (13 - 99.9%). Las principales limitaciones de los estudios incluidos fueron sus diseños metodológicos, principalmente cohortes retrospectivas y estudios transversales, lo que representa un área de oportunidad para futuras investigaciones.

Con base en lo anterior, la pregunta pivote de esta revisión pudo responderse y permitió identificar los estudios necesarios para obtener mejor evidencia, así como las herramientas de tamizaje y confirmación más adecuadas para evaluar el estado nutricional en estas enfermedades.

Conclusiones

La prevalencia de desnutrición en EII reportada en la literatura es alta pero heterogénea, dependiendo de las herramientas de tamizaje, criterios diagnósticos, tipo de enfermedad y estadio clínico. Se requieren estudios prospectivos que permitan determinar las causas y su influencia en los distintos estadios de la enfermedad mediante evaluaciones de composición corporal, gasto energético, microbiota, registros dietéticos válidos, pruebas de malabsorción, marcadores de deficiencia nutricional, detección de sobrecrecimiento bacteriano e interacciones fármaco-nutrimento. Dar a conocer los resultados de la evaluación a las personas con EII facilita la recuperación nutricional y, con ello, contribuye a mejorar la evolución de la enfermedad.

Declaración de conflicto de interés: los autores han completado y enviado la forma traducida al español de la declaración de conflictos potenciales de interés del Comité Internacional de Editores de Revistas Médicas, y no fue reportado alguno que tuviera relación con este artículo.

Referencias

- Dunleavy KA, Rypstra CR, Busciglio I, et al. Intestinal Permeability In Vivo in Patients With Inflammatory Bowel Disease: Comparison of Active Disease and Remission. *Inflamm Bowel Dis*. 2025;43. DOI: <https://doi.org/10.1093/ibd/izaf043>
- Niriella MA, Martinus CK, Withanage MY, et al. Clinical epidemiology of inflammatory bowel disease among adults in the South Asian region: A systematic review and meta-analysis. *Heliyon*. 2025;11(3):e41840. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.heliyon.2025.e41840>
- Gros B, Kaplan GG. Ulcerative Colitis in Adults: A Review. *JAMA*. 2023;330(10):951-65. DOI: <https://doi.org/10.1001/jama.2023.15389>
- González-Órtiz F. Epidemiología de la enfermedad inflamatoria intestinal. En: *Enfermedad inflamatoria intestinal en clínicas mexicanas de gastroenterología*. Ciudad de México: Alfil; 2023;1-17. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.phrs.2020.104892>
- Dolinger M, Torres J, Vermeire S. Crohn's disease. *The Lancet*. 2024;403(10432):1177-91. DOI: [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(23\)02586-2](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(23)02586-2)
- Bischoff SC, Escher J, Hébuterne X, et al. ESPEN practical guideline: Clinical Nutrition in inflammatory bowel disease. *Clin Nutr*. 2020;39(3):632-53. DOI: [10.1016/j.clnu.2019.11.002](https://doi.org/10.1016/j.clnu.2019.11.002)
- Hashash JG, Elkins J, Lewis JD. AGA Clinical Practice Update on Diet and Nutritional Therapies in Patients With Inflammatory Bowel Disease: Expert Review. *Gastroenterology*. 2024;166(3):521-32. DOI: <https://doi.org/10.1053/j.gastro.2023.11.303>
- Cortés-Aguilar R, Malih N, Abbate M, et al. Validity of nutrition screening tools for risk of malnutrition among hospitalized adult patients: A systematic review and meta-analysis. *Clin Nutr*. 2024;43(5):1094-116. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.clnu.2024.03.008>
- Godala M, Gaszyńska E, Walczak K, et al. An Evaluation of the Usefulness of Selected Screening Methods in Assessing the Risk of Malnutrition in Patients with Inflammatory Bowel Disease. *Nutrients*. 2024;16(6):814. DOI: <https://doi.org/10.3390/nu16060814>
- Wall CL, Wilson B, Lomer MCE. Development and validation of an inflammatory bowel disease nutrition self-screening tool (IBD-NST) for digital use. *Front Nutr*. 2023;10. DOI: <https://doi.org/10.3389/fnut.2023.1065592>
- Cabré M, Ferreiro C, Arus M, et al. Evaluation of conut for clinical malnutrition detection and short-term prognostic assessment in hospitalized elderly people. *J Nutr Health Aging*. 2015;19(7):729-33. DOI: <https://doi.org/10.1007/s12603-015-0536-6>
- World Health Organization. Nutrition for a healthy life – WHO recommendations. WHO; 2025. Disponible en: <https://www.who.int/europe/news-room/fact-sheets/item/nutrition---maintaining-a-healthy-lifestyle>
- Yin L, Cheng N, Chen P, et al. Association of Malnutrition, as Defined by the PG-SGA, ESPEN 2015, and GLIM Criteria, With Complications in Esophageal Cancer Patients After Esophagectomy. *Front Nutr*. 2021;8:632546. DOI: <https://doi.org/10.3389/fnut.2021.632546>
- Fu L, Xu X, Zhang Y, et al. Agreements between GLIM using left calf circumference as criterion for reduced muscle mass and PG-SGA, and GLIM using ASMI for the diagnosis of malnutrition in gastric cancer patients. *Nutr Hosp*. 2024. DOI: <https://doi.org/10.20960/nh.05024>
- Fiorindi C, Luceri C, Dragoni G, et al. GLIM Criteria for Malnutrition in Surgical IBD Patients: A Pilot Study. *Nutrients*. 2020;12(8):2222. DOI: <https://doi.org/10.3390/nu12082222>
- de-León-Rendón JL, López-Pérez RY, Gracida-Mancilla NI, et al. The controlling nutritional status score: A promising tool for nutritional screening and predicting severity in ulcerative colitis patients. *Rev Gastroenterol México*. 2021;86(2):110-7. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.rgmxen.2020.05.007>
- Wang R, Ding X, Tian Z, et al. Body Composition Changes and Related Factors in Patients with Ulcerative Colitis: A Retrospective Single-Center Study in China. *Med Sci Monit*. 2022;28:0-0. DOI: [10.12659/MSM.933942](https://doi.org/10.12659/MSM.933942)
- Liu J, Ge X, Ouyang C, et al. Prevalence of Malnutrition, Its Risk Factors, and the Use of Nutrition Support in Patients with Inflammatory Bowel Disease. *Inflamm Bowel Dis*. 2022;28(Supplement_2):S59-66. DOI: <https://doi.org/10.1093/ibd/izab345>
- Gold SL, Rabinowitz LG, Manning L, et al. High Prevalence of Malnutrition and Micronutrient Deficiencies in Patients With Inflammatory Bowel Disease Early in Disease Course. *Inflamm Bowel Dis*. 2023;29(3):423-9. Disponible en: <https://doi.org/10.1093/ibd/izac102>
- Zhang Y, Zhang L, Gao X, et al. Impact of malnutrition and sarcopenia on quality of life in patients with inflammatory bowel disease: A multicentre study. *J Cachexia Sarcopenia Muscle*. 2023;14(6):2663-75. DOI: <https://doi.org/10.1002/jcsm.13341>
- Bezzio C, Brinch D, Ribaldone DG, et al. Prevalence, Risk Factors and Association with Clinical Outcomes of Malnutrition and Sarcopenia in Inflammatory Bowel Disease: A Prospective Study. *Nutrients*. 2024;16(23):3983. DOI: <https://doi.org/10.3390/nu16233983>
- Quilliot D, Bonsack O, Mahmutovic M, et al. Exclusion diet and fasting practices in patients with inflammatory bowel disease: Impact on nutritional status. *Clin Nutr ESPEN*. 2025;65:375-81. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.clnesp.2024.12.010>
- Chen Z, Liuwei Z, Cai W, et al. Predictive value of three nutritional indexes for disease activity in patients with inflammatory bowel disease. *Ann Med*. 2024;57(1):2443256. DOI: <https://doi.org/10.1080/07853890.2024.2443256>
- Balestrieri P, Ribolsi M, Guarino MPL, Emerenziani S, Altomare A, Cicala M. Nutritional Aspects in Inflammatory Bowel Diseases. *Nutrients*. 2020;12(2):372. DOI: <https://doi.org/10.3390/nu12020372>
- Han J, Song HJ, Kang MS, et al. Micronutrient Deficiency and Muscular Status in Inflammatory Bowel Disease. *Nutrients*. 2024;16(21):3763. DOI: <https://doi.org/10.3390/nu16213763>
- Çetin F, Birge Ö, Kayar İ. Assessment of the relationship between vitamin D levels and uterine fibroids in Turkish women: A retrospective case-control study. *J Int Med Res*. 2025;53(5):03000605251341825. DOI: <https://doi.org/10.1177/03000605251341825>
- Auerbach M, DeLoughery TG, Tirnauer JS. Iron Deficiency in Adults: A Review. *JAMA*. 2025. Disponible en: <https://doi.org/10.1001/jama.2025.0452>
- Valvano M, Capannolo A, Cesaro N, et al. Nutrition, Nutritional Status, Micronutrients Deficiency, and Disease Course of Inflammatory Bowel Disease. *Nutrients*. 2025;15(17):3824. DOI: <https://doi.org/10.3390/nu15173824>
- FataniH, OlaruA, StevensonR, et al. Systematic review of sarcopenia in inflammatory bowel disease. *Clin Nutr*. 2023;42(8):1276-91. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.clnu.2023.05.002>

31. Guardiola-Arévalo A, Mascort Roca J, Noguerol Álvarez M, et al. Sobrecrecimiento bacteriano intestinal: Mitos y realidades. *Aten Primaria*. 2025;57(4):103201. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.aprim.2024.103201>
32. Losurdo G, D'Abramo FS, Indellicati G, et al. The Influence of Small Intestinal Bacterial Overgrowth in Digestive and Extra-Intestinal Disorders. *Int J Mol Sci*. 2020;21(10):3531. DOI: <https://doi.org/10.3390/ijms21103531>
33. Elhag DA, Kumar M, Saadaoui M. Inflammatory Bowel Disease Treatments and Predictive Biomarkers of Therapeutic Response. *Int J Mol Sci*. 2022 Jun 23; 23(13):6966. DOI: <https://doi.org/10.3390/ijms23136966>
34. Sharma S. Gut, bone, and muscle: the triad of osteosarcopenia in inflammatory bowel disease. *Intest Res*. 2025. DOI: <https://doi.org/10.5217/ir.2024.00185>
35. Colgan SP, Wang RX, Hall CHT, et al. Revisiting the "starved gut" hypothesis in inflammatory bowel disease. *Immunometabolism*. 2023;5(1):e0016. Disponible en: 10.1097/IN9.0000000000000016

Anexo I Prevalencia de desnutrición en las enfermedades inflamatorias intestinales (EII) de acuerdo con el tipo de estudio, herramientas de evaluación nutricional y tipo de enfermedad

Autor, país (año)	Tipo de estudio	Tipo de EII	Objetivo del estudio	Tamizaje	Método diagnóstico	Resultados
Zhang, China (2023) ²¹	Cohorte prospectiva	CU n = 61 EC n = 177	Describir los cambios en la CC y las características de la coexistencia de desnutrición y sarcopenia en pacientes con EII	NRS 2002	Criterios de la OMS VGS Criterios ESPEN (2015) Criterios GLIM	n = 238 Prevalencia de desnutrición IMC < 18.5 kg/m ² (OMS): 39.5% VGS: 66.0% ESPEN: 47.5% GLIM: 60.1%
Bezzio, Italia (2024) ²²	Cohorte prospectiva	CU n = 62 EC n = 96	Evaluar la prevalencia de la desnutrición y la sarcopenia en una población de pacientes ambulatorios con EII, los factores de riesgo para estas asociaciones, el impacto de la desnutrición y la sarcopenia	MUST SaskIBD-NR	Criterios GLIM	n = 158 Prevalencia de desnutrición 13.3% (n = 21) EC: 16 CU: 5
Gold, EUA (2023) ²⁰	Cohorte retrospectiva	CU n = 73 EC n = 109	Definir la prevalencia de desnutrición y deficiencias de micronutrientes en pacientes con EII y comparar la eficacia de las herramientas existentes para la detección de la desnutrición	MUST SNAQ MIRT SaskIBD-NR	Criterios ESPEN	n = 182 Prevalencia de desnutrición general: 36% (n = 65) EC: 69% (n = 45) CU: 31% (n = 20)
Wang, China (2022) ¹⁸	Cohorte retrospectiva	CU n = 80	Describir los cambios en la CC en pacientes con CU activa e investigar los factores influyentes relacionados	NR	Criterios ESPEN	n = 160 Prevalencia de desnutrición CU: 20% (n = 16)
Liu, China (2022) ¹⁹	Transversal	CU n = 622 (61.4%) EC n = 593 (58.5%)	Evaluar la prevalencia de la desnutrición y el uso de soporte nutricional entre pacientes con EII	NRS 2002	Criterios ESPEN (2015)	n = 1013 Prevalencia de desnutrición 49.5% (n = 501) CUCI: 38.8% (n = 163) EC: 57.0% (n = 338)
Quilliot, Francia (2024) ²³	Transversal	CU n = 122 (28.1 %) EC n = 312 (71.9 %)	Determinar la prevalencia de desnutrición y análisis de factores asociados a las características de la enfermedad y desnutrición.	NR	Criterio GLIM	n = 434 Prevalencia de desnutrición 25.8 % (n = 112) EC: NR CU: NR
Fiorindi, Italia (2020) ¹⁶	Transversal	CU n = 15 EC n = 38	Conocer la prevalencia de desnutrición en pacientes con EII según GLIM, detectar los factores que contribuyen a la aparición de la desnutrición y evaluar el predictor más preciso del riesgo de desnutrición dentro de las herramientas de cribado nutricional disponibles.	NRS-2002 MUST MST MIRT SaskIBD-NR	Criterios GLIM Criterios ESPEN (2015)	n = 53 Prevalencia de desnutrición GLIM 42% (n = 22) EC: 34% (n = 13) CU: 60% (n = 9) ESPEN: 27% (n = 14) EC: 18% (n = 7) CU: 47% (n = 7)
Chen, China (2024) ²⁴	Transversal	CU n = 306 EC n = 700	Describir la prevalencia de desnutrición en pacientes con EII utilizando diferentes índices de detección nutricional,	PNI GNRI CONUT	No se usó método de confirmación diagnóstica	n = 1006 Prevalencia de desnutrición PNI: n = 170 (16.9%) GNRI: n = 725 (72.1%) CONUT: n = 761 (75.6%)
De León, México (2021) ¹⁷	Transversal	CU n = 60	Determinar la utilidad de la escala CONUT como método de cribado nutricional y predicción de la gravedad de la CU.	CONUT NRI	No se usó método de confirmación diagnóstica	CONUT n = 60 Leve: 25% Moderado: 43.3% Severo: 25% NRI n = 60 Leve: 0% Moderado: 1.6% Severo: 98.3%

EII: enfermedad inflamatoria intestinal; CU: colitis ulcerosa; n: tamaño de muestra; EC: enfermedad de Crohn; CC: composición corporal; NRS 2002: *Nutritional Risk Screening*; OMS: Organización mundial de la Salud; VGS: valoración global Subjetiva; ESPEN: *European Society for Clinical Nutrition and Metabolism*; GLIM: *Global Leadership Initiative on Malnutrition*; MUST: *Malnutrition Universal Screening Tool*; SaskIBD-NR: *Saskatchewan Inflammatory Bowel Disease – Nutrition Risk Tool*; SNAQ: *Short Nutritional Assessment Questionnaire*; MIRT: *Malnutrition Inflammation Risk Tool*; NR: no reportado; PNI: *Prognostic Nutritional Index*; GNRI: *Geriatric Nutritional Risk Index*; CONUT: *Controlling Nutritional Status*; NRI: *Nutritional Risk Index*

Anexo II Prevalencia de desnutrición de acuerdo con la actividad de las EII

Autor, país (año)	Tipo de estudio	Tipo de EII	Objetivo del estudio	Método de diagnóstico	Evaluación de actividad de la EII	Desnutrición de acuerdo con la actividad	
Zhang, China (2023) ²¹	Cohorte prospectiva	CU n = 61 EC n = 177	Detallar los cambios en la CC y las características de la coexistencia de desnutrición y sarcopenia	Criterios de la OMS VGS Criterios ESPEN (2015) Criterios GLIM	CU: TW Crohn: CDAI	CU Remisión 10.5% (n = 2) Activa 42.8% (n = 18)	EC Remisión 51.8% (n = 41) Activa Crohn 83.67% (n = 82)
Wang, China (2022) ¹⁸	Cohorte retrospectiva	CU n = 80	Describir los cambios en la CC en pacientes con CU activa e investigar los factores influyentes relacionados.	Criterios ESPEN	TW	S1 = 5% (n = 1) S2 = 4.5% (n = 1) S3 = 36.8% (n = 14)	
Liu, China (2022) ¹⁹	Transversal	CU n = 622 EC n = 593	Evaluar la prevalencia de la desnutrición y el uso de soporte nutricional entre pacientes con EII	Criterios ESPEN	CU: TW Crohn: CDAI	CU Levemente activa 22.1% (n = 32) Moderada a grave 47.6% (n = 131)	EC Levemente activa 50.7% (n = 247) Moderada a grave 58.2% (n = 91)
Quilliot, Francia (2024) ²³	Transversal	CU n = 122 EC n = 312	Determinar la prevalencia de desnutrición y análisis de factores asociados a las características de la enfermedad y la desnutrición	Criterio GLIM	Necesidad de tratamiento con corticoides o cambio de tratamiento	Enfermedad activa Desnutrición moderada 43.7% (n = 28) Desnutrición grave 46.8% (n = 22)	

EII: enfermedad inflamatoria intestinal; CU: colitis ulcerosa; n: tamaño de muestra; EC: enfermedad de Crohn; CC: Composición corporal; NRS 2002: *Nutritional Risk Screening*; OMS: Organización Mundial de la Salud; VGS: valoración global subjetiva; ESPEN: *European Society for Clinical Nutrition and Metabolism*; GLIM: *Global Leadership Initiative on Malnutrition*; TW: *Truelove and Witts Criteria*; CDAI: *Crohn's Disease Activity Index*