



**UNIVERSIDAD DE CUENCA  
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS  
POSTGRADO DE MEDICINA INTERNA**

**VALORACIÓN DEL RIESGO NUTRICIONAL EN PACIENTES MAYORES DE 19  
AÑOS CON EL MÉTODO DE LA VALORACIÓN GLOBAL SUBJETIVA,  
DEPARTAMENTO DE MEDICINA INTERNA, HOSPITAL VICENTE CORRAL  
MOSCOSO, 2014**

**TESIS PREVIA A LA OBTENCIÓN DEL TÍTULO DE ESPECIALISTA EN MEDICINA  
INTERNA**

**AUTOR: DR. JAVIER OSWALDO PERALTA LUPERCIO  
DIRECTORA: DRA. LORENA ESPERANZA ENCALADA TORRES  
ASESORA: DRA. LORENA ELIZABETH MOSQUERA VALLEJO**

**CUENCA – ECUADOR**

**2015**



## 1. RESUMEN

**Objetivo:** valorar el riesgo nutricional de los pacientes mayores de 19 años hospitalizados en el departamento de medicina interna del Hospital Vicente Corral Moscoso con el método de Valoración Global Subjetiva.

**Metodología:** estudio descriptivo en 94 pacientes mayores de 19 años ingresados durante los meses de junio y julio de 2014 a los cuales se les valoró nutricionalmente al momento del ingreso utilizando el cuestionario de Valoración Global Subjetiva y se revisó las historias clínicas para obtener datos de identificación y diagnóstico principal por grupos de enfermedades. Se excluyeron pacientes con alteración del estado de conciencia. Para la tabulación de datos se utilizó el programa SPSS 15, para el análisis se utilizaron medidas estadísticas como: frecuencia, porcentajes, medidas de tendencia central (promedio) y medidas de dispersión (desvío estándar). Todos los pacientes firmaron un consentimiento informado.

**Resultados:** 59.5% de pacientes tuvieron algún grado de desnutrición (43.6% riesgo nutricional y 16% desnutrición severa). Las enfermedades infecciosas fueron el diagnóstico de ingreso más frecuente (19.1%) y las enfermedades oncológicas las que mayor desnutrición severa produjeron (8.51%). El tiempo de hospitalización promedio fue de 9.71 días. Los pacientes mayores de 65 años y las mujeres presentaron mayor porcentaje de desnutrición severa (9.57% y 8.51% respectivamente) y mayor riesgo nutricional (15.95% y 23.4% respectivamente). Los pacientes del área urbana tuvieron mayor riesgo nutricional.

**Conclusiones:** Los pacientes mayores de 65 años y las mujeres presentaron mayor riesgo nutricional. La Valoración Global Subjetiva constituye una herramienta útil y confiable para realizar la valoración nutricional del paciente al ingreso hospitalario.

**Palabras clave:** Valoración Global Subjetiva, desnutrición hospitalaria, riesgo nutricional, desnutrición severa.



## **2. ABSTRACT.**

**Objective:** to assess nutritional risks in patients over 19 years hospitalized in the Department of Internal Medicine of the Vicente Corral Moscoso Hospital by means the Subjective Global Assessment method.

**Methodology:** descriptive study on 94 patients over 19 years admitted during the months of June and July 2014, who were nutritionally assessed at admission by using the Subjective Global Assessment questionnaire. The medical records were reviewed for obtaining identification and diagnostics by groups of diseases. The patients with mental disorders were excluded. The software SPSS 15 was used to tabulate data. Measures as frequency, percentages, measures of central tendency (mean) and dispersion measures (standard deviation) were used for statistical analysis. All patients signed an informed consent form.

**Results:** 59.5% of patients had some degree of malnutrition (43.6% nutritional risk and 16% severe). Infectious diseases were the most frequent admission diagnosis (19.1%), and the oncological diseases were associated with more severe malnutrition (8.51%). The average length of hospitalization was 9.71 days. Patients older than 65 and women had more severe malnutrition (9.57% and 8.51%, respectively), and higher nutritional risk (15.95% and 23.4%, respectively). Patients from urban areas have greater nutritional risk.

**Conclusions:** Patients older than 65 and women had higher nutritional risk. The Subjective Global Assessment is an useful and reliable tool for nutritional assessment of the patients at admission.

**Keywords:** Subjective Global Assessment, hospital malnutrition, nutritional risk, severe malnutrition.



## **INDICE DE CONTENIDOS.**

1.- RESUMEN .....	pág 2
2.- ABSTRACT.....	3
3.- INTRODUCCIÓN.....	8
4.- PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	9
5.- JUSTIFICACIÓN DE LA INVESTIGACIÓN.....	11
6.- MARCO TEÓRICO.....	12
6.1.- El estado nutricional.....	12
6.2.- Desequilibrio nutricional.....	13
6.3.- La desnutrición.....	13
6.4.- La desnutrición hospitalaria.....	14
6.4.1.- Pacientes con riesgo nutricional.....	16
6.4.2.- Consecuencia de la desnutrición.....	16
6.5.- Causas de desnutrición hospitalaria.....	18
6.6.- Herramientas de diagnóstico nutricional.....	19
6.7.- Valoración Global Subjetiva.....	19
7.- OBJETIVOS.	
7.1.- Objetivo general.....	23
7.2.- Objetivos específicos.....	23
8.- DISEÑO METODOLÓGICO.	
8.1.- Tipo de estudio.....	23
8.2. Operacionalización de variables.....	23
8.3.- Área de estudio.....	23
8.4.- Universo de estudio .....	24
8.5.- Criterios de inclusión y exclusión.....	24
8.6.- Métodos, técnicas e instrumentos.....	24



8.7.- Plan de tabulación y análisis de datos.....	24
8.8.- Aspectos éticos.....	25
9.- RESULTADOS.....	26
10.- DISCUSIÓN.....	33
11.- CONCLUSIONES.....	36
12.- RECOMENDACIONES.....	37
13.- REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	38
14.- ANEXOS.....	43
Anexo 1.- Operacionalización de variables.....	44
Anexo 2.- Formulario de recolección de datos.....	46
Anexo 3. Consentimiento informado... ..	47



Yo, Dr. Javier Oswaldo Peralta Lupercio, autor de la tesis “VALORACIÓN DEL RIESGO NUTRICIONAL EN PACIENTES MAYORES DE 19 AÑOS CON EL MÉTODO DE LA VALORACIÓN GLOBAL SUBJETIVA, DEPARTAMENTO DE MEDICINA INTERNA, HOSPITAL VICENTE CORRAL MOSCOSO, 2014”, reconozco y acepto el derecho de la Universidad de Cuenca, en base al Art. 5 literal c de su Reglamento de propiedad intelectual, de publicar este trabajo por cualquier medio conocido o por conocer, al ser este requisito para la obtención de mi título de Especialista en Medicina Interna. El uso que la Universidad de Cuenca hiciera de este trabajo, no implicará afección alguna de mis derechos morales o patrimoniales.

Cuenca, Noviembre de 2014

-----  
Dr. Javier Peralta Lupercio

CI. 0102558012



Yo, Dr. Javier Peralta Lupercio, autor de la tesis “VALORACIÓN DEL RIESGO NUTRICIONAL EN PACIENTES MAYORES DE 19 AÑOS CON EL MÉTODO DE LA VALORACIÓN GLOBAL SUBJETIVA, DEPARTAMENTO DE MEDICINA INTERNA, HOSPITAL VICENTE CORRAL MOSCOSO, 2014” certifico que todas las ideas, opiniones y contenidos expuestos en la presente investigación son de exclusiva responsabilidad de su autor.

Cuenca, Noviembre de 2014

-----  
Dr. Javier Peralta Lupercio

CI. 0102558012



### **3. INTRODUCCIÓN:**

La desnutrición hospitalaria constituye un grave problema de salud pública y tiene una alta prevalencia a nivel mundial que la sitúan entre el 30 a 50%, cifras que concuerdan con las encontradas en América Latina que según un estudio realizado en el año 2003 la situaron en el 50.2%. (1,2) Es multicausal pues en su etiología están implicados factores que dependen no solamente del paciente sino también factores derivados de los complejos procesos patológicos actuales, de los tratamientos agresivos modernos, del sistema de salud que en muchas ocasiones es incapaz de brindar una atención nutricional adecuada ya sea por falta de personal capacitado o por falta de recursos económicos para brindar un soporte dietético acorde a las necesidades de los pacientes.

La desnutrición se presenta cuando existe un desequilibrio entre la ingesta y las necesidades de nutrientes lo que interfiere en los procesos fisiológicos de respuesta del paciente frente a la enfermedad y su tratamiento. En estas condiciones el paciente se vuelve nutricionalmente vulnerable lo que conlleva una evolución negativa de su proceso patológico que repercute directamente en un aumento de los días de hospitalización, aumento de la morbimortalidad con el consecuente aumento de costos para los servicios de salud.

Esta realidad podría ser modificada si se utilizaran de forma rutinaria herramientas prácticas de valoración nutricional precoz (al ingreso hospitalario) que nos permitan identificar a pacientes con mayor riesgo de sufrir complicaciones. La valoración global subjetiva (VGS) constituye una herramienta útil de fácil aplicación y con gran capacidad para predecir el riesgo nutricional; evalúa los cambios ocurridos en el peso corporal, en la ingesta de alimentos, en los requerimientos nutricionales de la enfermedad actual y la capacidad funcional del paciente y, finalmente en la detección de signos de desnutrición en el examen físico. Los resultados obtenidos permitirán clasificar al paciente como: bien nutrido (clase A), moderadamente desnutrido (clase B) o gravemente desnutrido (clase C).





#### **4. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.**

Por más de 25 años se conoce que la desnutrición constituye uno de los graves problemas de los sistemas de salud, pues es su presencia es una de las causas fundamentales para el incremento de la mortalidad en los pacientes que se encuentran hospitalizados. Las cifras a nivel mundial son elevadas afectando en promedio entre el 30 y el 50% de pacientes ingresados en los servicios hospitalarios. En Europa, la prevalencia de desnutrición hospitalaria es muy fluctuante, así, España reporta cifras que alcanzan el 84.1%, y en Alemania el 24.2%. En los países musulmanes las cifras son menores que las reportadas en Europa, Irán por ejemplo presenta una prevalencia que varía entre el 5 y el 11%, mientras que, en América Latina las cifras también son elevadas, Argentina reporta un 47.2% de prevalencia, Cuba tiene el 41.2% y México tiene cifras de hasta el 64 % de desnutrición hospitalaria, y podría incluso llegar a ser del 100% en pacientes adultos mayores. (1)

La FELANPE (Federación Latinoamericana de Nutrición Enteral y Parenteral) en el año 2003 realizó un estudio multicéntrico en 13 países latinoamericanos entre los cuales no estuvo incluido el Ecuador, los resultados demostraron que el 50.2% de pacientes hospitalizados tienen malnutrición de los cuales el 11.2% de pacientes tenían desnutrición severa. (2)

“En Brasil, aproximadamente el 20% de pacientes son hospitalizados con algún grado de desnutrición debido a efectos de la propia enfermedad, a las condiciones socioeconómicas en las que vive y por los deficientes sistemas de salud que no están preparados para recibirlos y tratarlos, en este país la prevalencia de desnutrición fue del 48,1%, de los cuales el 12,6% de enfermos fueron clasificados como desnutridos graves y 35,5% como desnutridos moderados”. (3)

En el Ecuador, en un estudio realizado en el Hospital Teodoro Maldonado Carbo de la ciudad de Guayaquil en el año 2010, con 150 pacientes hospitalizados tanto en áreas clínicas y quirúrgicas, demostró que un 36% de pacientes eran bien nutridos y un 64% de pacientes tenían algún grado de desnutrición (moderada o severa), con un promedio de hospitalización de 10 días siendo mayor en los pacientes que presentaron algún tipo de desnutrición. (4)



La desnutrición impacta negativamente en la evolución del paciente hospitalizado, aumenta la morbilidad, mortalidad y los días de estancia hospitalaria, lo que trae como consecuencia el aumento en los costos de hospitalización y una disminución de la disponibilidad de camas hospitalarias.

El paciente hospitalizado es nutricionalmente vulnerable debido a varios factores:

- Prolongados y frecuentes ayunos que se justifican por la necesidad de realizar estudios complementarios,
- Ausencia de una evaluación nutricional temprana que trae como consecuencia un tardío apoyo nutricional,
- El estado catabólico en el cual se encuentran los pacientes debido a la enfermedad que están cursando.
- Sistema inmune deficiente que produce incremento en la incidencia de infecciones.
- Alteraciones metabólicas que limitan la ingesta o aumentan los requerimientos de nutrientes, como consecuencia el paciente no puede cubrir sus demandas nutricionales. Esto obliga a utilizar las reservas corporales lo que produce la depleción de estas y finalmente desemboca en un estado de desnutrición. (5)

La realidad del Hospital Vicente Corral Moscoso (HVCM) y en particular del departamento de medicina interna no es diferente de otros centros hospitalarios, el personal de salud desconoce la existencia de herramientas de valoración nutricional por lo que estas no son realizadas de manera temprana. La valoración global subjetiva (VGS) es una herramienta fácil de aplicar por parte del personal de salud y no requiere de complejos entrenamientos, esta prueba identifica pacientes en riesgo de desnutrición o desnutridos, de una manera ágil, lo que permitirá que el paciente sea inmediatamente referido para una intervención nutricional oportuna y eficaz que permita minimizar las complicaciones que se presentan en el paciente hospitalizado.



## 5. JUSTIFICACIÓN DE LA INVESTIGACION.

A pesar de que está demostrado que existe una alta prevalencia de desnutrición hospitalaria y que son conocidas las consecuencias perjudiciales de la desnutrición en los pacientes, todavía se continúa sin valorar adecuadamente el estado nutricional de los pacientes hospitalizados. En Noviembre de 2003, el *Committee of Ministers of Council of Europe*, fundamentada en la Declaración Mundial de Derechos Humanos de 1948, reconoce que la atención nutricional hospitalaria constituye un derecho humano que debe ser atendida de manera prioritaria. (6)

Para detectar pacientes desnutridos de una manera precoz se disponen de herramientas sencillas que nos permiten identificar la totalidad o el mayor número posible de pacientes hospitalizados, utilizando cuestionarios que han sido validados para tal efecto.

Para evaluar el estado nutricional deben utilizarse algunos indicadores como son: una encuesta dietética, examen físico, medidas antropométricas y análisis de los parámetros bioquímicos. Tanto los indicadores dietéticos como los antropométricos ofrecen como ventaja la facilidad de su aplicación y la rapidez con que se obtienen resultados. (5)

La valoración del estado nutricional de cada paciente se puede mejorar simplemente fomentando el interés del personal médico y de enfermería en la toma precoz de datos sobre hábitos dietéticos, la identificación de dificultades o limitaciones para alimentación, los cambios que se han producido en el peso corporal, la toma sistemática de medidas antropométricas tan elementales como el peso y la estatura, la valoración de los resultados y, finalmente, considerar desde el principio la posible evolución del proceso patológico y la repercusión que puede tener sobre el estado nutricional, al igual que se debe considerar los eventos terapéuticos a los que se va a someter al paciente.

“Es importante entonces disponer de herramientas útiles, comprobadas, sencillas en su manejo y de bajo costo, que nos permitan detectar en el grupo de enfermos hospitalizados aquellos que se encuentran en una situación de riesgo y puedan requerir una intervención nutricional temprana para mejorar su pronóstico”. (7)



### Valoración del riesgo nutricional en pacientes mayores de 19 años con el método de la valoración global subjetiva

El presente estudio pretende dar a conocer al personal de salud la existencia de herramientas útiles para poder realizar evaluaciones nutricionales tempranas de manera rutinaria. El conocer y manejar de manera adecuada la valoración global subjetiva que constituye una herramienta práctica, de bajo costo, y de fácil realización, permitirá identificar pacientes en riesgo que deberán recibir tempranamente un soporte nutricional adecuado que disminuya la posibilidad de complicaciones durante su estadía hospitalaria y consecuentemente la disminución de costos al sistema de salud, resultando en un alto impacto a nivel científico y social. El estudio además fortalecerá el trabajo de equipos multidisciplinarios pues al realizar una identificación temprana de pacientes en riesgo nutricional permitirá la inclusión de expertos en nutrición clínica lo que permitirá brindar un verdadero manejo integral a los pacientes quienes serán los directamente beneficiados. Los resultados podrán ser difundidos mediante la publicación en la revista de la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad de Cuenca y en la revista del Hospital Vicente Corral Moscoso.

## **6. MARCO TEÓRICO.**

### **6.1. El Estado Nutricional.**

“Se define como estado nutricional a la condición en la que se encuentra el ser humano en relación con las interacciones de tipo biológico, psicológico, social y las adaptaciones metabólicas que tiene lugar tras el ingreso de nutrientes”. (8)

La ingestión de nutrientes depende del consumo real, que está influenciado por varios factores como son: la situación económica, la conducta alimentaria, el aspecto psicológico, la influencia cultural, las consecuencias que sobre el apetito tienen varias patologías y la capacidad para consumir y absorber los nutrientes adecuados. Las necesidades de nutrientes también dependerán de muchos factores estresantes como la infección, las enfermedades agudas y crónicas, la fiebre o los traumatismos; los estados anabólicos normales de crecimiento como el embarazo o la rehabilitación. “El equilibrio entre ingestión de nutrientes y necesidades de nutrientes es el estado nutricional”. Cuando se consumen los nutrientes adecuados para cubrir las



necesidades corporales diarias y cualquier aumento por demandas metabólicas, la persona se mueve en un estado nutricional óptimo, lo que favorece el crecimiento y el desarrollo, mantiene la salud general y ayuda a proteger el cuerpo de la enfermedad. (9)

## **6.2. Desequilibrio Nutricional.**

Cuando la ingestión de nutrientes no se equilibra con las necesidades que exige una salud óptima aparecen los estados de déficit nutricional. “Dentro de los límites seguros de ingestión, los mecanismos homeostáticos permiten al cuerpo usar los nutrientes con la misma eficacia, sin que haya ninguna ventaja detectable derivada de un grado dado de ingestión”. (10)

A medida que se presentan déficits o excesos nutricionales, en el organismo se producen adaptaciones para conseguir un nuevo estado de equilibrio que no represente una pérdida significativa de las funciones fisiológicas. A medida que la ingesta se aleja de los límites tolerados, el organismo debe acomodarse a este aporte cambiante de nutrientes limitando procesos funcionales o modificando el tamaño o estado de los compartimentos afectados. El estado nutricional de una persona se determinará identificando la presencia o falta de estas adaptaciones. (11)

## **6.3. La Desnutrición.**

Existen varias definiciones de desnutrición aunque ninguna de ellas ha sido totalmente aceptada. Sitges Serra la define como un trastorno de la composición corporal debido al aumento de agua extracelular, disminución del potasio y pérdida de masa muscular, además de una disminución marcada del tejido adiposo e hipoalbuminemia. Todo este proceso producirá una respuesta inadecuada del paciente frente a su proceso patológico o los tratamientos instaurados. (11)

En un paciente que se encuentra cursando un proceso patológico la desnutrición es el resultado del desequilibrio entre el aporte, las pérdidas y los requerimientos nutricionales. La enfermedad puede ser la responsable de la disminución de la ingesta, del aumento de las pérdidas ó del aumento de los requerimientos de nutrimentos lo que desemboca finalmente en aumento de las



demandas energéticas y del catabolismo proteico. El aumento del metabolismo basal cuando se presenta una situación catabólica conlleva el consiguiente aumento de citoquinas inflamatorias, catecolaminas, cortisol, glucagón y presencia de resistencia a la insulina. (11)

Cuando la enfermedad causa restricción de la energía consumida, se ponen en marcha mecanismos de adaptación que permiten al organismo alcanzar un estado de hipometabolismo con lo que se evita el aumento de las citoquinas inflamatorias y las hormonas de contraregulación, como resultado final se produce un aumento de la degradación de proteínas, aumento de la gluconeogénesis y de la lipólisis que permite a partir de los lípidos producir ácidos grasos libres y glicerol para cubrir las demandas energéticas del organismo. (11)

#### **6.4. La Desnutrición Hospitalaria.**

Ya desde las primeras décadas del siglo XX se relacionaba la desnutrición con una disminución de la resistencia a la enfermedad y con un aumento de la mortalidad. En 1936 el Dr. H Studley en su estudio: Percentage of weight loss. A basic indicator of surgical risk in patients with chronic peptic ulcer, demostró que hasta un 67% de pacientes en espera de cirugía por úlcera péptica perdían entre el 16 y el 43% de su peso corporal, con el consiguiente aumento de las tasas de morbilidad y mortalidad. (12)

Charles Butterworth a comienzos de 1974 publicó el artículo “El esqueleto en el armario del hospital” (The skeleton in the hospital closet) a partir del cual se pudo visualizar el problema de la desnutrición dentro de las instituciones hospitalarias. Butterworth introduce el término “desnutrición iatrogénica” para describir los trastornos de la composición corporal del paciente hospitalizado ocasionados por las acciones o imprevisiones del personal médico. (13)

Caldwell la definió como: “el estado patológico que resulta del consumo inadecuado de uno o más nutrientes esenciales y que se manifiesta clínicamente con pruebas del laboratorio y antropométricas alteradas, que interfiere en la respuesta normal del huésped frente a su enfermedad y tratamiento”. (14)



Valoración del riesgo nutricional en pacientes mayores de 19 años con el método de la valoración global subjetiva

La alta prevalencia de la desnutrición hospitalaria es multicausal, a pesar de los grandes avances logrados en las técnicas alimentarias y en los productos alimenticios el efecto positivo de estos es prácticamente nulo por la complejidad de los procesos patológicos actuales y la agresividad de la terapéutica moderna. No ha existido un cambio importante en cuanto a la educación nutricional y la administración sanitaria, como tampoco se han actualizado los métodos para la prevención, detección y el control de la desnutrición en los hospitales. “Institucionalmente no se tiene en cuenta las necesidades nutricionales de los pacientes, la alimentación hospitalaria no es adecuada, regulada ni controlada, dado que carecen del suficiente personal experto en su diseño, calibración y control. En España incluso con una óptima infraestructura en salud, hasta el 90% de pacientes hospitalizados carecen de valoración nutricional debido a que el equipo de profesionales encargados del manejo del paciente no solicitan la correspondiente valoración al equipo de nutricionistas. (15)

La desnutrición podría considerarse iatrogénica pues es producida por los propios médicos, que son responsables de que sus pacientes permanezcan hipoalimentados o en inanición por períodos prolongados, para llevar a cabo una serie de prácticas no deseables algunas de las cuales se enumeran a continuación:

- Supresión de tomas de alimento por la realización de pruebas diagnósticas frecuentes.
- Falta de toma de peso y talla al momento del ingreso.
- Falta de seguimiento de la evaluación ponderal.
- Uso prolongado de hidratación por vía venosa.
- Pérdida de comidas para poder realizar pruebas diagnósticas.
- Imposibilidad para reconocer el aumento de los requerimientos nutricionales asociados a la enfermedad de base.
- Indicaciones nutricionales insuficientes o inadecuadas.
- Medicamentos o tratamientos que interfieren en la nutrición.
- Utilización de soporte nutricional (nutrición enteral o parenteral) recién cuando la desnutrición ha llegado a un estado avanzado.
- Escasa disponibilidad o ausencia de estudios para evaluar el estado nutricional. (16)



#### **6.4.1. Pacientes con riesgo nutricional.**

En la práctica diaria se pueden identificar algunos pacientes con mayor riesgo de sufrir desnutrición:

- Neoplasias del tubo digestivo
- Fístulas enterocutáneas
- Enfermedad inflamatoria intestinal
- Hepatopatías
- Síndromes de intestino corto
- Enteritis post radiación
- Pancreatitis
- Diabetes mellitus
- Edad avanzada
- Síndrome de inmunodeficiencia adquirida
- Sepsis
- Cirugía mayor
- Politraumatismos
- Cáncer
- Quemados
- Enfermedad pulmonar obstructiva crónica
- Insuficiencia renal (16)

#### **6.4.2. Consecuencias de la desnutrición.**

Son conocidas las múltiples consecuencias de la desnutrición que afectan varios aparatos y sistemas del cuerpo humano (inmunológico, endocrinológico, digestivo y cardiorespiratorio). Se alteran los procesos de cicatrización y curación de heridas dando como consecuencia un aumento de las complicaciones postoperatorias, estadía hospitalaria prolongada, incremento de las tasas de morbi-mortalidad, con el consiguiente aumento de los costos hospitalarios de hasta un 60%.

(7)





Valoración del riesgo nutricional en pacientes mayores de 19 años con el método de la valoración global subjetiva

Según el *International Guideline Committee* la magnitud de la inflamación es un factor fundamental para determinar el grado de desnutrición. Cuando la inflamación es crónica, de grado leve a moderado (fallo de un órgano, cáncer pancreático, obesidad o artritis reumatoide) se puede definir como “enfermedad crónica relacionada con la desnutrición” y, cuando la inflamación es aguda y severa (infección grave, quemaduras, trauma o trauma de cráneo) como “enfermedad aguda o lesiones relacionadas con la desnutrición”. (17)

Identificar la desnutrición es primordial en el ambiente hospitalario pues nos permitirá evitar o minimizar los efectos negativos que se producen en la evolución clínica de los pacientes hospitalizados. (18) En el paciente desnutrido, las necesidades calóricas y de proteínas para los tejidos y las células no puede ser sostenida debido al estado hipercatabólico en el que se encuentra produciéndose descompensaciones graves de varios órganos (riñón, corazón, hígado e intestino) con la subsiguiente acidosis, coma y muerte. La descompensación metabólica puede ocurrir en pocas horas e incluye alteraciones de la coagulación e ictericia, debido a que el hígado ha perdido la capacidad para producir factores de coagulación y proteínas de transporte. Las causas más frecuentes de muerte son las neumonías, las gastroenteritis y la sepsis, así como los trastornos hidroelectrolíticos. (2)

La mayor incidencia de complicaciones trae como consecuencia un aumento en el tiempo de la estadía hospitalaria y en los tiempos de curación y/o rehabilitación de los pacientes. Estos pacientes son incapaces de conseguir sus necesidades calóricas debido a que están imposibilitados de reingerir alimentos o metabolizarlos.

Dentro de las consecuencias de la desnutrición existen efectos primarios y efectos secundarios.

**a) Efectos primarios:**

- Mayor tendencia a infecciones
- Retraso en curación de heridas
- Mayor dehiscencia de suturas
- Hipoproteinemia
- Menor motilidad intestinal
- Debilidad muscular



**b) Efectos secundarios:**

- Mayor morbimortalidad
- Mayor tiempo de internación
- Mayores costos
- Peor calidad de vida (16)

**6.5. Causas De Desnutrición Hospitalaria. (19)**

<b>Causas derivadas de la enfermedad</b>	<b>Causas derivadas de la hospitalización</b>	<b>Causas derivadas de el equipo médico</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>– Disminución de la ingesta.</li> <li>– La infección o inflamación produce anorexia, mala absorción y asimilación de los nutrientes.</li> <li>– Disfagia, dificultad para masticar, obstrucciones del tubo digestivo</li> <li>– Vómitos, diarreas, quemaduras, úlceras, fístulas, etc.</li> <li>– Intenso estrés metabólico: infecciones, neoplasias, cirugía, traumatismos, etc.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Dietas hospitalarias monótonas y horarios de comidas muy diferentes a los habituales.</li> <li>– Exceso del uso de dietas restrictivas que aportan menos nutrientes y energía y son menos agradables al paladar.</li> <li>– Estado emocional por el hecho de estar hospitalizado.</li> <li>– Procedimientos terapéuticos y quirúrgicos.</li> <li>– Tratamientos (radioterapia, quimioterapia, etc.).</li> <li>– Ayuno prolongado muchas veces no justificado para realizar exámenes pendientes (rayos X, exámenes de sangre, pruebas especiales, etc.).</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>– No se toma peso y talla al ingreso.</li> <li>- Inexistencia de valoraciones nutricionales al ingreso.</li> <li>– No existe curva de seguimiento del peso.</li> <li>–Ayuno terapéutico prolongado con abuso de terapia parenteral.</li> <li>– No se realiza el monitoreo de la ingesta.</li> <li>– Cálculo incorrecto de los requerimientos nutricionales.</li> <li>– Nutrición enteral y parenteral inadecuadas.</li> </ul>

Tomado y adaptado de: Naber T, A.Bree A, Schermer T, et al. "Specificity of indexes of malnutrition when applied to apparently healthy people: the effect of age". 1997. The American Journal of Clinical Nutrition (núm. 65, pág. 1721-1725).



## **6.6. Herramientas De Diagnóstico Nutricional.**

En la valoración nutricional se debe diferenciar entre el “**cribaje**” o la identificación de los individuos que presentan características asociadas a problemas nutricionales (pérdida de peso, hiporexia, enfermedades crónicas, tratamientos agresivos, etc.) y la “**evaluación o valoración**” que permite reconocer si existe o no desnutrición y, en caso positivo, clasificarla y cuantificarla. La valoración nutricional permite también estimar los requerimientos nutricionales, predice la posibilidad de presentar riesgos sobreañadidos a su enfermedad de base y evaluar la eficacia de una determinada terapia nutricional. (20, 2)

De acuerdo con las Recomendaciones del Comité de Ministros del Consejo de Europa (Resolución ResAP 2003 sobre alimentación y asistencia nutricional en los hospitales); la valoración nutricional debe ser un instrumento esencial en la evaluación del paciente hospitalizado. Esta valoración deberá ser generalizada, temprana, fácil de realizar, fundamentada en evidencia científica disponible y aplicable a las diversas circunstancias clínicas de los pacientes como edad, sexo y gravedad de la enfermedad. Cuando se descubre un paciente con riesgo nutricional deberá someterse por parte del equipo de nutricionistas a una valoración nutricional completa, de tal manera que se pueda diseñar un plan terapéutico nutricional individualizado y se pueda monitorizar su evolución.” (21)

Al valorar el estado nutricional de un paciente podríamos encontrar un estado nutricional normal; que presente desnutrición (leve, moderada o grave); sobrepeso u obesidad o, incluso, deficiencias específicas de algunos micronutrientes. (20)

## **6.7. Valoración Global Subjetiva (VGS).**

Debido a la alta incidencia de desnutrición varios autores elaboraron distintas evaluaciones para determinar el estado nutricional tanto en pacientes ambulatorios como en hospitalizados. Se elaboraron varios instrumentos de tamizaje principalmente para población geriátrica. Entre ellos, se encuentran los de autoevaluación como la lista DETERMINE (White et al, 1992; Dwyer 1994) y la primera sección de la Evaluación Subjetiva elaborada por el paciente (Persson, Sjødén, Glimelius, 1999). También existen instrumentos sencillos realizados por el clínico, tales



### Valoración del riesgo nutricional en pacientes mayores de 19 años con el método de la valoración global subjetiva

como la Evaluación Nutricional Instantánea (Seltzer et al, 1979), la Evaluación Global Subjetiva (Detsky, McLaughlin, Baker et al 1987) y por último existen instrumentos de tamizaje sofisticados como la Mini Evaluación Nutricional (MNA) y la Escala de Riesgo de Desnutrición SCALES (Oman y Monley 2000). Todas estas pruebas fueron diseñadas con el objetivo de detectar deficiencias en el estado nutricional y para ayudar a la planificación e implementación de intervenciones apropiadas. (22)

La Valoración Global Subjetiva (VGS) es un método clínico, sistematizado, que esta constituido por datos que se obtienen de la historia clínica, los síntomas acompañantes y del examen físico; cuyo objetivo es lograr un diagnóstico subjetivo del estado nutricional, que resulta útil tanto para la evaluación del estado nutricional, así como para la estimación del riesgo nutricional. (23)

Es un método de fácil realización, no invasivo y de bajo costo, en un inicio desarrollado para identificar el estado nutricional de pacientes que fueron sometidos a cirugía gastrointestinal, sin embargo, hoy en día ha sido validada y se ha generalizado para todo tipo de pacientes incluidos los pacientes con cáncer. La VGS ha demostrado ser efectiva en la evaluación nutricional y sus resultados han resultado ser similares a los obtenidos mediante métodos objetivos. (24)

Fue desarrollada en el Hospital General de Toronto y permite diferenciar a los pacientes normonutridos de aquellos en riesgo de desnutrición o con algún grado de desnutrición, no utiliza medidas antropométricas sofisticadas o pruebas de laboratorio, y tiene una sensibilidad y especificidad aceptables. Cuando el personal encargado de realizarla ha sido capacitado adecuadamente el tiempo de realización es de 9 minutos en promedio, con una concordancia inter observador del 91%. La VGS es fácil de realizarla, rápida, reproducible y además es gratuita para el paciente. A diferencia de otras pruebas es la única que evalúa la capacidad funcional del paciente y está validada para población geriátrica. (25)

La historia clínica evalúa cinco parámetros con preguntas que son contestadas por el paciente. El primer parámetro evalúa la pérdida de peso que ocurrió durante los seis meses anteriores a la hospitalización. La relación entre el peso actual y el peso perdido nos permitirá obtener el porcentaje de peso perdido, si está entre 5 y 10% se evalúa como “riesgo de desnutrición o desnutrición moderada”, y mayor de 10% como “desnutrición severa”. El segundo parámetro establece la diferencia entre el consumo actual de nutrientes y la ingesta usual del paciente. Los



Valoración del riesgo nutricional en pacientes mayores de 19 años con el método de la valoración global subjetiva

resultados nos permitirán determinar si existen cambios en el aporte dietético, y además nos proporcionará información sobre la duración en semanas, el tipo de dieta que consume y si esta es suficiente o insuficiente. El tercer parámetro evalúa los síntomas gastrointestinales importantes que han ocurrido en por lo menos dos semanas y con presentación diaria. Los síntomas valorados son: las náuseas, vómitos, diarrea, disfagia, dolor abdominal y anorexia. El cuarto parámetro evalúa la capacidad funcional del paciente, si está normal o esta alterada y su duración en semanas. El quinto y último parámetro evalúa la enfermedad y su relación con los requerimientos nutricionales determinados por el proceso patológico, el paciente podrá estar sin estrés, tener estrés moderado o estrés severo.

El examen físico evalúa: la pérdida de grasa subcutánea (tríceps, tórax), la pérdida de masa muscular (cuádriceps, deltoides), los edemas (maleolares, sacro) y la presencia de ascitis. Con los datos obtenidos podemos clasificar el examen físico como normal, o con alteración en el examen físico que puede ser leve, moderado o severo.

Finalmente tomando en consideración todos los resultados obtenidos podemos clasificar a los pacientes en:

**A.** Paciente bien nutrido, sin riesgo nutricional, que no ha tenido pérdida o aumento de peso reciente, sin síntomas gastrointestinales, sin disminución de la ingesta o con mejoría en la ingesta o en los síntomas, ausencia de edemas o ascitis.

**B.** Desnutrición moderada, riesgo nutricional (pérdida de peso 5-10%) o no recuperación, síntomas que interfieren en la ingesta o reducción de ingesta en dos semanas, pérdida de tejido subcutáneo o estrés moderado.

**C.** Desnutrición severa (pérdida de peso mayor del 10%), pérdida severa de tejido subcutáneo y masa muscular con o sin edemas, alteración marcada de la capacidad funcional o estrés severo.

(25)

Detsky y su grupo demostraron que la evaluación clínica por si sola es superior a la combinación de varios parámetros objetivos para precisar el desarrollo de complicaciones asociadas a nutrición (Detsky, Baker, Mendelson et al, 1984). Se estudió tanto la evaluación clínica para emitir un diagnóstico nutricional acertado, así como su habilidad para producir el



Valoración del riesgo nutricional en pacientes mayores de 19 años con el método de la valoración global subjetiva

mismo resultado cuando distintos investigadores la aplican aun mismo individuo. A esta última cualidad se la ha denominado confiabilidad del método. Después de la creación de la VGS se encuentran varios estudios realizados principalmente en EEUU, Suecia, Brasil y China que intentaron adaptarla a subgrupos específicos de pacientes y que en general reportan ser instrumentos que tienen una buena capacidad de predicción y que son altamente confiables. Así se encuentran evaluaciones para candidatos a transplante de hígado (Hasse et al, 1993), pacientes de medicina general (Coppinni et al, 1995), enfermos renales crónicos en diálisis (Visseet al, 1999), etc. Con estas adaptaciones se ha realizado estudios de validez, confiabilidad o ambos. La validez se ha demostrado realizando la VGS y comparándola con los resultados obtenidos con mediciones objetivas llevadas a cabo por un experto. La confiabilidad se ha obtenido al evaluar la capacidad del método para obtener el mismo resultado cuando la técnica es realizada por distintos miembros del personal de salud sobre un mismo individuo y comparando los resultados de cada uno de ellos al finalizar la etapa experimental. (22)



## **7. OBJETIVOS.**

### **7.1. Objetivo General.**

Valorar el riesgo nutricional de los pacientes mayores de 19 años hospitalizados en el departamento de medicina interna del Hospital Vicente Corral Moscoso con el método de Valoración Global Subjetiva.

### **7.2. Objetivos Específicos.**

- 1.- Identificar las características de los pacientes hospitalizados según: edad, sexo, residencia, diagnóstico de ingreso y días de hospitalización.
- 2.- Determinar el riesgo nutricional de los pacientes mayores de 19 años hospitalizados en el departamento de medicina interna utilizando el método de Valoración Global Subjetiva.
- 3.- Clasificar el riesgo nutricional según sexo, grupo etario, residencia habitual y tipo de diagnóstico de ingreso.

## **8. DISEÑO METODOLÓGICO.**

### **8.1. Tipo De Estudio.**

El presente estudio es de tipo descriptivo, pues se pretendió describir el problema registrando las características de las personas afectadas, efectuando mediciones, frecuencias y, en lo posible, usando algunas herramientas estadísticas para retratar mejor la situación.

### **8.2. Operacionalización De Variables.** (Ver anexo 1)

### **8.3. Área De Estudio.**

El área de estudio fue el departamento de medicina interna del Hospital “Vicente Corral Moscoso” de la ciudad de Cuenca. Al hospital que es regional acuden pacientes de la zona 6 de salud (Azuay, Cañar y Morona Santiago). Cuenta con 303 camas en total de las cuales medicina interna posee 53 camas. El porcentaje de ocupación de camas es del 86.1%, y el promedio de estadía 9.1 días.



#### **8.4. UNIVERSO.**

El universo de estudio lo constituyeron el total de pacientes mayores de 19 años que fueron hospitalizados en el área de medicina interna del HVCM, durante los meses de junio y julio del 2014.

#### **8.5. Criterios De Inclusión Y Exclusión.**

##### **a) Criterios De Inclusión.**

Todos los pacientes mayores de 19 años ingresados en el departamento de medicina interna que desearon participar y firmaron el consentimiento informado.

##### **b) Criterios De Exclusión.**

- Pacientes que al inicio del estudio tenían más de 7 días de hospitalización.
- Pacientes con alteración del estado de conciencia que no tuvieron familiares que pudiesen contestar la encuesta.

#### **8.6. Métodos Técnicas E Instrumentos.**

Se evaluaron nutricionalmente a todos los pacientes mayores de 19 años que ingresaron en el departamento de medicina interna utilizando el cuestionario de la Valoración Global Subjetiva. (Anexo 2). Además se revisaron las historias clínicas para obtener datos de identificación del enfermo y el diagnóstico principal por grupos de enfermedades. No se realizó el seguimiento del estado nutricional del paciente durante la estancia hospitalaria.

#### **8.7. Plan De Tabulación Y Análisis.**

Previo al procesamiento de los datos se realizó una depuración de la información, luego se realizó una tabla de caracterización de los pacientes con la información recolectada. Para la tabulación de los datos se utilizó el programa SPSS versión 15. Para el análisis de los datos se utilizaron medidas estadísticas como frecuencias y porcentajes además medidas de tendencia central (promedio) y medidas de dispersión (desvío estándar), posteriormente se elaboraron tablas y gráficos de acuerdo a los objetivos para la presentación de los resultados.





### **8.8. Aspectos Éticos.**

La información obtenida se guardó con absoluta confidencialidad, se utilizó para el presente estudio y estuvo disponible para que sea verificada en caso de ser conveniente. Todos los pacientes que participaron del presente estudio firmaron el respectivo consentimiento informado. (Anexo 3).



## RESULTADOS

El presente estudio fue realizado en una muestra de 94 pacientes mayores de 19 años hospitalizados durante los meses de junio y julio del 2014 en el departamento de medicina interna del Hospital Vicente Corral Moscoso, se obtuvieron los siguientes resultados:

**Tabla 1. Distribución de 94 pacientes según características generales. Hospital Vicente Corral Moscoso. Cuenca. 2014**

<b>Variable</b>	<b>Frecuencia n=94</b>	<b>Porcentaje 100%</b>
<b>*Edad años</b>		
19 – 44	29	30.9
45 – 64	27	28.7
> 65	38	40.4
<b>Sexo</b>		
Masculino	44	46.8
Femenino	50	53.2
<b>Residencia</b>		
Urbana	53	56.4
Rural	41	43.6

\*Promedio: 58.20 ( $\pm 20.33$ )

Fuente: base de datos 2014

Elaborado por: Javier Peralta

De una muestra de 94 pacientes el grupo de edad con mayor frecuencia fueron los mayores de 65 años con el 40.4% ( $n = 38$ ) seguido de los pacientes con edades comprendidas entre 19 y 44 años 30.9% ( $n= 29$ ). Los pacientes entre los 45 y 64 años representaron el 28.7% ( $n=27$ ) con un promedio de edad de 58.20 ( $\pm 20.33$ ).

En lo que se refiere al sexo, el 53.2% de pacientes pertenecieron al sexo femenino ( $n=50$ ) y el 46.8% al sexo masculino ( $n=44$ ).

Al analizar la residencia se observó que el mayor porcentaje de pacientes procedían de áreas urbanas 46.8% ( $n=53$ ) y el 43.6% provienen de áreas rurales ( $n=41$ ) (tabla 1).



**Tabla 2. Distribución de 94 pacientes según diagnóstico de ingreso. Hospital Vicente Corral Moscoso. Cuenca 2014.**

<b>Variable</b>	<b>Frecuencia n= 94</b>	<b>Porcentaje 100%</b>
Enfermedades infecciosas	18	19.1
Enfermedades cardiovasculares	17	18.1
Enfermedades gastrointestinales	11	11.7
Enfermedades endocrinológicas	11	11.7
Enfermedades oncológicas	11	11.7
Enfermedades neurológicas	9	9.6
Enfermedades renales	8	8.5
Enfermedades respiratorias	6	6.4
Enfermedades hematológicas	2	2.1
Enfermedades dermatológicas	1	1.1

Fuente: base de datos 2014

Elaborado por: Javier Peralta

Las enfermedades infecciosas fueron las más frecuentes con un porcentaje del 19.1% (n=18) seguida de las enfermedades cardiovasculares 18.1% (n=17). Las enfermedades gastrointestinales, endocrinológicas y oncológicas cada una representó el 11.7%, y en menor porcentaje se encontraron las enfermedades neurológicas, renales, respiratorias, hematológicas y dermatológicas (tabla 2).



**Tabla 3. Distribución de 94 pacientes según días de hospitalización. Hospital Vicente Corral Moscoso. Cuenca 2014.**

<b>* Días de Hospitalización</b>	<b>Frecuencia n= 94</b>	<b>Porcentaje 100%</b>
1 - 9	60	63.82
10 - 18	24	25.54
19 - 27	7	7.44
>27	3	3.19

\*Promedio: 9.71 ( $\pm 7.01$ )

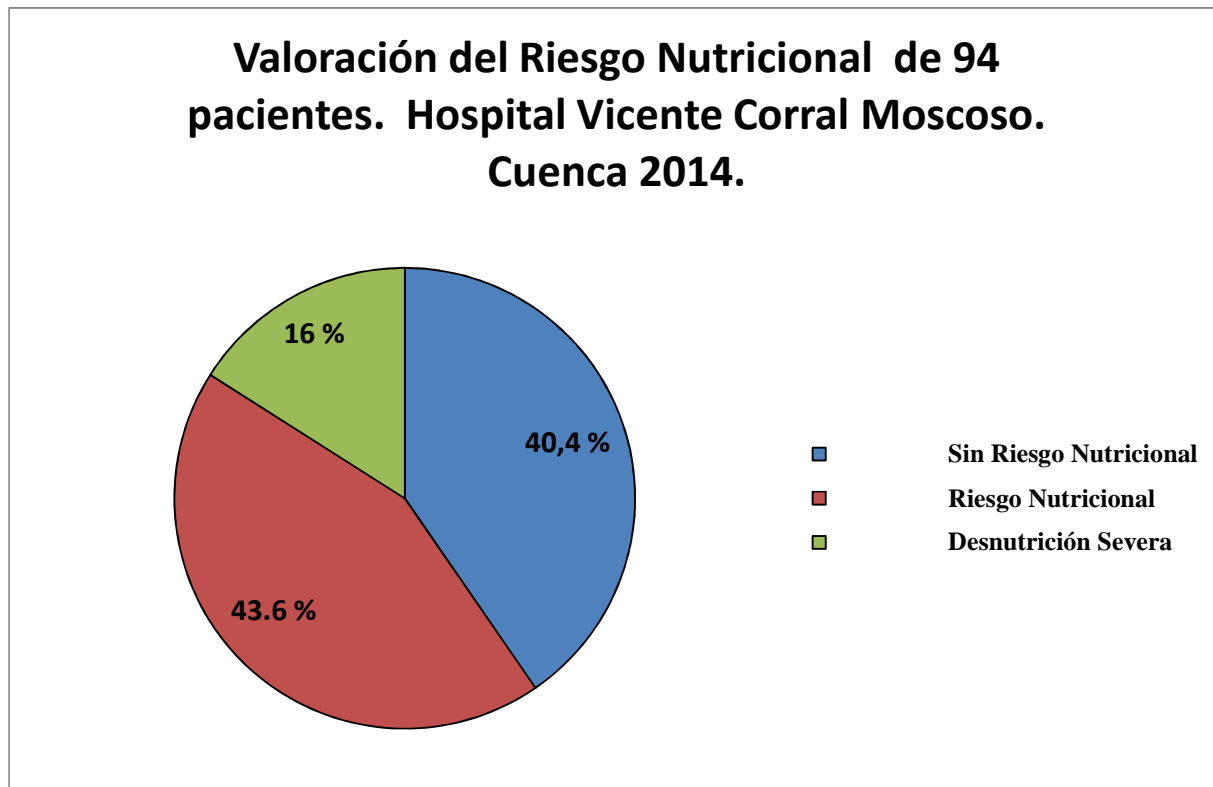
Fuente: base de datos 2014

Elaborado por: Javier Peralta

En lo que se refiere a los días de hospitalización de los 94 pacientes que fueron ingresados el 63.82% (n=60) estuvieron hospitalizados entre 1 y 9 días (promedio 9.71 días) seguido de 25.54% de pacientes que estuvieron hospitalizados entre 10 y 18 días (tabla 3).



Grafico 1.



Fuente: base de datos 2014

Elaborado por: Javier Peralta

Al analizar la valoración del riesgo nutricional observamos que el 43.6% de pacientes (n=41) fueron catalogados como riesgo nutricional (desnutrición moderada), mientras que el 16% (n=15) presentaron desnutrición severa. Es decir que el 59.6% de pacientes tiene alteración de su estado nutricional, mientras que el 40.4% (n=38) se encontraron bien nutridos es decir no presentaron riesgo nutricional (grafico 1).



**Tabla 4.- Valoración del riesgo nutricional de 94 pacientes según edad. Hospital Vicente Corral Moscoso. Cuenca 2014.**

Edad	Sin Riesgo Nutricional		Riesgo Nutricional		Desnutrición Severa	
	n	%	n	%	n	%
	<b>38</b>	<b>40.42</b>	<b>41</b>	<b>43.60</b>	<b>15</b>	<b>15.95</b>
19-44	16	17.02	10	10.63	3	3.19
45-64	8	8.51	16	17.02	3	3.19
> 65	14	14.89	15	15.95	9	9.57

Fuente: base de datos 2014

Elaborado por: Javier Peralta

Si observamos el riesgo nutricional relacionado con la edad encontramos que los pacientes mayores de 65 años fueron los que más desnutrición severa presentaron con un porcentaje de 9.57% (n=9) pero, además, también tienen un alto porcentaje de riesgo nutricional con el 15.95% (n= 15). Si sumamos estos dos valores encontramos que en este grupo etario el 25.52% tuvieron alteración del estado nutricional, mientras que el 17.02% de pacientes comprendidos entre los 45 y 64 años tuvieron riesgo nutricional y el 3.19% presentaron desnutrición severa (tabla 4).



**Tabla 5. Valoración del riesgo nutricional de 94 pacientes según sexo. Hospital Vicente Corral Moscoso. Cuenca 2014.**

Sexo	Sin Riesgo Nutricional		Riesgo Nutricional		Desnutrición Severa	
	n	%	n	%	n	%
	<b>38</b>	<b>40.42</b>	<b>41</b>	<b>43.61</b>	<b>15</b>	<b>15.95</b>
<b>Masculino</b>	18	19.14	19	20.21	7	7.44
<b>Femenino</b>	20	21.27	22	23.40	8	8.51

Fuente: base de datos 2014

Elaborado por: Javier Peralta

Al observar los resultado del riesgo nutricional según sexo, las mujeres son las que tuvieron mas alto porcentaje de riesgo nutricional con el 23.40 % (n=22) y de desnutrición severa con el 8.51% (n=8). (Tabla 5)

**Tabla 6. Valoración del riesgo nutricional de 94 pacientes según residencia. Hospital Vicente Corral Moscoso. Cuenca 2014.**

Residencia	Sin Riesgo Nutricional		Riesgo Nutricional		Desnutrición Severa	
	n	%	n	%	n	%
	<b>38</b>	<b>40.42</b>	<b>41</b>	<b>43.62</b>	<b>15</b>	<b>15.95</b>
<b>Urbana</b>	22	23.40	24	25.53	7	7.44
<b>Rural</b>	16	17.02	17	18.08	8	8.51

Fuente: base de datos 2014

Elaborado por: Javier Peralta

La desnutrición severa se presentó en porcentajes similares en pacientes residentes tanto a nivel urbano como rural, 7.44% (n=7) y 8.51% (n=8). Mientras que el riesgo nutricional se presentó en un 25.53% (n=24) de pacientes residentes en área urbana y en el 18.08% (n=17) de residentes en área rural (tabla 6).



**Tabla 7. Valoración del riesgo nutricional de 94 pacientes según diagnóstico de ingreso. Hospital Vicente Corral Moscoso. Cuenca 2014.**

Diagnóstico de Ingreso	Sin Riesgo Nutricional		Riesgo Nutricional		Desnutrición Severa		Total	
	n	%	n	%	n	%	n	%
	<b>38</b>	<b>40.42</b>	<b>41</b>	<b>43.62</b>	<b>15</b>	<b>15.95</b>	<b>94</b>	<b>100.0</b>
enfermedades cardiovasculares	10	10.63	7	7.44	0	0.00	17	18.08
enfermedades respiratorias	0	0.00	6	6.38	0	0.00	6	6.38
enfermedades gastrointestinales	5	5.31	5	5.31	1	1.06	11	11.70
enfermedades renales	4	4.25	4	4.25	0	0.00	8	8.51
enfermedades neurológicas	2	2.12	5	5.31	2	2.12	9	9.57
enfermedades hematológicas	0	0.00	1	1.06	1	1.06	2	2.12
enfermedades endocrinológicas	4	4.25	6	6.38	1	1.06	11	11.70
enfermedades oncológicas	2	2.12	1	1.06	8	8.51	11	11.70
enfermedades infecciosas	10	10.63	6	6.38	2	2.12	18	19.14
enfermedades dermatológicas	1	1.06	0	0.00	0	0.00	1	1.06

Fuente: base de datos 2014

Elaborado por: Javier Peralta

El mayor porcentaje de desnutrición severa se observó en pacientes con enfermedades oncológicas 8.51% (n=8). En tanto que el riesgo nutricional se presentó en un 7.44% (n= 7) de pacientes con diagnóstico de enfermedades cardiovasculares, seguido de las enfermedades respiratorias, endocrinológicas y enfermedades infecciosas cada una con un 6.38% (n=6). (Tabla 7).





## 10. DISCUSIÓN

La desnutrición del paciente hospitalizado tiene un impacto deletéreo en la evolución de su enfermedad y aumenta principalmente la morbilidad, mortalidad y días de estancia hospitalaria, como consecuencia los costos hospitalarios serán más altos existiendo una menor disponibilidad de camas para hospitalización. En estos pacientes existe un evidente desequilibrio entre la ingesta y las necesidades de nutrientes, lo que produce efectos negativos muy graves en el funcionamiento normal de varios órganos de la economía humana (riñón, corazón, hígado e intestino) consecuencia de lo cual el paciente no responde adecuadamente a su enfermedad, a pesar de los tratamientos instaurados, llegando finalmente a la acidosis, coma y muerte.

El presente estudio se realizó en 94 pacientes que fueron ingresados en el departamento de Medicina Interna, el 40.4% de pacientes fueron mayores de 65 años de edad, el sexo femenino son las que más ingresaron al departamento (53.2%), y los de procedencia urbana prevalecieron sobre los de área rural (53% vs 41%).

Se encontró un 59.5% de pacientes que tenían algún grado de desnutrición correspondiendo a un 43.6% de pacientes con riesgo nutricional y un 16% de pacientes con desnutrición severa. Las cifras aquí encontradas guardan concordancia con otros estudios realizados a nivel internacional. A nivel mundial la prevalencia de desnutrición hospitalaria se encuentra en el 50% aproximadamente, en América Latina, Chile reporta el 37% de y Argentina el 47.3%. (26) En el estudio IBRANUTRI realizado en varios hospitales de Brasil se encontró un 48,1% de pacientes con desnutrición y de estos el 12,6% presentaron desnutrición severa. (27) En el estudio Latinoamericano de Nutrición (ELAN), el cual se realizó en hospitales de 13 países de Latinoamérica, se halló un 50,2% de pacientes con desnutrición y 11,2% de pacientes con desnutrición severa. (28) En Europa en el estudio multicéntrico de detección de malnutrición al ingreso hospitalario realizado en 4 hospitales de España en las áreas de medicina interna y cirugía general se encontró que un 20% de los pacientes estudiados presentaban malnutrición moderada o sospecha de malnutrición y 18.2% tenían mal nutrición grave siendo mayor la incidencia en medicina interna. (29) En el Ecuador en un estudio realizado en el Hospital Eugenio Espejo de Quito de corte transversal y descriptivo durante los meses de junio y julio de 2011, el 31% de pacientes tuvieron riesgo de desnutrición y el 16% de pacientes tenían desnutrición severa. (30)



#### Valoración del riesgo nutricional en pacientes mayores de 19 años con el método de la valoración global subjetiva

Al analizar lo referente a los diagnósticos de ingreso en el presente estudio encontramos que las causas más frecuentes de ingreso hospitalario fueron las enfermedades infecciosas (19.1%), seguido de las enfermedades cardiovasculares (18.1%) cifras que concuerdan con el estudio de Cereceda, “Detección de malnutrición al ingreso hospitalario”, en donde destacan a las enfermedades del aparato digestivo, enfermedades infecciosas y cardiocirculatorias como las causas más frecuentes de diagnóstico de ingreso hospitalario.(29)

Como decíamos anteriormente la desnutrición al ingreso hospitalario tiene una implicación directa sobre los días de hospitalización del paciente, así entonces al revisar los datos de nuestro estudio observamos que el 63.82% de pacientes permanecieron hospitalizados por un período de tiempo de entre 1 y 9 días (promedio 9.71), y un 25.54% permanecieron entre 10 y 18 días. Al comparar con el estudio que se realizó en el Hospital Eugenio Espejo de Quito vemos que existe concordancia con las cifras aquí obtenidas que fue de 5.9 días  $\pm$  3.4. El tiempo mínimo de hospitalización fueron de 3 días y el máximo 17. (30)

Si revisamos estudios extranjeros encontramos por ejemplo en el estudio “Validación de la Valoración Global Subjetiva como método de screening de malnutrición hospitalaria. Prevalencia de Malnutrición en un Hospital Terciario” (Mariana M, et al 2014) realizado en España, se encontró que la estancia media hospitalaria fue más larga para los pacientes desnutridos (13,5 días) o en riesgo de desnutrición (12,1 días) en comparación con los sujetos bien nutridos (6,97 días). (31)

En el estudio de prevalencia de malnutrición hospitalaria en Latinoamérica, estudio multicéntrico ELAN, la malnutrición se correlacionó con la edad del paciente mayor de 60 años con índices de malnutrición de hasta el 53%, en nuestro estudio en lo referente a la valoración del riesgo nutricional relacionado con la edad encontramos que los pacientes mayores de 65 años son los que más desnutrición severa presentan (9.57%) pero además tiene mayor riesgo nutricional (15.95%).

Las mujeres son las que más alto porcentaje de riesgo nutricional (23.4%) y de desnutrición severa (8.51%) presentaron, datos que coinciden con el estudio antes mencionado de Cereceda en donde se destaca que las mujeres tienen más riesgo de desnutrición severa. En un estudio realizado en Colombia por Giraldo N. et al, en 2007 se observó que la desnutrición es mayor en



Valoración del riesgo nutricional en pacientes mayores de 19 años con el método de la valoración global subjetiva

el grupo de mujeres (66%) que en el de los hombres (32), datos que también coinciden con los encontrados en nuestro estudio.

En el presente estudio las enfermedades oncológicas son las que producen mayor desnutrición severa (8.51%) seguido de enfermedades cardiovasculares, respiratorias, endocrinológicas y enfermedades infecciosas. Los resultados del estudio sobre “Prevalencia de desnutrición en un centro hospitalario de segundo nivel en Yucatán” (1) demuestran que las enfermedades respiratorias y oncológicas se relacionan con cifras de desnutrición significativamente mayores ( $p,0.005$ ). Cereceda encontró que la población que más malnutrición sufre son aquellas afectadas de enfermedades infecciosas, aparato circulatorio y aparato digestivo principalmente. A su vez el estudio ELAN considera a las enfermedades infecciosas y oncológicas como de alto riesgo para desnutrición hospitalaria.

Cuando se valora la relación que existe entre riesgo nutricional y residencia, observamos que los porcentajes de desnutrición severa son prácticamente similares en pacientes procedentes tanto del área urbana como rural, mientras que el riesgo nutricional es mayor en pacientes residentes del área urbana. Estas cifras obtenidas en el presente estudio no se pueden comparar pues revisando la literatura no existen estudios con los que se puedan corroborar los resultados encontrados en el presente estudio.



## **11. CONCLUSIONES.**

- El 43.6% de pacientes ingresados en el servicio de medicina interna presentaron riesgo nutricional (B) y el 16% de pacientes tuvieron desnutrición severa (C).
  
- Las enfermedades infecciosas constituyeron el diagnóstico de ingreso más frecuente (19.1%) y las enfermedades oncológicas las que producen mas desnutrición severa (8.51%).
  
- El mayor porcentaje de pacientes tuvieron un periodo de hospitalización entre 1 y 9 días con un promedio de 9.71 días (63.82%).
  
- Los pacientes mayores de 65 años son los que mayor desnutrición severa (9.75%) y mayor riesgo nutricional (15.95%) presentaron, al igual que las mujeres (8.51% de desnutrición severa) y (23.4% de riesgo nutricional).
  
- El riesgo nutricional fue mayor a nivel urbano (25.53%) frente al nivel rural (18.08%). No existio diferencia en relación a desnutrición severa y lugar de residencia (8.51% rural vs 7.44% urbano).
  
- La Valoración Global Subjetiva constituye una herramienta útil pero sobre todo confiable para realizar la valoración nutricional del paciente al ingreso hospitalario, y los resultados obtenidos son equiparables a los encontrados en otros estudios realizados.



## **12. RECOMENDACIONES**

1.- Debido a la alta prevalencia de desnutrición hospitalaria se hace necesario detectar de forma temprana a pacientes que se encuentran en riesgo nutricional o que ya presentan desnutrición, utilizando herramientas de rápido acceso y fáciles de realizar como es la escala de Valoración Global Subjetiva.

2.- El estado nutricional es un punto clave en la respuesta frente a la enfermedad, su deterioro tiene un efecto negativo tanto en la morbilidad como en la mortalidad de tal manera que su valoración debe ser parte integral de la evaluación de cualquier paciente hospitalizado.

3.- Se hace necesario el trabajo en equipos multidisciplinarios, pues el personal médico deberá detectar precozmente al paciente con alteración nutricional lo que permitirá que el equipo de nutricionistas puedan realizar una adecuada intervención nutricional, individualizada, dirigida a corregir las carencias y mejorar el estado general del paciente.

4.- Se deberán realizar nuevos estudios en un mayor número de pacientes y en otros departamentos del Hospital Vicente Corral Moscoso que nos permitan tener una mejor visión de la desnutrición hospitalaria.



### 13. REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. Sanchez Palomo J, Viveros Cortez A. . Prevalencia de desnutrición en un centro hospitalario de segundo nivel en Yucatán, México. Rev. Biomed (Internet). 2011 (citado: 13 de Mayo de 2014); 22:41-48. Disponible en: <http://www.revbiomed.uady.mx/pdf/rb112221.pdf>
2. Correia M I, Campos A C. Prevalence of hospital malnutrition in Latin America. The multicenter ELAN study. Elsevier Journal (Internet). 2003 (citado: 13 de mayo de 2014); Oct, 19 (10). Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/14559314>
3. Waitzberg D.L, Ravacci G.R, Raslan M. Desnutrición hospitalaria. Departamento de Gastroenterología de la Facultad de Medicina de la Universidad de São Paulo. São Paulo. Brasil. Justificación y uso de resultados. NutrHosp.(Internet) 2011 (citado: 13 de mayo de 2014); 26(2):254-264. Disponible en: [http://scielo.isciii.es/pdf/nh/v26n2/03\\_revision\\_01.pdf](http://scielo.isciii.es/pdf/nh/v26n2/03_revision_01.pdf)
4. García Ma E, Ricaurte P, Solís C. Estudio prospectivo de la influencia del estado nutricional en el tiempo de hospitalización de pacientes en el Hospital Teodoro Maldonado C. Universidad Católica Santiago de Guayaquil. (Internet) 2010 (citado: 13 de mayo de 2014). Disponible en: <http://repositorio.ucsg.edu.ec:8080/bitstream/123456789/600/1/T-UCSG-PRE-MED-36.pdf>
5. Fuchs V, Mostkoff D, Gutiérrez S G, Amancio O. Estado nutricio en pacientes internados en un hospital publico de la ciudad de México. Nutr Hosp (Internet). 2008 (citado 13 de mayo de 2014); 23(3):294-303. Disponible en: <http://scielo.isciii.es/pdf/nh/v23n3/original14.pdf>
6. Adapted by the Committee of Ministers on 12 November 2003 at the 860th meeting of the Ministers' Deputies. Resolution on food and nutritional care in hospitals. [01/03/2007]. Disponible en: <https://wcd.coe.int/ViewDoc.jsp?id=85747>
7. Ulibarri J I, Picón M J, García E, Mancha A. Nuevo procedimiento para la detección precoz y control de la desnutrición hospitalaria. Nutr. Hosp. (Internet). 2002 (citado 13 de mayo de 2014); 17:139-146. Disponible en: <http://www.google.com.ec/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=1&ved=0CCo>



[http://www.aulamedica.es/gdcr/index.php/nh/article/download/2F3317/2F3317&ei=P45yU4y8G\\_OisQTGkYHoBA&usg=AFQjCNFEy3GspOVMuCI9pP8fB6PbD2rqmQ](http://www.aulamedica.es/gdcr/index.php/nh/article/download/2F3317/2F3317&ei=P45yU4y8G_OisQTGkYHoBA&usg=AFQjCNFEy3GspOVMuCI9pP8fB6PbD2rqmQ)

8. Veintimilla D, Villavicencio M, Morán S. Manual básico para evaluación nutricional. Primera edición. Guayaquil. SOLCA. 2011.
9. Kathleen M L, Escott – Stump S. Krause Dietoterapia. 12ava Edición. Barcelona – España. Elsevier Masson 2009. Pag 384
10. Kathleen M L, Escott – Stump S. Krause Dietoterapia. 12ava Edición. Barcelona – España. Elsevier Masson 2009. Pag: 385
11. Lecha B M, Ribot D I. Desnutrición Hospitalaria. Universitat Oberta de Catalunya. (Internet) 2012. (citado: el 14 de mayo de 2014) Disponible en: [http://www.exabyteinformatica.com/uoc/Nutricio/Desnutricion\\_hospitalaria/Desnutricion\\_hospitalaria\\_%28Modulo\\_1%29.pdf](http://www.exabyteinformatica.com/uoc/Nutricio/Desnutricion_hospitalaria/Desnutricion_hospitalaria_%28Modulo_1%29.pdf)
12. Studley H. Percentage of weight loss. A basic indicator of surgical risk in patients with chronic peptic ulcer. JAMA (Internet) 1936 (citado: 7 de octubre de 2014) 1936;106:458-500. Disponible en: <http://jama.jamanetwork.com/article.aspx?articleid=1155491>.
13. Butterworth Ch.: The skeleton in the hospital closet. Nutrition Today. (Intenet) 1974 (citado: 7 de Octubre de 2014) Nutr. Hosp. (2005) XX (4) 297-307 Disponible en: <http://scielo.isciii.es/pdf/nh/v20n4/10ClasicosNutricion.pdf>
14. González C L, Coloma P R, Ascorbe S P, Indo B O, Rodríguez C B, Martínez M.<sup>a</sup> J. Estado actual del grado de desnutrición en los pacientes hospitalizados de la Comunidad de La Rioja. Nutr. Hosp (Internet). 2001 (citado el 14 de mayo de 2014); XVI (1) 7-13. Disponible en: <http://www.aulamedica.es/gdcr/index.php/nh/article/viewFile/3212/3212>
15. Ulíbarri J. I. La desnutrición hospitalaria. Nutr. Hosp (Internet). 2003 (citado el 14 de mayo de 2014); XVIII (3) 109-94. Disponible en: <http://scielo.isciii.es/pdf/nh/v18n3/editorial.pdf>
16. Monti Ricardo. Desnutrición hospitalaria: una patología subdiagnosticada. Rev. Asoc. Méd. Argent. (Internet) 2008 (citado: 9 de octubre de 2014); 121(4):25-28 Disponible en: <https://www.yumpu.com/es/document/view/4410845/desnutricion-hospitalaria-una-patologia-subdiagnosticada>



17. Jensen GL, Mirtallo J, Compher C, Dhaliwal R, Forbes A, Grijalba RF et al. Adult starvation and disease-related malnutrition: a proposal for etiology-based diagnosis in the clinical practice setting from the International Consensus Guideline Committee. *Journal of Parenteral and Enteral Nutrition* (Internet). 2010 (citado el 14 de mayo de 2014); Volume 34 Number 2. Disponible en: [http://www.google.com.ec/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=2&ved=0CDQQFjAB&url=http%3A%2F%2Fwww.nutritioncare.org%2FProfessional\\_Resources%2FGuidelines\\_and\\_Standards%2FGuidelines%2FPDFs%2FMalnutrition\\_Paper%2F&ei=dBzU7HjLcuisQSFnoDoBA&usg=AFQjCNEGn\\_JRRMid2kj5CWPcnVGmeqtS9w](http://www.google.com.ec/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=2&ved=0CDQQFjAB&url=http%3A%2F%2Fwww.nutritioncare.org%2FProfessional_Resources%2FGuidelines_and_Standards%2FGuidelines%2FPDFs%2FMalnutrition_Paper%2F&ei=dBzU7HjLcuisQSFnoDoBA&usg=AFQjCNEGn_JRRMid2kj5CWPcnVGmeqtS9w)
18. Bouillanne O, Golmard JL, Coussieu C, Noel M, Durand D, Piette F et al. A new biological marker for evaluating malnutrition in elderly patients. *Eur J Clin Nutr*. 2007; 61 (5): 647-54).
19. Naber T, A.Bree A, Schermer T, et al. "Specificity of indexes of malnutrition when applied to apparently healthy people: the effect of age". 1997. *The American Journal of Clinical Nutrition* (núm. 65, pág. 1721-1725).
20. Planas V M. Valoración del estado nutricional adulto. *Tratado de Nutrición. Bases Fisiológicas y Bioquímicas de la Nutrición*. Junio 2005. Primera edición. Madrid - España. CD
21. Alvarez J, Del Rio M, Planas M, et al. Documento SENPE-SEDOM sobre la codificación de la desnutrición hospitalaria. Grupo de Documentación de SENPE. *Nutr Hosp*. (Internet) 2008 (citado el 25 de octubre de 2014). 23(6):536-540. Disponible en: <http://scielo.isciii.es/pdf/nh/v23n6/especial2.pdf>
22. Cohen Sabbaj D J, Validación del método de evaluación global subjetiva en niños de cuidados intensivos. Universidad Francisco Marroquín, Escuela de Nutrición. Guatemala (Internet) 2000 (citado: 25 de Octubre de 2014). Disponible en: <http://www.tesis.ufm.edu.gt/pdf/3189.pdf>
23. Zanin R, Perdomo C, Palomar A. Utilidad de la evaluación del estado nutricional en pacientes hospitalizados. *Salud (i) Ciencia*. Internet 2011 (citado: 3 de noviembre de 2014). 18(6), 521-524 octubre 2011. Disponible en: [https://www.siicsalud.com/saludciencia/pdf/sic\\_186.pdf#page=18](https://www.siicsalud.com/saludciencia/pdf/sic_186.pdf#page=18)





*Valoración del riesgo nutricional en pacientes mayores de 19 años con el método de la valoración global subjetiva*

24. Valenzuela-Landaeta K, Rojas P, Basfi-fer K. Evaluación nutricional del paciente con cáncer. Nutr Hosp (Internet) 2012 (citado: 25 de octubre de 2014). 27(2):516-523. Disponible en: [http://scielo.isciii.es/pdf/nh/v27n2/25\\_original\\_15.pdf](http://scielo.isciii.es/pdf/nh/v27n2/25_original_15.pdf)
25. Galván B J. Valoración Global Subjetiva (VGS). Red de Comunicación e Integración Biomédica Universidad Nacional Autónoma de México (Internet). 2009 (citado el 14 de mayo de 2014). Disponible en: <http://www.uacj.mx/ICB/redcib/Documents/Publicaciones/Valoraci%C3%B3n%20Global%20Subjetiva.pdf>
26. Hernández-Escalante V, Raygoza-Echeverría J, Castro-Sansores C. Desnutrición Hospitalaria en pacientes geriátricos mexicanos y concordancia entre instrumentos diagnósticos. Rev Biomed. Internet 2014 (citado: 3 de noviembre de 2014) 2014; 25:31-37. Disponible en: <http://www.revbiomed.uady.mx/pdf/rb142515.pdf>
27. Waitzberg DL, Caiaffa WT, Correia MITD. Hospital Malnutrition: the Brazilian national survey (IBRANUTI): a study of 4000 patients. Nutrition (Internet) 2001 (citado: 1 de noviembre de 2014); 126 (26-27): 24263-270. Disponible en: <http://www.comepa.com.uy/escuela/mod/resource/view.php?id=442>
28. Correia MITD, Campos ACL. Prevalence of Hospital Malnutrition in Latin America: The Multicenter Elan Study. Nutrition (Internet) 2003 (citado: 1 de Noviembre de 2014); 19 (10): 823-5. Disponible en: <http://www.nutricionclinica.sld.cu/RecursosGenerales/ELANInformeFinalAmericas.pdf>
29. Cereceda C, González I, Antolín F M, García P, Tarrazo R, Suárez C B, et al. Detección de malnutrición al ingreso en el Hospital. Nutr. Hosp (Internet). 2003 (citado: 5 de noviembre de 2014); XVIII (2) 95-100. Disponible en: <http://scielo.isciii.es/pdf/nh/v18n2/original5.pdf>
30. Rivadeneira M. La Valoración Global Subjetiva como indicador del estado nutricional de los pacientes que ingresan al servicio de cirugía en el Hospital Eugenio Espejo. Universidad San Francisco de Quito. (Internet) 2012. (citado: 5 de noviembre de 2014) Disponible en: <http://repositorio.usfq.edu.ec/handle/23000/1442>
31. Moriana M, Civera M, Artero A, et al. Validity of subjective global assessment as a screening method for hospital malnutrition. Prevalence of malnutrition in a tertiary



*Valoración del riesgo nutricional en pacientes mayores de 19 años con el método de la valoración global subjetiva*  
hospital. Endocrinol Nutr. (Internet) 2014 (citado: 5 de noviembre de 2014)  
Apr;61(4):184-9. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24342427>

32. Giraldo N, Múnera N, Marrugo V. Prevalencia de malnutrición y evaluación de la prescripción dietética. Perspectivas en Nutrición Humana. (Internet) 2007. (citado: 5 de noviembre de 2014). Universidad de Antioquia. Medellín. Colombia. Vol. 9 No. 1 Enero-Junio de 2007. Págs. 37-47. Disponible en: [https://www.google.com.ec/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=1&cad=rja&uact=8&ved=0CCEQFjAA&url=http%3A%2F%2Faprendeenlinea.udea.edu.co%2Frevistas%2Findex.php%2Fnutricion%2Farticle%2Fdownload%2F9341%2F8598&ei=2CJuVJ\\_0BciqNvmagOAG&usg=AFQjCNHqtA3flYI2PXEooindhYBPD2cjUg](https://www.google.com.ec/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=1&cad=rja&uact=8&ved=0CCEQFjAA&url=http%3A%2F%2Faprendeenlinea.udea.edu.co%2Frevistas%2Findex.php%2Fnutricion%2Farticle%2Fdownload%2F9341%2F8598&ei=2CJuVJ_0BciqNvmagOAG&usg=AFQjCNHqtA3flYI2PXEooindhYBPD2cjUg)



## 14. ANEXOS



## ANEXO 1.

### OPERACIONALIZACION DE LAS VARIABLES

VARIABLE	DEFINICION	DIMENSIÓN	INDICADOR	ESCALA
Edad	Tiempo transcurrido desde el nacimiento hasta la actualidad	En años	Años cumplidos al momento de la encuesta	19 – 44 45 – 64 ≥ 65
Sexo	Condición que diferencia al hombre de la mujer en la especie humana	Fenotípica	Caracteres sexuales	Hombre Mujer
Residencia habitual	Espacio geográfico en donde reside una persona por un tiempo determinado.	Espacio geográfico y tiempo	Espacio geográfico y tiempo mayor a 6 meses	Urbana Rural
Diagnostico de ingreso	Identificación de la naturaleza de una enfermedad mediante la observación de sus signos y síntomas	Semiológica	Síntomas y signos característicos de cada enfermedad	Enfermedades Cardiovasculares Enfermedades Respiratorias Enfermedades Gastrointestinales Enfermedades



*Valoración del riesgo nutricional en pacientes mayores de 19 años con el método de la valoración global subjetiva*

	característicos			Renales Enfermedades Neurológicas Enfermedades Reumatológicas Enfermedades Hematológicas Enfermedades Endocrinológicas Enfermedades oncológicas Enfermedades dermatológicas
Días de Hospitalización	Tiempo durante el cual permanece un paciente en una unidad de salud	Tiempo en días	Tiempo contado desde el ingreso	Numérica
Estado nutricional	Condición de salud relacionada con la nutrición establecida por la relación pondo estatural y parámetros antropométricos	Semiológica	Test VGS	bien nutridos(A) moderadamente desnutridos(B) gravemente desnutridos(C)



## ANEXO 2

### VALORACIÓN DEL RIESGO NUTRICIONAL EN PACIENTES MAYORES DE 19 AÑOS CON EL MÉTODO DE LA VALORACIÓN GLOBAL SUBJETIVA, DEPARTAMENTO DE MEDICINA INTERNA, HOSPITAL VICENTE CORRAL MOSCOSO, 2014

NOMBRE: ----- Edad----- Nº H Clínica: -----  
 Residencia: Urbana ----- Rural----- SEXO: masculino  femenino   
 FECHA DE INGRESO: ----- FECHA DE EGRESO: ----- Formulario Nº -----

1. HISTORIA CLÍNICA		
1) Peso Corporal Peso actual alrededor de..... Kg Hace 6 meses pesaba alrededor de.....Kg Porcentaje de peso perdido.....%	2)Cambios en el aporte dietético <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI Duración..... semanas Dieta oral insuficiente..... Dieta oral triturada suficiente..... Dieta oral triturada insuficiente..... Dieta oral líquida exclusiva..... Ayuno casi completo.....	
Valoración en las últimas 2 semanas Aumento Sin cambios ( ) Disminución ( )		
3)Síntomas gastrointestinales de duración superior a 2 semanas Ninguno ( )      Disfagia ( ) Náuseas ( )      Dolor abdominal ( ) Vómitos ( )      Anorexia ( ) Diarrea ( )	4) Capacidad funcional. Como Siempre ( ) Alterada, Duración..... Semanas Trabajo limitado ( ) Ambulante ( ) Encamado ( )	
5) Enfermedad y su relación con los requerimientos nutricionales Diagnóstico Primario: ----- Sin estrés ( )    Estrés moderado ( )    Estrés severo [quemadura, sepsis, trauma] ( )		
2. EXAMEN FÍSICO (considerar el peor de los casos) Para cada opción especificar : 0= normal (A); 1= leve (A); 2= moderado (B) 3= severo (C)		
Pérdida de grasa subcutánea (tríceps, tórax).....      Edemas maleolares..... Pérdida de masa muscular (cuádriceps, deltoides).....      Edemas sacro..... Ascitis.....		
A = BIEN NUTRIDO SIN RIESGO NUTRICIONAL	B= DESNUTRICIÓN MODERADA RIESGO NUTRICIONAL	C= DESNUTRICIÓN SEVERA
- No pérdida de peso o aumento de peso reciente - Sin síntomas - Sin disminución de ingesta o, - Mejoría en la ingesta o en los síntomas. (en ausencia de ascitis o edemas)	- Pérdida de peso (5-10%) o no recuperación - Síntomas que interfieren en la ingesta o, - Disminución de la ingesta o, - Estrés moderado	- Pérdida de peso (> 10%) - Pérdida severa de tejido adiposo y masas musculares con o sin edemas - Alteración marcada de la capacidad funcional. - Estrés severo
VALORACIÓN	Bien nutrido o sin riesgo nutricional (A) Desnutrición moderada o riesgo nutricional (B) Desnutrición severa (C)	



## ANEXO 3

**UNIVERSIDAD DE CUENCA**  
**FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS**  
**ESCUELA DE MEDICINA-DEPARTAMENTO DE POSGRADOS**  
VALORACIÓN DEL RIESGO NUTRICIONAL EN PACIENTES MAYORES DE 19 AÑOS CON EL MÉTODO DE LA VALORACIÓN GLOBAL  
SUBJETIVA, DEPARTAMENTO DE MEDICINA INTERNA, HOSPITAL VICENTE CORRAL MOSCOSO, 2014

### **Consentimiento Informado.**

Estimado señor(a)

Fecha: .....

Usted ha sido seleccionado para participar en el estudio “VALORACIÓN DEL RIESGO NUTRICIONAL EN PACIENTES MAYORES DE 19 AÑOS CON EL MÉTODO DE LA VALORACIÓN GLOBAL SUBJETIVA, DEPARTAMENTO DE MEDICINA INTERNA, HOSPITAL VICENTE CORRAL MOSCOSO, 2014” por lo que yo, Dr. Javier Peralta Lupercio, estudiante del curso de titulación del Posgrado en la especialidad de Medicina Interna, le invito a participar.

Este estudio tiene como finalidad, aplicarle un cuestionario llamado “Valoración Global Subjetiva” brazo”, que tiene como objetivo valorar el riesgo nutricional al momento del ingreso al hospital, este examen no le causará ningún dolor, tampoco le representará ningún gasto económico y podría ayudar a su médico a detectar el riesgo de complicaciones en el futuro.

Como parte de este estudio se le realizarán preguntas sobre su peso, síntomas gastrointestinales, cambios en la dieta y su capacidad funcional. Además se hará una valoración sobre su estado físico y sobre el estrés (metabólico) al cual está sometido por la enfermedad que está cursando. También se le solicitará información sobre su nombre, edad, sexo y residencia. Sin embargo ninguno de estos datos será publicado identificándolo personalmente, solamente serán usados para registrar la información en el formulario de recogida de datos.

Usted es libre de participar voluntariamente y puede retirarse del estudio el momento en que usted desee si lo considera necesario, sin que esto signifique ningún problema para el proceso de atención médica. Siéntase libre de realizar las preguntas que usted considere necesarias.

De antemano agradecemos su colaboración.

Yo, ..... con número de cédula ..... luego de haber sido informado sobre los procedimientos que se van a realizar, acepto libre y voluntariamente participar en el estudio “VALORACIÓN DEL RIESGO NUTRICIONAL EN PACIENTES MAYORES DE 19 AÑOS CON EL MÉTODO DE LA VALORACIÓN GLOBAL SUBJETIVA, DEPARTAMENTO DE MEDICINA INTERNA, HOSPITAL VICENTE CORRAL MOSCOSO, 2014” realizado por el Dr. Javier Peralta Lupercio. Todas mis preguntas han sido respondidas satisfactoriamente.

Si necesita más información puede contactarse al Cel. 0995959398 (Dr. Javier Peralta L).

.....

Firma del (a) paciente

.....

Dr. Javier Peralta L