

**“ESTADO NUTRICIONAL DEL PACIENTE PLURIPATOLOGICO A TRAVES  
DEL CRIBADO DE RIESGO NUTRICIONAL Y VALORACIÓN GLOBAL  
SUBJETIVA EN EL SERVICIO DE MEDICINA INTERNA DEL HOSPITAL  
UNIVERSITARIO “DR. ANGEL LARRALDE”**



**UNIVERSIDAD DE CARABOBO**  
**FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD**  
**DIRECCIÓN DE POSTGRADO**



**PROGRAMA DE ESPECIALIZACIÓN EN MEDICINA INTERNA**  
**HOSPITAL UNIVERSITARIO “DR. ÁNGEL LARRALDE”**

**“ESTADO NUTRICIONAL DEL PACIENTE PLURIPATOLOGICO A TRAVES  
DEL CRIBADO DE RIESGO NUTRICIONAL Y VALORACIÓN GLOBAL  
SUBJETIVA EN EL SERVICIO DE MEDICINA INTERNA DEL HOSPITAL  
UNIVERSITARIO “DR. ANGEL LARRALDE”**

Trabajo Especial de Grado presentado como requisito para obtener el título de Especialista  
en Medicina Interna

**Autor:** Belkis Gabriela Ramírez

Bárbula, Agosto 2020



UNIVERSIDAD DE CARABOBO  
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD  
DIRECCIÓN DE POSTGRADO



PROGRAMA DE ESPECIALIZACIÓN EN MEDICINA INTERNA  
HOSPITAL UNIVERSITARIO “DR. ÁNGEL LARRALDE”

“ESTADO NUTRICIONAL DEL PACIENTE PLURIPATOLOGICO A TRAVES  
DEL CRIBADO DE RIESGO NUTRICIONAL Y VALORACIÓN GLOBAL  
SUBJETIVA EN EL SERVICIO DE MEDICINA INTERNA DEL HOSPITAL  
UNIVERSITARIO “DR. ANGEL LARRALDE”

**Autor:** Belkis Gabriela Ramírez

**Tutor:** Dr. Gustavo Oviedo

Bárbula, Agosto 2020



## ACTA DE DISCUSIÓN DE TRABAJO ESPECIAL DE GRADO

En atención a lo dispuesto en los Artículos 127, 128, 137, 138 y 139 del Reglamento de Estudios de Postgrado de la Universidad de Carabobo, quienes suscribimos como Jurado designado por el Consejo de Postgrado de la Facultad de Ciencias de la Salud, de acuerdo a lo previsto en el Artículo 135 del citado Reglamento, para estudiar el Trabajo Especial de Grado titulado:

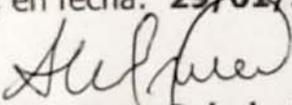
### ESTADO NUTRICIONAL DEL PACIENTE PLURIPATOLOGICO A TRAVES DEL CRIBADO DE RIESGO NUTRICIONAL Y VALORACIÓN GLOBAL SUBJETIVA EN EL SERVICIO DE MEDICINA INTERNA DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO "DR. ANGEL LARRALDE

Presentado para optar al grado de **Especialista en Medicina Interna** por el (la) aspirante:

**RAMIREZ T., BELKIS G.**  
C.I. V - 20246765

Habiendo examinado el Trabajo presentado, bajo la tutoría del profesor(a): Gustavo Oviedo C.I. 7048614, decidimos que el mismo está **APROBADO**.

Acta que se expide en valencia, en fecha: **29/01/2021**

  
**Prof. Gustavo Oviedo (Pdte)**  
C.I. 7048614  
Fecha 29-01-2021

Dr. Gustavo Oviedo Colón  
MEDICO NUTROLOGO  
C.I. 7.048.614  
C.M. 3.868 - M.S.D.S. 38.467

**Prof. Yuneci González**  
C.I.  
Fecha

  
**Prof. Adoniel Farías**  
C.I. 19701095  
Fecha 29/01/2021

TG:

TG-CS:

**ACTA DE CONSTITUCIÓN DE JURADO Y DE APROBACIÓN DEL TRABAJO**

Quienes suscriben esta Acta, Jurados del Trabajo Especial de Grado titulado:

**"ESTADO NUTRICIONAL DEL PACIENTE PLURIPATOLOGICO A TRAVES DEL CRIBADO DE RIESGO NUTRICIONAL Y VALORACIÓN GLOBAL SUBJETIVA EN EL SERVICIO DE MEDICINA INTERNA DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO "DR. ANGEL LARRALDE"** Presentado por el (la) ciudadano (a): **RAMIREZ T., BELKIS G.** titular de la cédula de identidad N° **V-20246765**, Nos damos como constituidos durante el día de hoy: 22-01-2021 y convenimos en citar al alumno para la discusión de su Trabajo el día: 29-01-2021.

**RESOLUCIÓN**

Aprobado:  Fecha: 29-01-2021 \*Reprobado:  Fecha: \_\_\_\_\_.

Observación: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Dr. **Gustavo Oyiedo Colón**  
MEDICO NUTROLOGO  
C.I. 7048614  
S.D.S. 3830

**Presidente del Jurado**

Nombre: Gustavo Oyiedo

C.I. 7048614

**Miembro del Jurado**

Nombre: \_\_\_\_\_

C.I. \_\_\_\_\_

Dr. **Adonel A. Farías J.**  
MEDICO NUTROLOGO  
C.I. 19701095

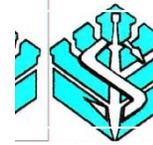
**Miembro del Jurado**

Nombre: Adonel Farías

C.I. 19701095

**Nota:**

1. Esta Acta debe ser consignada en la Dirección de Asuntos Estudiantiles de la Facultad de Ciencias de la Salud (Sede Carabobo), inmediatamente después de la constitución del Jurado y/o de tener un veredicto definitivo, debidamente firmada por los tres miembros, para agilizar los trámites correspondientes a la elaboración del Acta de Aprobación del Trabajo.
2. \*En caso de que el Trabajo sea reprobado, se debe anexar un informe explicativo, firmado por los tres miembros del Jurado.



## ACTA DE APROBACIÓN DE PROYECTO TRABAJO ESPECIAL DE GRADO

Los Miembros de la Comisión Coordinadora de la Especialización en: **Medicina Interna** hacen constar que han leído el Proyecto de Grado, presentado por la ciudadana **Belkis Gabriela Ramírez Torres** cédula de identidad N° **20.246.765**, para optar al título de ESPECIALISTA EN: **Medicina Interna**, cuyo título es: "ESTADO NUTRICIONAL DEL PACIENTE PLURIPATOLOGICO A TRAVES DEL CRIBADO DE RIESGO NUTRICIONAL Y VALORACIÓN GLOBAL SUBJETIVA EN EL SERVICIO DE MEDICINA INTERNA DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO "DR. ANGEL LARRALDE", y que el mismo está APROBADO ya que reúne los requisitos de factibilidad, originalidad e interés que plantea la línea de investigación: "**Autocuidado**", establecida por esta Especialidad. Igualmente, el mencionado Proyecto está enmarcado dentro de la normativa para la elaboración y presentación de los trabajos de grado para esta Especialización.

El profesor: **Dr. Gustavo Oviedo C.I. V-7.048.614**, aceptó la tutoría de éste trabajo.

En Valencia, a los 12 días del mes de junio del año 2020.

Comisión Coordinadora

Prof. 

Nombre: *Luis M. Pérez Carreño*  
C.I. *15.722.071*

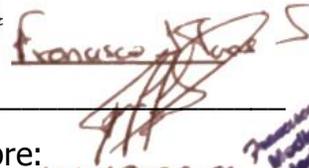
Dr. Luis M. Pérez - Carreño  
Medicina Interna  
C.I. 15.722.071  
M.P.P.S. 69.565 C.M. P. 566



Prof. \_\_\_\_\_

Nombre:

C.I.

Prof. 

Nombre:

C.I.

*Francisco J. Torres*  
*12448229*  
Medicina Interna  
M.P.P.S. 47089 C.I. 5-16  
PR. V-13482294

Sello

## ÍNDICE GENERAL

	<b>Pp.</b>
RESUMEN.....	VI
ABSTRACT.....	VII
INTRODUCCIÓN.....	8
MATERIALES Y MÉTODOS.....	12
RESULTADOS.....	15
DISCUSIÓN.....	21
CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.....	23
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	24
ANEXOS.....	26

## ÍNDICE DE TABLAS

	<b>Pp.</b>
<b>TABLA N° 1.</b> Distribución de la edad según el sexo	15
<b>TABLA N° 2.</b> Distribución del IMC.	15
<b>TABLA N° 3.</b> Distribución de la Valoración Global Subjetiva	16
<b>TABLA N° 4.</b> Riesgo nutricional según el Nutritional Risk Screening, 2002 (RNS)	16
<b>TABLA N° 5.</b> Distribución de la Edad según la Valoración Global Subjetiva (VGS)	17
<b>TABLA N° 6.</b> Distribución de la Edad según el Riesgo nutricional (Nutritional Risk Screening, 2002).	17
<b>TABLA N° 7.</b> Distribución del IMC según Sexo	18
<b>TABLA N° 8.</b> Distribución de la Valoración Global Subjetiva según Sexo	18
<b>TABLA N° 9.</b> Distribución del Riesgo nutricional (Nutritional Risk Screening 2002) según Sexo.	19
<b>TABLA N° 10.</b> Concordancia entre los métodos de tamizaje nutricional de Valoración Global Subjetiva y Nutritional Risk Screening 2002 en los pacientes evaluados	19
<b>TABLA N° 11.</b> Frecuencia de patologías diagnosticadas al ingreso en los pacientes evaluados	20



UNIVERSIDAD DE CARABOBO  
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD  
DIRECCIÓN DE POSTGRADO



PROGRAMA DE ESPECIALIZACIÓN EN MEDICINA INTERNA  
HOSPITAL UNIVERSITARIO “DR. ÁNGEL LARRALDE”  
“ESTADO NUTRICIONAL DEL PACIENTE PLURIPATOLOGICO A TRAVES  
DEL CRIBADO DE RIESGO NUTRICIONAL Y VALORACIÓN GLOBAL  
SUBJETIVA EN EL SERVICIO DE MEDICINA INTERNA DEL HOSPITAL  
UNIVERSITARIO “DR. ANGEL LARRALDE”

**Autor:** Dra. Belkis Gabriela Ramírez

**Tutor:** Dr. Gustavo Oviedo

**RESUMEN**

El paciente pluripatológico (PPP) está caracterizado por la coexistencia de dos o más enfermedades crónicas, definidas como «enfermedades que duran un año o más y que precisan asistencia médica continuada y/o limitan las actividades diarias. Muchos de estos pacientes disminuyen la ingesta de alimentos, lo que incrementa la morbimortalidad, contribuye con el deterioro funcional, pérdida de independencia y el riesgo de reingreso. El presente estudio, tiene como objetivo principal determinar el estado nutricional en pacientes pluripatológicos que ingresan en el Servicio de Medicina Interna del Hospital Universitario Dr. Ángel Larralde en el Estado Carabobo, Venezuela. Se clasificaron de acuerdo a la edad, sexo y patologías de ingreso, así mismo, el diagnóstico nutricional antropométrico de acuerdo al IMC. Así como el riesgo nutricional utilizando los métodos Valoración Global Subjetiva (VGS) y Nutritional Risk Screening 2002 (NRS-2002). En relación al diagnóstico nutricional antropométrico por IMC, se detectó un 30,9% de Desnutrición al ingreso y un 44,4 % de Normalidad. La VGS detectó el mayor porcentaje de desnutrición en los pacientes evaluados con un 56,8% mientras que el NRS un 30,9. Ambos métodos detectaron un 32,1 % de los pacientes bien nutridos. Los pacientes con edades comprendidas entre 70 y 90 años tuvieron mayor desnutrición o riesgo nutricional. Las principales patologías de ingreso fueron la enfermedad renal crónica, insuficiencia cardíaca, diabetes mellitus, y accidente cerebrovascular. Se concluye que es importante realizar una valoración nutricional del paciente al ingreso, previniendo así la aparición de las comorbilidades asociadas a la enfermedad y el deterioro nutricional.

**Palabras clave:** Pluripatologico, estado nutricional, diagnostico, desnutrición

**Línea de Investigación:** AUTOCUIDADO



**UNIVERSIDAD DE CARABOBO**  
**FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD**  
**DIRECCIÓN DE POSTGRADO**  
**PROGRAMA DE ESPECIALIZACIÓN EN MEDICINA INTERNA**  
**HOSPITAL UNIVERSITARIO “DR. ÁNGEL LARRALDE”**

**“NUTRITIONAL STATUS OF THE PLURIPATHOLOGICAL PATIENT  
THROUGH NUTRITIONAL RISK SCREENING AND SUBJECTIVE GLOBAL  
ASSESSMENT IN THE INTERNAL MEDICINE SERVICE OF THE UNIVERSITY  
HOSPITAL “DR. ANGEL LARRALDE”**

**Author:** Belkis Gabriela Ramírez

**Clinical Tutor:** Dr. Gustavo Oviedo

**ABSTRACT**

The multiple pathological patient is characterized by the coexistence of two or more chronic diseases, defined as “diseases that last a year or more and that require continuous medical care and / or limit daily activities. In general, in PPP, who are admitted to the hospital due to decompensation of their comorbidities, their nutritional status during the time of hospital admission in most cases worsens. Many of these patients decrease their food intake, which increases morbidity and mortality, contributes to functional deterioration, loss of independence and the risk of readmission. The main objective of the present study is to determine the nutritional status of multiple pathological patients admitted to the Internal Medicine Service of the Dr. Ángel Larralde University Hospital in Carabobo State, Venezuela. For this, patients must be classified according to age, sex and admission pathologies, likewise, the anthropometric nutritional diagnosis must be established in patients admitted to the Internal Medicine service according to BMI. Nutritional risk is classified using the Subjective Global Assessment (VGS) and Nutritional Risk Screening 2002 (NRS-2002) methods. In relation to the anthropometric nutritional diagnosis by BMI, a 30.9% Malnutrition was detected at admission and a 44.4% Normality. The Subjective Global Assessment (VGS) detected the highest percentage of malnutrition in the evaluated patients with 56.8%, while the Nutritional Risk Screening (NRS) a 30.9%. Both methods detected 32.1% of well-nourished patients.

**Keywords:** Pluripatological, nutritional status, diagnosis, malnutrition

**Reserch line:** AUTOCUIDADO

## INTRODUCCIÓN

La alta prevalencia de enfermedades crónicas está cambiando el perfil de los pacientes ingresados en los hospitales y originando un nuevo fenómeno, el creciente número de personas que presentan múltiples enfermedades asociadas, para ello se ha introducido un nuevo concepto que determina un subgrupo de pacientes crónicos con riesgo elevado: el paciente pluripatológico o paciente crónico complejo<sup>1</sup>.

Este paciente pluripatológico está caracterizado por la coexistencia de dos o más enfermedades crónicas, definidas como «enfermedades que duran un año o más y que precisan asistencia médica continuada y/o limitan las actividades diarias»<sup>2</sup>.

El paciente pluripatológico (PPP), se define como aquel sujeto, mayormente de edad avanzada, en quien coexisten varias enfermedades crónicamente sintomáticas y con frecuentes reagudizaciones, que actúan negativamente sobre su situación funcional y que generan una importante demanda en los diferentes niveles asistenciales<sup>3</sup>. Estos pacientes se agrupan según la coexistencia de las enfermedades crónicas en varias categorías clínicas, basadas en las necesidades asistenciales y la presencia de enfermedades crónicas, correspondientes a 2 o más de las categorías clínicas<sup>1</sup>. La agrupación de las enfermedades en categorías clínicas no trata de incluir los factores de riesgo más prevalentes, sino el daño sobre el órgano diana y la repercusión funcional que éste genera.

Es importante destacar que cuando se habla de un PPP, no se habla de la presencia de cualquier comorbilidad, si no de pacientes que el sistema sanitario no cura, que persisten en el tiempo y con tendencia a un posible deterioro, generando disminución gradual de la autonomía y capacidad funcional<sup>4</sup>.

Así mismo concurre en un aumento de la mortalidad y deterioro cognitivo. También se incluyen en este grupo, pacientes que a pesar de múltiples comorbilidades, se encuentran activos pero con un gran riesgo de deterioro y progresión de fragilidad. En este sentido se

establece que los pacientes con varias enfermedades asociadas tienen un mayor riesgo nutricional, especialmente si necesitan una hospitalización por alguna de sus patologías<sup>5</sup>.

Por lo general en el PPP, que ingresa en el hospital por descompensación de sus comorbilidades, su estado nutricional durante el tiempo de ingreso hospitalario en la mayoría de los casos empeora. Muchos de estos pacientes disminuyen la ingesta de alimentos, lo que incrementa la morbimortalidad, contribuye con el deterioro funcional, pérdida de independencia y el riesgo de reingreso.

En un estudio realizado por Ollero en más de 2.000 pacientes, demostró que el tratamiento nutricional adecuado e intensivo, comparado con los cuidados nutricionales habituales, reduce un 31% la probabilidad de mortalidad por todas las causas, ingreso en cuidados intensivos, reingreso hospitalario, complicaciones mayores y disminución del estado funcional a los 30 días. Además, la mortalidad a 30 días se redujo un 35%<sup>5</sup>.

Es así como en la alimentación del PPP intervienen varios factores importantes, en donde se destaca la falta de un plan nutricional acorde a la comorbilidad asociada y a las condiciones del paciente, donde influye la vía de administración de los alimentos, bien sea oral o enteral, la cual dependerá de su capacidad de deglución o de masticación. Así mismo los factores de dependencia y fragilidad, donde el paciente no cuenta con personal para su cuidado o para la preparación y/o administración de las comidas, además de una precaria situación económica, que limita la compra de los alimentos o suplementos nutricionales necesarios para un régimen nutricional adecuado a sus requerimientos energéticos.

En otro orden de ideas, en el PPP se ve afectada la nutrición cuando se asocia la poli medicación y el nivel socio cultural de la persona. En Suramérica coexisten políticas sanitarias deficientes, en donde el tratamiento farmacológico y la alimentación se ven afectados mayormente por el ingreso económico de las familias, fundamental para la obtención de una alimentación acorde a los requerimientos nutricionales del paciente. Venezuela no se escapa de esta realidad, donde la hiperinflación y la baja remuneración, son factores determinantes para el adecuado cumplimiento de las indicaciones médicas y

alimentarias, ocasionando en muchos casos, el abandono tanto del tratamiento farmacológico como nutricional<sup>6</sup>.

La prevalencia de malnutrición en los pacientes pluripatológicos hospitalizados es alta, aunque son escasos los estudios que hacen referencia al estado nutricional durante el ingreso a pesar de su influencia sobre la morbi-mortalidad hospitalaria, según un estudio realizado en un Hospital Comarcal de la Provincia de Huelva en España, se determinó un 25 % de riesgo de desnutrición en los PPP durante el ingreso hospitalario, esto a través del cribado bioquímico (conut), valorando si existe una asociación entre el grado de desnutrición durante el ingreso hospitalario y la mortalidad o reingreso<sup>7</sup>.

La detección oportuna de la desnutrición debe ser prioritaria al ingreso hospitalario, así como en toda la permanencia hospitalaria. “En la práctica clínica no existen suficientes recursos, tanto humanos como materiales, para poder evaluar el estado nutricional de todos los pacientes ingresados, por lo que se recomienda el empleo de herramientas de tamizaje para detectar precozmente a los pacientes desnutridos o en riesgo de desnutrición”. En la actualidad se cuenta con varias herramientas de tamizaje nutricional que ayudan a predecir con anticipación si un paciente está en riesgo de desarrollar desnutrición y llegar a comprometer su estado de salud actual<sup>8</sup>.

El Comité de Expertos de ESPEN define algunos componentes fundamentales que se tienen presentes en cada herramienta tamizajes nutricional: el índice de masa corporal; la pérdida de peso reciente involuntario; la reducción de la ingesta y la gravedad de la enfermedad. Las herramientas oro de tamizaje nutricional que identifica la ESPEN son el Nutrition Risk Screening (NRS 2002) recomendando su utilización en el ámbito hospitalario. El Malnutrition Universal Screening Tool (MUST) de uso predominante en el ámbito comunitario y el Mini Nutritional Assessment (MNA) de utilización en población geriátrica. La ASPEN, por su parte, apuesta por Valoración Global Subjetiva (VGS) y el Malnutrition Screening Tool (MST)<sup>9</sup>.

En nuestro país no se tienen estudios sobre los PPP y mucho menos sobre su condición nutricional, por tal motivo se realiza el presente estudio, el cual tiene como objetivo general determinar el estado nutricional en pacientes pluripatológicos que ingresan en el Servicio de Medicina Interna del Hospital Universitario Dr. Ángel Larralde en el Estado Carabobo, Venezuela.

Entre los objetivos específicos se tiene:

- Clasificar a los pacientes de acuerdo a la edad, sexo y patologías de ingreso.
- Determinar el diagnóstico nutricional antropométrico en los pacientes ingresados al servicio de medicina interna de acuerdo al IMC.
- Clasificar el riesgo nutricional de acuerdo a los métodos Valoración Global Subjetiva y Nutritional Risk Screening 2002.
- Clasificar el riesgo nutricional en función de los resultados de cada instrumento utilizado de acuerdo a la edad y sexo (VGS y NRS-2002).
- Determinar la concordancia diagnóstica entre los métodos de Valoración Global Subjetiva y Nutritional Risk Screening 2002 en los pacientes evaluados.

## MATERIALES Y MÉTODOS

La presente investigación se ubicó en un estudio de campo descriptivo, correlacional, de corte transversal. Donde se describen una serie de variables que serán estudiadas en un solo momento, para luego buscar asociaciones.

La población general está constituida por doscientos veinte 220 pacientes institucionalizados en el Servicio de Medicina Interna del IVSS Hospital Universitario “Dr. Ángel Larralde”. La muestra estuvo comprendida por 81 pacientes. Para seleccionarla se utilizó un muestreo no probabilístico intencional según los siguientes criterios de inclusión: Edad mayor o igual a 18 años, institucionalizado en el Servicio de Medicina Interna del IVSS Hospital Universitario “Dr. Ángel Larralde” entre los meses de Febrero-Junio 2020, teniendo en cuenta como criterio de inclusión paciente pluripatológico, es decir aquellos con dos o más enfermedades crónicas, definidas como enfermedades que duran un año o más y que precisan asistencia médica continuada y/o limitan las actividades diarias.

Entre las Variables en estudio se encuentran: Edad, Sexo, Peso Actual y Peso Habitual, Talla, IMC, Patología de ingreso, Riesgo de desnutrición, Diagnóstico nutricional antropométrico.

Los datos se obtuvieron de la historia clínica y entrevista personal con el paciente o un familiar próximo. Se midió el peso (kg) y la talla (cm). En la entrevista personal se realizó la recopilación de datos sobre cambios en el peso en los últimos meses, reducción o modificación de la ingesta dietética en las últimas semanas previas al ingreso, peso habitual. Así como también se realizó una exploración física donde se observó si el paciente presentaba una pérdida de tejido adiposo o masa muscular, presencia de edemas, ascitis, lesiones en mucosa, o una deficiencia nutricional mediante la observación de pérdida de cabello o lesiones en piel.

**Índice de Masa Corporal (IMC):** Se determinó al dividir Peso (kg) entre la Talla ( $m^2$ ).

**Porcentaje de pérdida de peso:** % de cambio de peso =  $P.H. - P.A. \times 100$

( P.H. = Peso habitual en Kilogramos, P.A. = Peso actual en Kilogramos)

### **Tamizaje Nutritional Risk Screening (NRS-2002)**

Este método consta en dos etapas. En la primera etapa se realizan 4 preguntas sencillas donde la respuesta puede ser afirmativa o negativa, En la primera pregunta se confirma si la existencia del índice de masa corporal (IMC) es menor a 20,5 kg/ m<sup>2</sup>, en la segunda se cuestiona si ha perdido peso en los últimos 3 meses, en la tercera se cuestiona si hay reducción de su ingesta alimentaria en la última semana y para la cuarta pregunta se observa si existe la presencia de una enfermedad grave. Sólo ante la respuesta positiva de alguno de los interrogantes se realiza el screening completo.

Entonces se valora el porcentaje de pérdida de peso en un determinado tiempo, la reducción de la ingesta energética, la severidad de la enfermedad y la edad del paciente. A partir de todo el tamizaje y con los datos obtenidos se establece un puntaje que clasifica al individuo en riesgo nutricional cuando alcanza o supera los 3 puntos. Se considera sin riesgo nutricional al paciente que responde en forma negativa a las preguntas de la primera etapa o si la evaluación posterior determina valores menores o iguales a 2.<sup>10</sup> El formato se presenta en el apartado de Anexos.

### **Tamizaje de Valoración Global Subjetiva**

La Valoración Global Subjetiva (por sus siglas en inglés, Subjective Global Assessment, SGA) es una herramienta de tamizaje desarrollada por Detsky et al, en 1987, en el Hospital General de Toronto, que permite realizar uno de los siguientes diagnósticos nutricionales: categoría A (paciente Bien nutrido), categoría B (Paciente en sospecha o desnutrición moderada o en riesgo de desnutrición), categoría C (desnutrición severa) que se identifican a través de la historia clínica y la exploración física.

La historia clínica cuenta con 5 elementos en forma de pregunta hecha al paciente en donde se destaca; la pérdida ponderal durante los seis meses previos a la hospitalización. Si es menor del 5% se considera “leve”, entre 5 y 10% como, “potencialmente significativa”, y

mayor de 10% como “definitivamente significativo”. También se toma en cuenta la velocidad y el patrón con que ocurre.

Así mismo la ingesta de nutrientes actual, en comparación con la dieta habitual del paciente. Los enfermos se clasifican con ingesta normal o anormal, y se evalúa también la duración y grado de consumo anormal. La presencia de síntomas gastrointestinales significativos, como anorexia, náuseas, vómitos o diarrea. Se consideran significativos si ocurren a diario por más de dos semanas. Por último son la capacidad funcional o gasto energético del paciente, así como las demandas metabólicas relativas a la condición patológica del paciente, respectivamente.

La Exploración física: se evalúa pérdida de grasa subcutánea (tríceps, tórax), pérdida de masa muscular (cuádriceps, deltoides), edema (tobillo, sacro) y ascitis. De lo anterior, la exploración física se califica como: normal, leve, moderada o grave.

Obteniendo los resultados de la historia clínica y la exploración física, se clasificó el estado nutricional del paciente en una de las tres categorías (A, B, y C) que se enlistan a continuación:

A. Pacientes con un estado nutricional adecuado (bien nutrido).

B. Sospecha o desnutrición moderada (pérdida de peso 5-10% en seis meses, reducción de ingesta en dos semanas y pérdida de tejido subcutáneo).

C. Pacientes que presentan desnutrición severa (pérdida de peso mayor del 10% en seis meses, con edema y pérdida severa de tejido subcutáneo y muscular).

El formato se presenta en el apartado de Anexos

## RESULTADOS

Un total de 81 pacientes fueron evaluados, 50,6% masculinos y 49,4% femeninos sin diferencias estadísticamente significativas ( $Z=0,16$ ;  $p= 0,4376 > 0,05$ ). El rango de edad fue de 32 a 90 años, con un promedio de 63,46 años y una desviación estándar de 14,87 años. El mayor número de pacientes tenía una edad entre 50 a 69 años de edad. Con resultados muy similares de acuerdo al sexo, solo que en el grupo de 70 a 90 años fue un mayor número de pacientes femeninos y en el de 50 a 69 años masculinos. (TABLA N° 1)

**TABLA N° 1**

Distribución de la edad según el sexo.

Edad(años)	MASCULINO		FEMENINO		TOTAL
	f	%	f	%	
30 - 49	7	8,6	6	7,4	13
50 - 69	26	32,1	15	18,5	41
70 - 90	8	9,9	19	23,5	27
<b>TOTAL</b>	<b>41</b>	<b>50,6</b>	<b>40</b>	<b>49,4</b>	<b>81</b>

**Fuente:**

$\mu=63,46\pm 14,87$  años

En relación al IMC, el mayor porcentaje se ubicó en la categoría Normal con 44,4%, seguida de la Desnutrición (30,9%). (TABLA N° 2)

**TABLA N° 2**

Distribución del IMC.

IMC	f	%
Desnutrición	25	30,9
Normal	<b>36</b>	<b>44,4</b>
Sobrepeso	6	7,4
Obesidad	14	17,3
<b>TOTAL</b>	<b>81</b>	<b>100</b>

**Fuente:** Datos propios de la investigación (Ramírez, 2020).

En cuanto a la Valoración Global subjetiva, el 56,8% presentaba déficit nutricional durante la hospitalización. (TABLA N° 3)

**TABLA N° 3**

Distribución de la Valoración Global Subjetiva

<b>VGS</b>	<b>F</b>	<b>%</b>
Bien Nutrido	26	32,1
Riesgo de Desnutrición	9	11,1
Desnutrición Severa	<b>46</b>	<b>56,8</b>
<b>TOTAL</b>	81	100

**Fuente:** Datos propios de la investigación (Ramírez, 2020).

Según el Nutritional Risk Screening el 30,9% de los casos presentó riesgo nutricional. (TABLA N° 4)

**TABLA N° 4**

Riesgo nutricional según el Nutritional Risk Screening, 2002 (RNS)

<b>RNS</b>	<b>f</b>	<b>%</b>
0	26	32,1
1	3	3,7
2	27	33,3
3	25	30,9
<b>TOTAL</b>	81	100

**Fuente:** Datos propios de la investigación (Ramírez, 2020).

Al analizar la Valoración Global Subjetiva de acuerdo a los grupos de edades, el 70,4 % de los pacientes entre 70 y 90 años tuvieron desnutrición severa, seguido por el grupo de 30 a 49 años con 53,8 %. (TABLA N° 5)

**TABLA N° 5**  
Distribución de la Edad según la Valoración Global Subjetiva (VGS)

Edad (años)	VGS						TOTAL
	Bien Nutrido		Riesgo de Desnutrición		Desnutrición Severa		
	f	%	f	%	F	%	
30 - 49	4	30,7	2	15,4	7	53,8	13
50 - 69	16	39,1	5	12,2	20	48,8	41
70 - 90	6	22,2	2	7,4	19	70,4	27
<b>TOTAL</b>	<b>26</b>	<b>32,1</b>	<b>9</b>	<b>11,1</b>	<b>46</b>	<b>56,8</b>	<b>81</b>

**Fuente:** Datos propios de la investigación (Ramírez, 2020).

Cuando se distribuyeron los datos del riesgo nutricional (NRS) según la edad, el 48,2 % de los pacientes entre 70 y 90 años tuvieron riesgo de desnutrición, seguidos por los de 50 a 69 años con 24,4 %. (TABLA N° 6)

**TABLA N° 6**

Distribución de la Edad según el Riesgo nutricional (Nutritional Risk Screening, 2002).

Edad(años)	Nutritional Risk Screening, 2002								TOTAL
	0		1		2		3		
	f	%	f	%	f	%	f	%	
30 – 49	4	30,7	2	15,4	5	38,5	2	15,4	13
50 – 69	18	43,9	1	2,4	12	29,3	10	24,4	41
70 – 90	4	14,8	0	0	10	37,0	13	48,2	27
<b>TOTAL</b>	<b>26</b>	<b>32</b>	<b>3</b>	<b>3,6</b>	<b>27</b>	<b>33,2</b>	<b>25</b>	<b>30,7</b>	<b>81</b>

**Fuente:** Datos propios de la investigación (Ramírez, 2020).

Cuando se asociaron el IMC con el Sexo, se encontró que el 18,5% de los hombres y el 12,4 % de las pacientes femeninas tenían desnutrición. (TABLA N° 7)

**TABLA N° 7**

Distribución del IMC según Sexo

IMC	SEXO				TOTAL
	MASCULINO		FEMENINO		
	f	%	f	%	
Desnutrición	15	18,5	10	12,4	25
Normal	11	13,6	25	30,9	36
Sobrepeso	5	6,1	1	1,2	6
Obesidad	10	12,4	4	4,9	14
<b>TOTAL</b>	<b>41</b>	<b>50,6</b>	<b>40</b>	<b>49,4</b>	<b>81</b>

**Fuente:** Datos propios de la investigación (Ramírez, 2020).

En relación al sexo y la VSG, el 27,2 % de los pacientes masculinos y el 29,6% de los femeninos, tenían algún tipo de desnutrición. (TABLA N° 8)

**TABLA N° 8**

Distribución de la Valoración Global Subjetiva según Sexo

VGS	SEXO				TOTAL
	MASCULINO		FEMENINO		
	F	%	f	%	
Bien Nutrido	15	18,5	11	13,6	26
Riesgo de Desnutrición	4	4,9	5	6,2	9
Desnutrición Severa	22	27,2	24	29,6	46
<b>TOTAL</b>	<b>41</b>	<b>50,6</b>	<b>40</b>	<b>49,4</b>	<b>81</b>

**Fuente:** Datos propios de la investigación (Ramírez, 2020).

Al distribuir el NRS (Nutritional Risk Screening 2002) según el Sexo, 18,5% de las mujeres presentaron riesgo nutricional, mientras que los masculinos 12,3%. (TABLA N° 9)

**TABLA N° 9**

Distribución del Riesgo nutricional (Nutritional Risk Screening 2002) según Sexo.

NRS	SEXO				TOTAL
	MASCULINO		FEMENINO		
	f	%	f	%	
0	14	17,3	12	14,8	26
1	2	2,5	1	1,2	3
2	15	18,5	12	14,8	27
3	10	12,3	15	18,5	25
<b>TOTAL</b>	41	50,6	40	49,4	81

**Fuente:** Datos propios de la investigación (Ramírez, 2020).

Se encontró una concordancia diagnóstica aceptable entre los métodos de Valoración Global Subjetiva y Nutritional Risk Screening 2002 en los pacientes evaluados, ya que el coeficiente Kappa fue de 0,305 según la escala de Landis y Koch, (0,21 - 0,40). (TABLA N° 10).

**TABLA N° 10**

Concordancia entre los métodos de tamizaje nutricional de Valoración Global Subjetiva y Nutritional Risk Screening 2002 en los pacientes evaluados

**Concordancia en las herramientas DG NRS \* DG VGS**

		DG NRS		Total
		Normal	Desnutrición	
DG VGS	Normal	25	1	26
	Desnutrición	31	24	55
Total		56	25	81

Coefficiente Kappa: 0,305

Las patologías más frecuentes diagnosticadas al ingreso fueron la enfermedad renal crónica, la insuficiencia cardíaca, la diabetes mellitus y el accidente cerebrovascular, las cuales estuvieron presentes en la mitad de los pacientes. (TABLA N° 11).

**TABLA N° 11**

Frecuencia de patologías diagnosticadas al ingreso en los pacientes evaluados

PATOLOGÍA	f	%
ENFERMEDAD RENAL CRONICA	42	51,8
INSUFICIENCIA CARDIACA	40	49,4
DIABETES MELLITUS	39	48,1
ACCIDENTE CEREBROVASCULAR	38	46,9
CARDIOPATIA ISQUEMICA	19	23,4
EPOC	10	12,3
NEOPLASIA SOLIDA	9	11,1
HEPATOPATIA CRONICA	5	6,2
ENFERMEDAD AUTOINMUNE	4	4,9
ENFERMEDAD OSTEOARTICULAR	2	2,4

**Fuente:** Datos propios de la investigación (Ramírez, 2020).

## DISCUSIÓN

Por definición el paciente pluripatológico es aquel que tiene dos o más patologías crónicas, con una edad avanzada, en esta investigación hubo un promedio de edad de 63,46 años y una desviación estándar de +/- 14.87, cumpliendo claramente con esta premisa.

En cuanto al sexo no hubo diferencia significativa, ya que la muestra estuvo repartida casi al 50 % para cada género. Sin embargo en el grupo de 70 a 90 años fue un mayor número de pacientes femeninos y en el de 50 a 69 años masculinos. Estos resultados pueden explicarse debido a que la expectativa de vida en Venezuela es mayor para el sexo femenino con respecto al masculino, según datos reportados por el Instituto Nacional de Estadística de Venezuela<sup>11</sup>.

La desnutrición hospitalaria es considerada un problema de salud pública en todo el mundo, tanto en los países subdesarrollados como en los desarrollados, al igual que en hospitales públicos y privados. En Europa tras una revisión de varios estudios, Correia y col, encontraron mayor evidencia proveniente de Europa, con una prevalencia de desnutrición en un rango de 20% y 30%, que alcanza hasta un 58 % en los adultos mayores<sup>12</sup>. Los estudios realizados en Asia, sitúan las cifras de prevalencia entre 27% y 39%, sobre todo en adultos mayores donde llega hasta un 88%. En la presente investigación se detectó un 30,9% de Desnutrición al ingreso por IMC. Sin embargo, la esencia del presente estudio es detectar a tiempo el Potencial Riesgo de desnutrición de un paciente hospitalizado a pesar de encontrarse normal o con sobrepeso.

Al realizarse la Valoración Global Subjetiva (VGS) se detectó un 56,8% de desnutrición y 11,1 % de riesgo, lo cual significa que el 67,9% de los pacientes presentan algún déficit nutricional, aunque tengan un peso normal o incluso con sobrepeso u obesidad. Por su parte el Nutritional Risk Screening (NRS) detectó un 30,9 de pacientes con desnutrición, resultado exactamente igual al arrojado por el IMC, pero un 32,1% de pacientes aparentemente estaban bien nutridos; sin embargo, un 33,3% de los pacientes presenta

algunos elementos durante la evaluación que pudieran llevarlo a la desnutrición, por tanto deben ser reevaluados periódicamente.

Al comparar con otros estudios en un estudio realizado por Pulido Mora en el 2012 en un Hospital de Bogotá, Colombia, encontró hasta un 55,2 % de desnutrición por VGS, mientras que por NRS encontró un 41,5% <sup>13</sup>. En otros estudios como el de Rodríguez Bugueiro y Col realizado en un Hospital Argentino, la prevalencia de desnutrición fue de 27,6 % por VGS <sup>14</sup>. Igualmente en México Pérez-Flores y Col, reportan un 25,2 % de desnutrición por VGS<sup>15</sup>.

Al analizar la Valoración Global Subjetiva de acuerdo a los grupos de edades, el 70,4 % de los pacientes entre 70 y 90 años tuvieron desnutrición severa, seguido por el grupo de 30 a 49 años con 53,8 %. Lo cual también coincidió con los resultados del (NRS), donde el 48,2 % de los pacientes entre 70 y 90 años tuvieron riesgo de desnutrición, seguidos por los de 50 a 69 años con 24,4 %, aunque en menor cuantía. (TABLA N° 5 y 6).

En relación al sexo al asociarlo con el IMC, se encontró que el 18,5% de los hombres y el 12,4 % de las pacientes femeninas tenían desnutrición al ingreso de la hospitalización. (TABLA N° 7). Por el método de la VSG, el 27,2 % de los pacientes masculinos y el 29,6% de los femeninos, tenían algún tipo de desnutrición. (TABLA N° 8). Mientras que por el NRS el 18,5% de las mujeres presentaron riesgo nutricional y los masculinos 12,3%. (TABLA N° 9). De lo anterior puede deducirse que por ambos métodos se encontró mayor riesgo nutricional en el sexo femenino con respecto al masculino pero sin diferencias significativas. Con respecto al sexo, en las investigaciones de Pulido Mora y Rodríguez Bugueiro y, el mayor porcentaje de pacientes hospitalizados eran masculinos<sup>13, 14</sup>.

Se encontró una concordancia diagnóstica aceptable entre los métodos de Valoración Global Subjetiva y Nutritional Risk Screening 2002 en los pacientes evaluados, con un coeficiente Kappa fue de 0,305. Por lo cual se recomiendan ambos métodos.

Las principales patologías de ingreso fueron la enfermedad renal crónica, la insuficiencia cardíaca, la diabetes mellitus y accidente cerebrovascular. Las cuales son propias del paciente con avanzada edad con un compromiso del área vascular y renal. Dichos resultados coinciden con la investigación realizada por Navarro y Col. en España, donde la Diabetes Mellitus, la afección cardiovascular y la insuficiencia renal son las patologías más frecuentes<sup>16</sup>.

Considerando que el estado nutricional es fundamental para el pronóstico y la evolución satisfactoria del paciente hospitalizado, se concluye que es importante realizar a los pacientes ingresados en cualquier servicio una valoración nutricional al ingreso, previniendo así la aparición de las comorbilidades asociadas a la enfermedad y por consiguiente contribuir a la mejoría del paciente.

## CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

- 1) En relación al diagnóstico nutricional antropométrico por IMC, se detectó un 30,9% de Desnutrición al ingreso y un 44,4 % de Normalidad.
- 2) La Valoración Global Subjetiva (VGS) detectó el mayor porcentaje de desnutrición en los pacientes evaluados con un 56,8% mientras que el Nutritional Risk Screening (NRS) un 30,9. Ambos métodos detectaron un 32,1 % de los pacientes bien nutridos.
- 3) Los pacientes con edades comprendidas entre 70 y 90 años tuvieron mayor desnutrición o riesgo nutricional, lo cual fue detectado por ambos métodos, siendo más efectivo La Valoración Global Subjetiva (70,4 %) que el Nutritional Risk Screening (48,2 %).
- 4) En el presente estudio la Valoración Global Subjetiva fue el método que detectó mayor número de casos con desnutrición o riesgo, por lo cual pudiera ser incorporado como un método para realizar la evaluación inicial del paciente, e identificar tempranamente si un individuo está desnutrido o está en riesgo de presentar una desnutrición durante la hospitalización.
- 5) También es importante hacer hincapié al personal médico, enfermeras y nutricionistas de realizar la valoración nutricional de manera rutinaria incorporando el peso actual del paciente, ya que en algunos casos no se valora el peso ni es tomado en cuenta durante su hospitalización.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Ollero M, Álvarez TM, Barón FB, Bernabeu M, Codina A, Fernández A, et al. Proceso Asistencial Integrado. Atención al Paciente Pluripatológico. 2ª Ed. Sevilla: Consejería de Salud. Junta de Andalucía 2017. Disponible en: <http://www.juntadeandalucia.es/salud/servicios/contenidos/procesos/docs/pluri.pdf>
2. Wharshaw G. Introduction: Advances and challenges in care of older people with chronic illness. Generations. 2006.
3. Unidad de Hospitalización Domiciliaria, Hospital Universitario Marqués de Valdecilla, Santander, España. El paciente pluripatológico en el ámbito hospitalario. Barcelona mar./abr. 2008.
4. Ollero Baturone Manuel. La medicina Interna ante la comorbilidad y el paciente pluripatológico. Hospital Universitario Virgen del Rocío de Sevilla España. Octubre del 2011.
5. Sociedad Española de Nutrición y Metabolismo. adecuado y precoz tratamiento nutricional en pacientes pluripatológicos. Barcelona 2019.
6. EL SEVIER revista clinica española. Pluripatología, polifarmacia, complejidad terapéutica y uso adecuado de la medicación. España 2017.
7. OPIMEC. Estado nutricional de pacientes pluripatológicos en un hospital comarcal. España 2014.
8. (Chivu E. C., Artero-Fullana, A., Alfonso-García, A. & Sánchez- Juan, C. detención de desnutrición en el medio hospitalario, Madrid 2016).
9. (Álvarez-Hernández, J., Cribado nutricional en la asistencia sanitaria, una necesidad ineludible, Hospital Universitario Príncipe de Asturias, Universidad de Alcalá, Alcalá de Henares, Madrid, España 2018)
10. Bloise, M. C., Manosperta, M., Glejzer, M., Furlong, M., Perez, V., Torreira, M. C., y Weschler, C. Determinación del riesgo nutricional en pacientes hospitalizados en el HIGA Eva Perón, San Martín, Argentina, 2016).
11. Instituto Nacional de Estadística. Venezuela. Proyección de la población, según la Esperanza de vida al nacer por sexo, según año, 2000-2050.

12. Correia MITD, Perman MI, Waitzberg DL. Hospital malnutrition in Latin America: A systematic review. *Clin Nutr.*
13. Pulido Mora, L. Prevalencia del riesgo nutricional mediante valoración global subjetiva y score de riesgo nutricional, en adultos hospitalizados en las unidades de medicina interna. Bachelor's thesis, Facultad de Ciencias. 2012.
14. Rodriguez Bugeiro J, Lacquaniti N, Merkel MC, Villagra A. Política nutricional activa en la implementación del soporte nutricional hospitalario; resultados de un estudio observacional. *Nutr Hosp.* 2014.
15. Pérez Flores JE, Chávez-Tostado M, Larios-del-Toro YE, García-Rentería J, Rendón Félix J, Salazar-Parra M et al. Evaluación del estado nutricional al ingreso hospitalario y su asociación con la morbilidad y mortalidad en pacientes mexicanos. Mexico 2016.
16. Navarro Sanz R, Juez Martel P, Sanchis-Bayarri V, Castellano Vela E. Factores pronósticos en pacientes pluripatológicos de edad avanzada en un hospital de asistencia a crónicos de media y larga estancia (HACMLE) *An. Med. Interna (Madrid)* vol.23 no.11 nov. 2006.

## INSTRUMENTO

### Cribado de riesgo nutricional Nutritional Risk Screening (NRS), 2002

N° de Registro \_\_\_\_\_ Fecha de ingreso: \_\_\_\_\_ Fecha de encuesta: \_\_\_\_\_ Habitación \_\_\_\_\_

Nombre del Paciente: \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_ Sexo: \_\_\_\_\_

**(Patologías al Ingreso):**

Insuficiencia cardíaca ( )	Cardiopatía isquémica ( )	Vasculitis y enfermedades autoinmunes sistémicas ( )	Enfermedad renal crónica ( )	Enfermedad respiratoria crónica ( )	Enfermedad inflamatoria intestinal ( )
Hepatopatía crónica ( )	Ataque cerebrovascular ( )	Enfermedad neurológica con déficit motor ( )	Arteriopatía periférica sintomática ( )	Diabetes mellitus ( )	Anemia crónica por pérdidas digestivas ( )
Neoplasia sólida o hematológica ( )	Enfermedad osteoarticular ( )				

Peso actual: \_\_\_\_\_ Peso habitual \_\_\_\_\_ % de pérdida de peso: \_\_\_\_\_ Talla: \_\_\_\_\_  
 IMC: \_\_\_\_\_

En la NRS evaluación inicial se realiza 4 preguntas, si una de las respuestas es afirmativa se debe aplicar el NRS evaluación final. si la respuesta es no a todas las preguntas, el paciente será reevaluado semanalmente

NRS EVALUACIÓN INICIAL	Sí	No
¿Es el índice de masa corporal (IMC) < 20,5?		
¿Ha perdido el paciente peso en los últimos 3 meses?		
¿Ha reducido el paciente su ingesta en la última semana?		
¿Está el paciente gravemente enfermo? (p. ej., en cuidados intensivos)		
<b>NRS EVALUACIÓN FINAL</b>		

Alteración del estado nutricional		Gravedad de la enfermedad	
Ausente Puntos: 0	Estado nutricional normal	Ausente Puntos: 0	Requerimientos nutricionales normales
Leve Puntos: 1	Pérdida de peso > 5% en 3 meses o ingesta < 50-75% de requerimientos en semana previa	Leve Puntos: 1	Fractura de cadera, pacientes crónicos con complicaciones agudas (cirrosis, EPOC, hemodiálisis, diabetes, oncología)
Moderada Puntos: 2	Pérdida de peso > 5% en 2 meses o IMC = 18,5-20,5 + alteración de estado general o ingesta 25-60% de requerimientos en semana previa	Moderada Puntos: 2	Cirugía mayor abdominal, ICTUS, neumonía grave, tumor hematológico
Grave Puntos: 3	Pérdida de peso > 5% en 1 mes (> 15% en 3 meses) o IMC < 18,5 + alteración de estado general o ingesta 0-25% de requerimientos en semana previa	Grave Puntos: 3	Lesión craneal, TMO, pacientes en UCI (APACHE > 10)
<b>PUNTOS:</b>		<b>PUNTOS :</b>	
Edad: si $\geq 70$ años agregar 1 punto total		<b>= PUNTOS TOTALES</b>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Puntuación <math>\geq 3</math>:</b> el paciente está en riesgo nutricional y se iniciará un plan nutricional</li> <li>• <b>Puntuación &lt; 3:</b> reevaluación semanal del paciente</li> </ul> <p style="text-align: center;"><b>(IMSS,2013)</b></p>			

### VALORACIÓN NUTRICIONAL GLOBAL SUBJETIVA

<b>PÉRDIDA DE PESO</b>	<b>CAMBIO EN LA INGESTA</b> (Previo a la hospitalización)	<b>SÍNTOMAS GASTROINTESTINALES PERSISTENTES POR 2 SEMANAS O MÁS</b>
------------------------	--	---

<p><b>Perdió pesos en los Últimos 6 mes?</b></p> <p>Sí / No</p> <p>___ kg. ___%</p> <p><b>pierde peso en las últimas 2 semanas</b></p> <p>Sí / No</p> <p>___ kg. ___%</p> <p>PH-PA*100/PH Kilos perdidos X 100/ peso Habitual</p>	<p>___ Sin Cambios</p> <p>___ Con Cambios</p> <p><b>Tipo de Dieta</b></p> <p>Si el paciente tiene más de 1 semana de hospitalización anota</p> <p>___ Sólida incompleta</p> <p>___ Líquida completa "o" papilla</p> <p>___ Líquida hipocalórica</p> <p>___ Ayuno</p>	<p>___ Ninguno</p> <p>___ Náuseas (Que limita la alimentación)</p> <p>___ Diarrea (Que limita la alimentación)</p> <p>___ Vómito (o Fístula de alto gasto)</p> <p>___ Anorexia (Ingesta &lt;50% del alimento)</p>
<p><b>DISMINUCIÓN DE LA CAPACIDAD FUNCIONAL</b> (Previo a la hospitalización)</p>	<p><b>AUMENTO DE LA DEMANDA METABÓLICA POR LA ENFERMEDAD</b></p>	<p><b>EXAMEN FÍSICO</b></p>
<p>___ Ninguno</p> <p><b>Tipo de disfunción</b></p> <p>Si el paciente tiene más de 1 semana de hospitalización considerar el tipo de disfunción.</p> <p>___ Del trabajo normal</p> <p>___ Ambulatorio</p> <p>___ En cama</p>	<p>___ Sin estrés</p> <p>___ Estrés Moderado</p> <p>___ Estrés Severo</p>	<p>___ Pérdida de grasa subcutánea</p> <p>___ Atrofia muscular</p> <p>___ Edema tobillos</p> <p>___ Edema sacro</p> <p>___ Ascitis</p> <p><b>Especifique:</b></p> <p>0 = Normal</p> <p>1+ = Leve</p> <p>2+ = Moderada</p> <p>3+ = Intensa</p>

**DIAGNÓSTICO CONCLUSIÓN DE LA EVALUACIÓN GLOBAL SUBJETIVA**

\_\_\_\_\_ **Bien nutrido**

\_\_\_\_\_ **Desnutrición moderada o en riesgo**

( Pérdida de peso 5-10% en 6 meses, reducción de ingesta en 2 semanas y pérdida de tejido subcutáneo)

\_\_\_\_\_ **Desnutrición Severa**

(Pérdida de peso >10% en 6 meses, con edema y pérdida severa de tejido subcutáneo y muscular)

**Federación Latinoamericana de Terapia Nutricional, Nutrición Clínica y  
Metabolismo 2008**