



**UNIVERSIDAD DE CARABOBO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
DIRECCIÓN DE POSTGRADO
POSTGRADO EN CIRUGÍA GENERAL
HOSPITAL UNIVERSITARIO DR. ÁNGEL LARRALDE**



**VALORACIÓN GLOBAL SUBJETIVA ANTES Y
DESPUÉS DEL ACTO QUIRÚRGICO**

**Autor:
Luis Fernando Oliveros**

Bárbula, Diciembre 2021



**UNIVERSIDAD DE CARABOBO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
DIRECCIÓN DE POSTGRADO
POSTGRADO EN CIRUGÍA GENERAL
HOSPITAL UNIVERSITARIO DR. ÁNGEL LARRALDE**



**VALORACIÓN GLOBAL SUBJETIVA ANTES Y
DESPUÉS DEL ACTO QUIRÚRGICO**

Trabajo Especial de Grado presentado ante el Área de Estudios de Postgrado de la Universidad de Carabobo como requisito para optar al Título de: Especialista en Cirugía General

Autor:

Luis Fernando Oliveros
C. I. N° V- 19.021.584

Tutor Clínico:

Dra. Aliuba Morales Freites
C.I. N° V- 10.324.037

Bárbula, Diciembre 2021



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:

VALORACIÓN GLOBAL Y SUBJETIVA ANTES Y DESPUÉS DEL ACTO QUIRÚRGICO

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

OLIVEROS M., LUIS F.
C.I. V – 19021584

Habiendo examinado el Trabajo presentado, bajo la tutoría del profesor(a): Aliuba Morales C.I. 10324037, decidimos que el mismo está **APROBADO** .

Acta que se expide en valencia, en fecha: **20/12/2021**

Prof. Loyda Galíndez (Pdte)
C.I. 3840404
Fecha

Dr. José Luis López
C.I.M.: 4228 / M.S.A. 8570224
Fecha 20-12-21

Prof. Solangel Silva
C.I. 13.898-606
Fecha 20.12.2021

TG:61-21

TG-CS: 61-21

ACTA DE CONSTITUCIÓN DE JURADO Y DE APROBACIÓN DEL TRABAJO

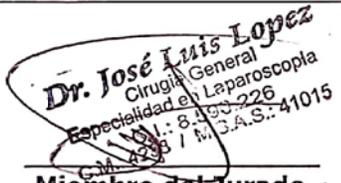
Quienes suscriben esta Acta, Jurados del Trabajo Especial de Grado titulado:

"VALORACIÓN GLOBAL Y SUBJETIVA ANTES Y DESPUÉS DEL ACTO QUIRÚRGICO"
Presentado por el (la) ciudadano (a): **OLIVEROS M., LUIS F.** titular de la cédula de identidad N° **V-19021584**, Nos damos como constituidos durante el día de hoy: _____ y convenimos en citar al alumno para la discusión de su Trabajo el día: _____.

RESOLUCIÓN

Aprobado: _____ Fecha: _____. *Reprobado: _____ Fecha: _____.

Observación: _____

 Presidente del Jurado Nombre: <i>Loyda Galuppi</i> C.I. 3840404	 Miembro del Jurado Nombre: <i>José Luis López</i> C.I. 8550226	 Miembro del Jurado Nombre: <i>Sergio Silva</i> C.I. 13.898.606
---	---	--

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.

Agradecimiento

En primer lugar quiero agradecer a *Díos* por permitirme culminar con éxito mi tan anhelada especialización, darme buena salud y fortaleza en todo momento; al Dr. José Gregorio Hernández por ser mi guía espiritual a lo largo del camino, gracias a *Díos* y a él por escuchar mis peticiones y reconfortarme en cada momento.

A mi madre, *Mariela Martínez*, pues sin ella tampoco lo hubiese podido lograr: Tu bendición a diario a lo largo de mi vida me protege y me lleva por el camino del bien.
Gracias mama por tu paciencia y amor... Te amo!!

A mi padre, *Luís Oliveros*, por brindarme su soporte desde el primer día; sus consejos y educación han sido los mejores.

A mi hermana, *Mary Oliveros*, por siempre estar para mí...sabes que este logro también es tuyo.

A mi esposa, *Yelúismar López*, por darme su fortaleza e inspiración, por creer siempre en mí y decirme a diario que sí podía lograrlo. Este logro también es tuyo...te amo!!

A mi hija, *Fernanda Oliveros*, gracias por ser mi motivo de inspiración para lograr todas mis metas, este es el fin de un ciclo y el inicio de otro mejor para ti y para mí. Te amo con todo mi corazón!!

A mi tutora, *Dra Aliuba Morales*, quien con sus conocimientos y apoyo me guió a través de cada una de las etapas de esta investigación para alcanzar los resultados que buscaba.

Dr. Luís Fernando Oliveros Martínez

Dedicatoria

Quiero dedicar con todo mi corazón mi tesis a quien primero fue mi amigo, luego colega y la vida nos convirtió en grandes hermanos, Dr. José Ángel Ochoa †, te agradezco todas tus excelentes ayudas y aporte, tanto en vida personal como profesional, al igual todos los buenos momentos que pasamos, y otros no tantos.

Ha pasado un año desde que te fuíste de nuestro lado, dejando no sólo un gran vacío en nuestros corazones sino también muchas metas por cumplir, siempre soñamos con terminar este proyecto que juntos iniciamos, pero nuestros destinos cambiaron drásticamente. Tú alma dejó este mundo pero las cosas que hiciste por mí perduraran para toda la vida... gracias amigo!!!

Me alegro de haberte conocido y haber sido uno de tus mejores amigos, estuviste a mi lado en los momentos más importantes de mi vida y me dejaste una gran lección: "ayudar al prójimo y vivir con optimismo"

Gracias, amigo, por enseñame a trabajar por mis sueños y tener fe siempre en mí.

Por eso y más quiero dedicarte mi tesis, en ofrenda a tu paciencia y ayuda en aquellas largas noches de estudio. Este camino lo emprendimos juntos y juntos lo terminaremos, porque estoy seguro que no me has abandonado ni un instante en este proyecto de vida... tu ausencia es solo física.

Dr. Luis Fernando Oliveros Martínez

ÍNDICE GENERAL

	Pág.
AGRADECIMIENTO.....	iv
DEDICATORIA.....	v
ÍNDICE GENERAL	vi
RESUMEN.....	vii
ABSTRACT.....	viii
INTRODUCCIÓN.....	9
MATERIALES Y MÉTODOS.....	16
RESULTADOS.....	18
DISCUSIÓN.....	24
CONCLUSIONES.....	25
RECOMENDACIONES.....	25
BIBLIOGRAFÍA.....	28
ANEXOS	
A: Aval del Comité de Investigación y Ética.....	31
B: Consentimiento Informado	32
C: Instrumento de Recolección de Datos.....	33
D: Cronograma de Actividades.....	34



UNIVERSIDAD DE CARABOBO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
DIRECCIÓN DE POSTGRADO
POSTGRADO EN CIRUGÍA GENERAL
HOSPITAL UNIVERSITARIO DR. ÁNGEL LARRALDE



VALORACIÓN GLOBAL SUBJETIVA ANTES Y
DESPUÉS DEL ACTO QUIRÚRGICO

Autor: Luis Fernando Oliveros

Tutor Clínico: Dra. Aliuba Morales Freites

Agosto, 2021

RESUMEN

Desnutrición Clínica es aquella que comprende toda situación carencial (en el aspecto calórico-proteico al menos), sea causa o consecuencia de la enfermedad, así como de los procedimientos terapéuticos, de la hospitalización o posterior a esta, tanto si se presentan en el ámbito hospitalario como en Atención Primaria. **Objetivo General:** Comparar la Valoración Global Subjetiva antes y después al acto quirúrgico en pacientes del Servicio de Cirugía General del Hospital Universitario “Dr. Ángel Larralde” durante el período Abril-Julio 2021. **Materiales y Métodos:** Investigación no experimental, observacional, descriptiva, comparativa, prospectiva y longitudinal. **La muestra** fue de tipo no probabilística e intencional, según criterios de Inclusión: >18 años de edad, cualquier género, tanto electivas como emergencia, conformada por 84 pacientes. Como técnica de recolección de datos se aplicó la observación directa, y como instrumento de recolección de información se confeccionó una ficha a partir de las variables de estudio establecidas en los objetivos específicos. **Resultados:** El presente estudio obtuvo que según la VGS predominaron los pacientes normonutridos con un 71,43%, tanto al ingreso como al egreso (60 pacientes), seguido del grado B (moderadamente desnutrido) con un 26,19% (22 pacientes) y 2% (2 pacientes) quienes presentaron desnutrición severa. **Conclusión:** La VGS evalúa factores que afectan el estado nutricional de los individuos y las posibles causas de estos cambios permitiendo emitir un diagnóstico del paciente, tomar las respectivas medidas del manejo para minimizar los riesgos pre y post operatorio, así como las complicaciones durante el acto quirúrgico.

Palabras Clave: Desnutrición Clínica, Desnutrición Hospitalaria, Riesgo Nutricional, Valoración Global Subjetiva (VGS).



**UNIVERSIDAD DE CARABOBO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
DIRECCIÓN DE POSTGRADO
POSTGRADO EN CIRUGÍA GENERAL
HOSPITAL UNIVERSITARIO DR. ÁNGEL LARRALDE**



**SUBJECTIVE GLOBAL ASSESSMENT BEFORE AND
AFTER THE SURGICAL ACT**

Author: Luis Fernando Oliveros

Clinical Tutor: Dr. Aliuba Morales Freites

August, 2021

ABSTRACT

Clinical malnutrition is one that includes any deficiency situation (in the caloric-protein aspect at least), be it a cause or consequence of the disease, as well as therapeutic procedures, hospitalization or subsequent to this, whether they occur in the field hospital as in Primary Care. General Objective: To compare the Subjective Global Assessment before and after the surgical act in patients of the General Surgery Service of the University Hospital “Dr. Ángel Larralde ”during the period April-July 2021. Materials and Methods: Non-experimental, observational, descriptive, comparative, prospective and longitudinal research. The sample was non-probabilistic and intentional, according to Inclusion criteria:> 18 years of age, any gender, both elective and emergency, made up of 84 patients. As a data collection technique, direct observation was applied, and as an information collection instrument, a file was made from the study variables established in the specific objectives. Results: The present study obtained that according to the VGS, normonourished patients predominated with 71.43%, both at admission and discharge (60 patients), followed by grade B (moderately malnourished) with 26.19% (22 patients) and 2% (2 patients) who presented severe malnutrition. Conclusion: The VGS evaluates factors that affect the nutritional status of individuals and the possible causes of these changes, allowing a diagnosis of the patient, taking the respective management measures to minimize pre and post-operative risks, as well as complications during the act surgical.

Key Words: Clinical Malnutrition, Hospital Malnutrition, Nutritional Risk, Subjective Global Assessment (VGS).

INTRODUCCIÓN

La desnutrición es un problema de salud a nivel mundial, surge por causas primarias, consecuencia del consumo inadecuado o de la mala calidad de los alimentos, o secundarias, de enfermedades que alteran dicho consumo o las cantidades necesarias de nutrientes, su metabolismo o absorción¹. La desnutrición es el estado en el que una deficiencia de energía, proteínas y otros nutrientes causan efectos adversos medibles en la composición y función de los tejidos y órganos, siendo considerada en la actualidad la causa más frecuente de morbimortalidad, afectando de forma especial al paciente hospitalizado en un 30-50%, sin importar el ciclo de vida ni la nosología; sin embargo, no se diagnostica ni se trata oportunamente^{2,3}.

La Malnutrición se ha presentado, en las últimas décadas, en casi el 50% de los pacientes a nivel de todos los países de Latinoamérica; se relaciona con el aumento de las complicaciones infecciosas, incidencia de úlceras de presión, estadía hospitalaria prolongada, reingresos, mayor costo de atención y riesgo de muerte del paciente. Además, podemos apreciar que la conciencia en salud nutricional del personal médico es baja, y que sólo el 19% de los pacientes fueron sometidos a una evaluación nutricional⁴. La Organización Mundial de la Salud (OMS) señala que en el 2014 habían 462 millones de adultos con insuficiencia ponderal, 1900 millones sobrepeso u obesidad, 155 millones de niños menores de 5 años tenían retardo en el crecimiento y 41 millones de niños eran obesos⁵.

En el adulto, se maneja la terminología de Desnutrición Aguda para referirse a aquella de origen reciente (menos de 6 meses), asociada generalmente a situaciones de estrés como infecciones, traumatismos, quemaduras; con disminución de peso, y masa grasa, dando la mala impresión de buen estado nutricional, caracterizada por hipoalbuminemia menor a 3,5 gr/dl, linfopenia menor de 1500 mm y anergia cutánea⁶.

La Desnutrición Crónica es aquella que está asociada a enfermedades de curso crónico, en un periodo mayor de 6 meses (cáncer, enfermedades reumáticas, SIDA, entre otras), caracterizada por pérdida de masa muscular y grasa con prominencias óseas visibles, hipoalbuminemia no menor de 2,8 gr/dl; sin embargo para englobar estas dos entidades (déficit energético y de proteico) en la actualidad se emplea el término de *Desnutrición Proteico-Calórica o Energética*⁷.

La expresión *Desnutrición Clínica* es aquella que comprende toda situación carencial (en el aspecto calórico-proteico al menos), sea causa o consecuencia de la enfermedad, así como de los procedimientos terapéuticos, de la hospitalización o posterior a esta, tanto si se presentan en el ámbito hospitalario como en Atención Primaria, donde forma parte la *Desnutrición Hospitalaria*; siendo un estado de morbilidad secundario a deficiencia absoluta o relativa de uno o más nutrientes, que se manifiesta clínicamente o es detectado por medio de exámenes bioquímicos, antropométricos y fisiológicos; donde la incapacidad de ingesta y la enfermedad son comunes⁶.

La evaluación del estado nutricional en los pacientes es muy importante para poder optar terapias paliativas, mejorando la morbilidad y mortalidad de todos los pacientes. Todos los países del mundo están afectados por la mal nutrición, principalmente la población materna infantil y los que no cuentan con recursos económicos. La mal nutrición engloba la emaciación, la mal nutrición relacionada a los micronutrientes, el sobrepeso y obesidad, y las enfermedades relacionadas con la mal nutrición⁵.

La desnutrición es un problema común en pacientes con patologías y la prevalencia varía entre el 20 a 50%, además se sabe que, el estado nutricional empeora durante la estancia hospitalaria teniendo serias implicaciones para la recuperación tanto de la patología, trauma y cirugías, asociándose con el aumento de la morbilidad y la mortalidad tanto de enfermedades agudas y crónicas; incrementando también la estancia hospitalaria y los costos del tratamiento⁸. La supervivencia en función al

estado nutricional es menor en los pacientes que presentan una evaluación global subjetiva y nivel de albúmina bajos, ya que, en un seguimiento de entre periodos de uno y tres años fallecieron el 28.8% y 40.3% respectivamente⁹.

Existen evidencias que relacionan estados previos de malnutrición o de déficit de algún tipo de parámetro bioquímico, con una mayor morbimortalidad en el paciente quirúrgico. Los pacientes desnutridos que son intervenidos quirúrgicamente presentan con más frecuencia, entre otras complicaciones, hipoproteinemia, defectos en el proceso de cicatrización de heridas, dehiscencia de suturas, infecciones concomitantes o úlceras de decúbito por prolongación en los días de ingreso hospitalario¹⁰.

En pacientes hospitalizados normalmente encontramos una desnutrición mixta, resultado de la combinación de la desnutrición asociada a enfermedad crónica y un factor estresante agudo, como ocurre en los pacientes sometidos a intervenciones quirúrgicas, traumatismos e infecciones¹¹. Los cambios de hábitos dietéticos que supone el ingreso provocan una disminución en la ingesta del paciente, con comidas específicas para la patología del paciente, cambio de horarios, temperaturas, etc., a lo que se suman ayunos para intervenciones diagnósticas y terapéuticas, se relacionan con disminución de la ingesta y de peso durante el ingreso, y en consecuencia una mayor estancia hospitalaria¹².

La falta de valoración nutricional al ingreso y/o durante la estancia en muchos hospitales, los conocimientos nutricionales teóricos y prácticos insuficientes, la ausencia de pautas e instrucciones para la detección y tratamiento de la desnutrición, la escasa sensibilidad del personal de salud acerca de la importancia del estado nutricional de los pacientes en su evolución, también son parte importante en las causas de desnutrición¹³.

La complicación más frecuente de la desnutrición es la disminución de la resistencia a las infecciones, especialmente a las infecciones postquirúrgicas nosocomiales^{11,13}. Otro

aspecto importante del paciente quirúrgico desnutrido es que presenta una alteración de la cicatrización debido a la disminución de fibroblastos, colágeno y neoangiogénesis, consecuencia del déficit proteico y de vitaminas esenciales para la reparación fisiológica de los tejidos^{12,14}. Los cambios en la composición corporal conllevan una menor capacidad funcional con tendencia al desarrollo de úlceras de presión por inmovilización y caídas frecuentes. La disminución del tejido muscular también va a afectar directamente al funcionamiento de los órganos y sistemas, dando lugar, por ejemplo, a menor capacidad ventilatoria máxima o menor gasto cardíaco^{13,14}.

Existen varios métodos para evaluar el estado nutricional a nivel hospitalario, entre ellos, se cuenta con la Valoración Global Subjetiva (VGS), el cual se trata de un método diseñado por Detsky *et al.*¹⁵, en 1987, en el Hospital General de Toronto, de estimación del estado nutricional a través de la historia clínica y la exploración física. Este método de evaluación del estado nutricional tiene una sensibilidad y especificidad bastante aceptable, de manera que, puede ser utilizada para predecir qué pacientes requieren de alguna intervención nutricional y cuáles se beneficiarían de un soporte nutricional intensivo. Así pues, este método con la interpretación de un interrogatorio simple y un examen físico permite emitir un diagnóstico del estado nutricional del paciente y tomar las respectivas medidas de manejo. Es ideal realizarla cuando el paciente ingrese al hospital y puede ser desarrollado por cualquier profesional de la salud que haya tenido algún tipo de entrenamiento. Con el interrogatorio simple se evalúan factores que afectan el estado nutricional de los individuos tales como cambios en el peso, en la ingesta, alteraciones gastrointestinales y en la actividad física, así como las posibles causas de estos cambios^{2,11}.

Sin embargo, para efectuar la valoración nutricional se requiere la realización de una correcta historia clínica y dietética, cuestionarios estructurados subjetivos como la Valoración Global Subjetiva (VGS), mediciones antropométricas, estudios analíticos (albúmina, linfocitos, pruebas de función hepática, entre otras) y otros métodos de

composición corporal^{16,17}.

A nivel mundial, se han realizado diversos estudios al respecto de la desnutrición, como el realizado en España, en el 2019, por Sánchez sobre la evolución de parámetros clínicos en pacientes quirúrgicos sometidos a cribado nutricional CIPA vs. Valoración Global Subjetiva, los cuales fueron aplicados en 226 pacientes quirúrgicos, donde el cribado nutricional CIPA (Control de Ingestas, Proteínas, Antropometría) detectó una prevalencia de desnutrición o riesgo del 35,40% (29.12–41.68) y VGS 30,08% (24.06–36.11). La sensibilidad y especificidad de CIPA respecto a VGS fue de 70,59% y 79,75%, respectivamente; $K= 0.479$ ($p<0.001$)¹⁸.

En Guatemala, en el 2019, Navarro *et al.* publicaron un estudio sobre el estado nutricional preoperatorio, encontrando que de los 50 pacientes estudiados, el 62% están bien nutridos, 32% en riesgo de desnutrición y 6% desnutridos, en el sexo masculino predominó el riesgo de desnutrición con un 55%, el rango de edad que presentó mayor riesgo de desnutrición y desnutrición establecida fue el de 61 a 70 años con un 16% y 4%, respectivamente; se determinó que de la población estudiada, 21 pacientes presentaron una pérdida de peso entre el 5 y 10% y 3 presentaron una pérdida mayor al 10%, es decir una pérdida severa que indica un estado de desnutrición. El tipo de cambio en la ingesta alimenticia fue dieta sólida subóptima con el 44%, el síntoma gastrointestinal más frecuente referido fue náusea con el 40%, la alteración en la capacidad funcional fue 44% y el signo clínico de desnutrición más frecuente fue pérdida de grasa con el 32%¹⁹.

Por su parte, Godoy, en Ecuador, en 2017, estudió la evaluación nutricional mediante la aplicación de la escala de Valoración Subjetiva Global del Estado Nutricional (VSG) en pacientes de 18 a 64 años en el Hospital General de Macas en Enero-junio 2017, reportando que de 153 pacientes estudiados un 75,2% se encontraban dentro de la categoría A (Bien nutridos), el 21.6 % de los participantes encajaron en la categoría B

(Riesgo de desnutrición) y el 3,3% se hallaron en la categoría C (desnutrición severa). La prevalencia de malnutrición hospitalaria en dicho centro de salud fue del 24,9%²⁰.

Estudios más relacionados a la realidad venezolana, como el de Silva M, en el 2018, titulado Diagnóstico de riesgo y evolución del estado nutricional mediante la Valoración Global Subjetiva (VGS) y la Herramienta de Evaluación de la Malnutrición Hospitalaria (HEMAN) en pacientes hospitalizados en el Servicio de Cirugía General del Hospital Universitario “Dr. Ángel Larralde”, período marzo- junio 2018, donde predominaron los pacientes normonutridos en el 60,53% de los casos, tanto al ingreso como al egreso, por su parte la HEMAN clasificó al 84,21% de los pacientes en riesgo de malnutrición, en ambos momentos. Se registró un 32,43% de coincidencia en cuanto al riesgo de desnutrición entre la VGS y el HEMAN (12 casos). Hubo una asociación estadísticamente significativa entre estancia hospitalaria y el estado nutricional al egreso a partir de la VGS ($P < 0,05$)²¹.

De igual manera, Finali *et al.* publicaron un estudio titulado Estado nutricional en pacientes quirúrgicos del Hospital Universitario Ruiz y Páez, Ciudad Bolívar, 2016. Dichos autores reportaron que de 39 pacientes incluidos en su estudio, prevaleció el sexo femenino (59%). Las edades más frecuentes oscilaron entre 41–51 años, las mediciones antropométricas estuvieron en su mayoría dentro de los límites normales, la herramienta de cribado nutricional Mini Nutritional Assessment (MNA), arrojó que la mayoría de la muestra (23 sujetos) presentaba riesgo de mal nutrición, un grupo (10 sujetos) se encontraba en mal estado nutricional y sólo un pequeño grupo (6 sujetos) se encontraba en estado nutricional adecuado; en tanto que, la herramienta VGS arrojó que la muestra estaba distribuida equitativamente entre los estados nutricionales A,B,C. La patología de ingreso más prevalente fue la obstrucción intestinal y estos pacientes, a su vez, presentaron mal estado nutricional (24).

Por último, Bravo en el 2014, comparó la Valoración Global Subjetiva y el *Instant*

Nutritional Assessment en la evaluación de la nutrición de los pacientes hospitalizados en el Servicio de Cirugía General del Hospital Universitario Dr. Ángel Larralde durante el período Agosto-Noviembre 2014, encontrando una edad promedio de 53,22 años, predominio del sexo masculino (58%), con VGS predominaron los pacientes normo nutridos (46%), con INA pacientes con desnutrición moderada (39%). Se encontró una relación estadísticamente significativa entre los resultados obtenidos de ambas variables, VGS e INA con $p < 0,05$ (26).

Tomando en cuenta los aspectos antes expuestos, se considera relevante aplicar la Valoración Global Subjetiva como método de tamizaje para evaluación del estado nutricional en pacientes antes y después del acto quirúrgico, con la finalidad de determinar la importancia de la incorporación de esta herramienta de cribado nutricional a los protocolos de evaluación del paciente que ingresa al área de hospitalización por cuanto, la identificación temprana y la corrección adecuada de la malnutrición en los pacientes permitirá disminuir las complicaciones (impacto negativo sobre la tasa de cicatrización, funcionamiento del sistema inmunológico, aumento en tasas de infección, hospitalización prolongada, entre otros) y mejorar su pronóstico a través de programas preventivos, capacitaciones y pausas activas, mejorando el manejo de todos los pacientes post operados.

Además, debido a que la desnutrición representa un importante problema en los hospitales e interfiere y determina la evolución de los pacientes, además de estar asociada con patologías previas, entre ellas, la sepsis, ha demostrado tasas elevadas de morbilidad y mortalidad, prolongación de la estancia hospitalaria y, por ende, mayores costos hospitalarios, lo cual profundiza la necesidad de estudiar esta condición.

El presente estudio tiene como Objetivo General: Comparar la Valoración Global Subjetiva antes y después del acto quirúrgico en pacientes del Servicio de Cirugía

General del Hospital Universitario “Dr. Ángel Larralde” durante el período Abril-Julio, 2021. Como Objetivos Específicos, se establecieron los siguientes: Caracterizar la muestra de estudio según edad, sexo, talla, peso, IMC y tipo de ingreso; Distribuir a los pacientes según patologías previas y complicaciones; Aplicar el tamizaje nutricional valoración global subjetiva (VGS) a la muestra de estudio antes y después del acto quirúrgico; Relacionar el estado nutricional previo y posterior al acto quirúrgico y la evolución clínica de la muestra de estudio.

MATERIALES Y MÉTODOS

El estudio se fundamenta en una investigación no experimental, observacional, descriptiva, comparativa, prospectiva y longitudinal; debido a que las variables no serán manipuladas ni controladas, limitándose a la observación de los hechos tal y como ocurrieron de forma natural; las variables fueron descritas comparándolas y recolectando los datos en dos momentos en el tiempo con el fin de contemplar cómo se comportaron: - Primer tiempo o Preoperatorio, al momento de su ingreso al nosocomio sede de la investigación; y, - Segundo tiempo o postoperatorio, al momento de su egreso de la Institución.

La población estuvo conformada por los pacientes que ingresaron al Servicio de Cirugía General del Hospital “Dr. Ángel Larralde” durante el período Abril-Julio 2021. La muestra fue de tipo no probabilística e intencional, según los siguientes criterios de Inclusión: Mayores de 18 años de edad, independientemente del género y el tipo de ingreso (electiva o emergencia), previa obtención del Aval del Comité de Investigación y Ética del instituto sede de la presente investigación (Ver Anexo A) y del Consentimiento Informado suscrito por los pacientes que conformaron la muestra de estudio (Ver Anexo B); como criterios de exclusión se establecieron los siguientes: pacientes encamados, enfermedades degenerativas crónicas como; enfermedades

cardiovasculares, enfermedad respiratoria crónica, virus de la inmunodeficiencia humana (VIH), menos de 48 horas de hospitalización, que reciban nutrición parental total (NPT), embarazadas y diagnóstico confirmado de sepsis.

Como técnica de recolección de datos se aplicó la observación directa, y como instrumento de recolección de información se confeccionó una ficha de registro de datos elaborada a partir de las variables de estudio establecidas en los objetivos específicos y los datos que contempla la Valoración Global Subjetiva (Ver Anexo C).

Los datos obtenidos de la historia clínica fueron: evolución del peso, ingesta dietética actual en relación con la ingesta habitual del paciente, síntomas digestivos presentes en las últimas dos semanas, capacidad funcional y los requerimientos metabólicos. Dentro del examen físico se evalúa la pérdida de grasa subcutánea, musculatura y la presencia de edema o ascitis. Cada uno de los apartados se valora como leve, moderado o severo y con los datos de todos ellos se clasifica a los pacientes en tres grupos: *Categoría A*: Pacientes con un adecuado estado nutricional, bien nutridos. *Categoría B*: Sospecha de mal nutrición o mal nutrición moderada; *Categoría C*: Pacientes que presentan una mal nutrición severa¹⁵.

Para el procesamiento y análisis de datos, se sistematizaron los mismos en una base de datos en Microsoft® Excel, para luego analizarlos con IBM SPSS Statistic 22 (versión libre) por las técnicas estadísticas descriptivas a partir de tablas de distribuciones de frecuencias y de asociación, según los objetivos propuestos. Para la asociación entre el estado nutricional previo y posterior al acto quirúrgico con la edad, sexo, patologías previas y complicaciones se aplicó chi cuadrado (X^2) a un nivel de significancia de $p < 0,05$.

RESULTADOS

La muestra estuvo constituida por 84 pacientes que ingresaron al Servicio de Cirugía General del Hospital “Dr. Ángel Larralde” durante el periodo abril-julio de 2021.

Tabla 1
CARACTERIZACIÓN SEGÚN EDAD, SEXO Y TIPO DE INGRESO DE
PACIENTES INGRESADOS AL SERVICIO DE CIRUGÍA GENERAL DEL
HOSPITAL UNIVERSITARIO “DR. ÁNGEL LARRALDE”.
PERÍODO ABRIL-JULIO 2021.

Edad (años)	f	%
18-19	7	8,33
20 – 39	21	25,00
40 a 59	33	39,29
60 o más	23	27,38
$\bar{X} \pm Es$	48,02 ± 18,11	
Sexo	f	%
Femenino	43	51,19
Masculino	41	48,81
Tipo de ingreso	f	%
Electivo	47	55,96
Emergencia	37	44,04
Procedimiento Qx	f	%
Amputación	5	5,95
Apendicectomía	12	14,29
Colecistectomía	17	20,24
Cura	5	5,95
Hernioplastia	20	23,82
Histerectomía	9	10,71
Laparotomía exploratoria	4	4,76
Limpieza quirúrgica	3	3,57
Mastectomía	4	4,76
Otras	5	5,95
Total	84	100

Fuente: Datos Propios de la Investigación (Oliveros; 2021)

Se presentan las distribuciones de frecuencias absolutas y relativas para las variables categorizadas; en la misma se observa que la distribución por sexos fue equitativa, 43 (51,19%) fueron del sexo femenino y el resto (41/84; 48,81%) de sexo masculino con edades comprendidas entre 18 y 83 años, $\bar{x} = 48,02 \pm 18,11$ años, predominando los pacientes de 40 o más años (56/84; 66,67%); con tallas entre 1,49 y 1,97 m, $\bar{x} = 1,71 \pm 0,14$ m, pesos preoperatorios entre 30 y 120 kg, $\bar{x} = 70,86 \pm 18,11$ kg, y que permanecieron hospitalizados entre 1 y 19 días, $\bar{x} = 2,06 \pm 2,42$ días; además, las intervenciones quirúrgicas más frecuentes fueron las hernioplastias (20/84; 23,82%) seguidas de las colecistectomías (17/84; 20,24%), apendicectomías (12/84; 14,29%) e histerectomías (9/84; 10,71%).

Tabla 2
DISTRIBUCIÓN SEGÚN PATOLOGÍAS PREVIAS Y PRESENCIA DE
COMPLICACIONES POSTOPERATORIAS EN PACIENTES INGRESADOS
AL SERVICIO DE CIRUGÍA GENERAL DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO
“DR. ÁNGEL LARRALDE”. PERÍODO ABRIL-JULIO 2021.

Patologías previas	f	%
SI	23	27,38
NO	61	72,62
Complicaciones	f	%
SI	4	4,76
NO	80	95,24
Total	84	100

Fuente: Datos Propios de la Investigación (Oliveros; 2021)

Asimismo, 23 (27,78%) pacientes presentaban antecedentes, entre los que se cuentan alergias, diabetes mellitus, HTA, asma y cáncer; además, sólo 4 (4,76%) pacientes presentaron complicaciones postoperatorias.

Tabla 3
APLICACIÓN DE VGS ANTES Y DESPUÉS DEL ACTO QUIRÚRGICO EN
PACIENTES DEL SERVICIO DE CIRUGÍA GENERAL DEL HOSPITAL
UNIVERSITARIO “DR. ÁNGEL LARRALDE”. PERÍODO ABRIL-JULIO,
2021.

VGS Preoperatorio	f	%
Normal	60	71,43
Desnutrición moderada	22	26,19
Desnutrición severa	2	2,38
VGS Postoperatorio	f	%
Normal	60	71,43
Desnutrición moderada	22	26,19
Desnutrición severa	2	2,38
Total	84	100

Fuente: Datos Propios de la Investigación (Oliveros; 2021)

Todos los pacientes durante el periodo de estudio que fueron sometidos a diferentes tipos de intervenciones quirúrgicas, además fueron pesados, tallados y se les realizó la Valoración General Subjetiva (VGS) antes y después de la cirugía a fin de evaluar su estado nutricional pre y post operatorio.

Antes de la cirugía predominaron los pacientes bien nutridos (60/84; 71,43%), seguidos de aquellos que presentaron desnutrición moderada (22/84; 26,19%) y de quienes presentaron desnutrición severa (2/84; 2,38%); y estas mismas proporciones se mantuvieron luego de intervención quirúrgica.

La prueba para dos muestras relacionadas de Wilcoxon indicó que no hubo diferencias en los resultados de la VGS antes y después de la intervención quirúrgica ($p=1,000$), lo cual indica que la intervención quirúrgica no afectó el estado nutricional del paciente en el corto plazo.

Tabla 4
ESTADÍSTICOS DESCRIPTIVOS Y GRUPOS DE MEDIAS DE LA PRUEBA DE COMPARACIONES MÚLTIPLES DE TUKEY PARA ΔPESO (KG) Y ΔIMC (KG/M²) PRE Y POST OPERATORIO SEGÚN EL SEXO, GRUPO ETARIO Y TIPO DE INTERVENCIÓN QUIRÚRGICA

Variables	Categoría	n	Δ	DE _Δ	EE _Δ	P	
ΔPeso (kg)	Sexo	F	42	-0,181 ^A	0,278	0,043	0,830
		M	37	-0,157 ^A	0,664	0,109	
	Grupo etario	18-19	7	-0,014 ^A	0,038	0,014	0,379
		20 a 39	21	-0,191 ^A	0,303	0,066	
		40 a 59	31	-0,268 ^A	0,730	0,131	
		60 o más	20	-0,050 ^A	0,154	0,034	
	Intervención quirúrgica	Apendicectomía	12	-0,042 ^B	0,144	0,042	<0,001*
		Colecistectomía	17	-0,129 ^B	0,214	0,052	
		Cura	5	0,000 ^B	0,000	0,000	
		Hernioplastia	20	0,000 ^B	0,000	0,000	
		Histerectomía	9	-0,522 ^B	0,277	0,093	
		Laparotomía exploratoria	4	0,000 ^B	0,000	0,000	
		Limpieza quirúrgica	3	-1,330 ^A	2,310	1,330	
Mastectomía	4	-0,375 ^B	0,250	0,125			
ΔIMC (kg/m ²)	Sexo	F	42	-0,069 ^A	0,108	0,017	0,606
		M	37	-0,050 ^A	0,214	0,035	
	Grupo etario	18-19	7	-0,006 ^A	0,016	0,006	0,325
		20 a 39	21	-0,074 ^A	0,121	0,026	
		40 a 59	31	-0,092 ^A	0,238	0,043	
		60 o más	20	-0,015 ^A	0,046	0,010	
	Intervención quirúrgica	Apendicectomía	12	-0,014 ^B	0,047	0,014	<0,001*
		Colecistectomía	17	-0,046 ^B	0,080	0,020	
		Cura	5	0,000 ^B	0,000	0,000	
		Hernioplastia	20	0,000 ^B	0,000	0,000	
		Histerectomía	9	-0,195 ^{AB}	0,112	0,037	
		Laparotomía exploratoria	4	0,000 ^B	0,000	0,000	
		Limpieza quirúrgica	3	-0,430 ^A	0,746	0,430	
Mastectomía	4	-0,150 ^B	0,100	0,050			
TOTAL		79					

Nota: (*): Diferencia estadísticamente significativa al 5%. Δ con igual letra en el superíndice no presentan diferencias estadísticamente significativa al 5% según la prueba de comparaciones múltiples de Tukey.

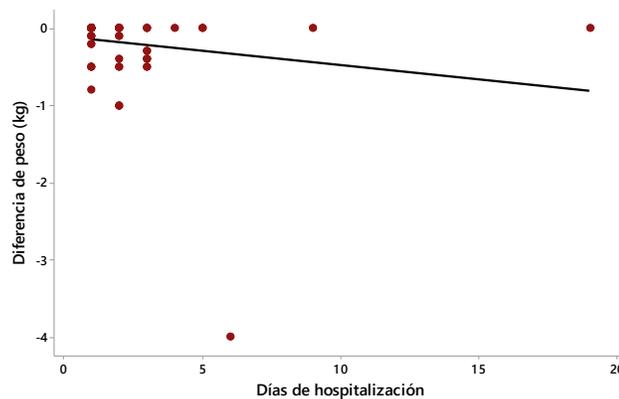
Fuente: Datos Propios de la Investigación (Oliveros; 2021)

Para la comparación de los pesos y los IMC pre y post operatorio se excluyeron a los cinco pacientes que recibieron amputación de miembros, la razón de esta exclusión obedece al hecho de que el peso post operatorio es mucho menor que el peso pre operatorio debido a la pérdida del miembro amputado, y lamentablemente no se llevó registro del peso de este último, por esta razón el tamaño de muestra en estos análisis se redujo a 79 observaciones.

La prueba t de Student para grupos independientes indicó que los Δ para el peso e IMC no mostraron diferencias estadísticamente significativas al ser clasificadas por sexo ($p_{\text{Peso}}=0,830$, $p_{\text{IMC}}=0,606$), y el ANOVA indicó que no hubo diferencias para el grupo etario ($p_{\text{Peso}}=0,379$, $p_{\text{IMC}}=0,325$), pero sí para el tipo de intervención quirúrgica ($p_{\text{Peso}}<0,001$, $p_{\text{IMC}}<0,001$), para esta última variable, los pacientes que recibieron limpieza quirúrgica representaron el 3.79% de la población, presentando la mayor pérdida de peso ($\Delta = -0,430$ kg, $p <0,001$) e IMC ($\Delta = -1,330$ kg/m², $p <0,001$).

Figura 1A

ASOCIACIÓN ENTRE LA PÉRDIDA DE PESO E IMC CON EL TIEMPO DE HOSPITALIZACIÓN. SERVICIO DE CIRUGÍA GENERAL.HOSPITAL UNIVERSITARIO “DR. ÁNGEL LARRALDE”. ABRIL-JULIO, 2021.

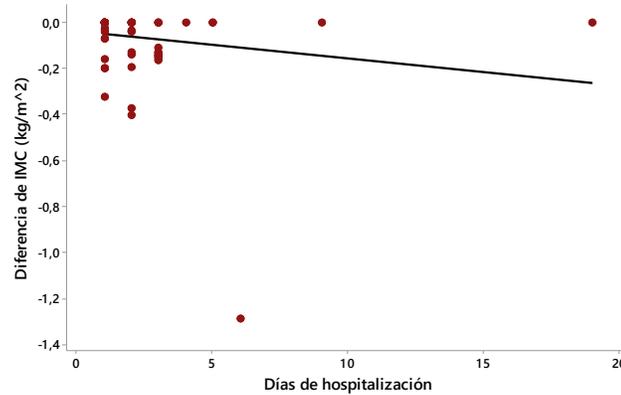


Fuente: Datos Propios de la Investigación (Oliveros; 2021)

El coeficiente de correlación no paramétrico de Spearman indicó que hay asociación estadísticamente significativa entre los días de permanencia hospitalaria y Δ Peso ($r_s=-0,320$; $p=0,004$) y entre los días de permanencia hospitalaria y Δ IMC ($r_s=-0,320$; $p=0,004$), en las figuras 1A y 1B se evidencia que en la medida que aumenta el tiempo de hospitalización tiende a acentuarse la pérdida de peso y de IMC en los pacientes. Para este análisis se excluyeron los pacientes que recibieron amputación de miembros.

Figura 1B

**ASOCIACIÓN ENTRE EL IMC CON EL TIEMPO DE HOSPITALIZACIÓN.
SERVICIO DE CIRUGÍA GENERAL.HOSPITAL UNIVERSITARIO “DR.
ÁNGEL LARRALDE”. ABRIL-JULIO, 2021.**



Fuente: Datos Propios de la Investigación (Oliveros; 2021)

Tabla 5

**Estadísticos descriptivos para la edad clasificada por Dx postoperatorio de
apendicitis aguda.**

Variable	Momento	n	Media	Δ	DE $_{\Delta}$	p
Peso (kg)	Pre operatorio	79	70,68	-0,170	0,49	0,003*
	Post operatorio		70,51			
IMC (kg/m ²)	Pre operatorio	79	24,55	-0,060	0,17	0,002*
	Post operatorio		24,49			

Nota: (*): Diferencia estadísticamente de 5%. Δ : Diferencia promedio Postoperatorio – Preoperatorio. DE $_{\Delta}$: Desviación estándar de la diferencia Δ .

La prueba *t* de Student para muestras pareadas indicó que no hubo diferencias estadísticamente significativas entre la diferencia promedio Δ “preoperatorio – postoperatorio” para las variables peso de los pacientes ($\Delta = -0,170$ kg, $p = 0,003$) e IMC ($\Delta = -0,060$ kg/m², $p = 0,002$); el signo negativo de las diferencias promedio Δ indica que los pacientes, en promedio, disminuyeron de peso e IMC luego de la operación.

DISCUSIÓN

La valoración y diagnóstico nutricional del paciente antes y después del acto quirúrgico mediante la evaluación global subjetiva es de gran importancia, con la interpretación de un interrogatorio simple y un examen físico permite emitir un diagnóstico del estado nutricional del paciente y tomar las respectivas medidas de manejo, para minimizar cualquier riesgo que se pueda presentar durante o después de la cirugía.

El presente estudio obtuvo que según la VGS predominaron los pacientes normonutridos con un 71,43%, tanto al ingreso como al egreso, lo cual se corresponde con lo reportado por Silva²¹ y Bravo²³, quienes describieron que según la VGS predominaron los pacientes normonutridos con 60,53% y 46% respectivamente, tanto al ingreso como al egreso.

No hubo diferencias estadísticamente significativas entre la diferencia promedio Δ “preoperatorio – postoperatorio” para las variables Peso de los pacientes e IMC.

La muestra estuvo constituida por 84 pacientes, con edades comprendidas entre 18 y 83 años donde prevalece el sexo femenino con un 51,19%, correspondiéndose con lo reflejado por Finali *et al.*, quienes reportaron que de 39 pacientes, el 59% de los pacientes eran del sexo femenino la herramienta de cribado nutricional MNA, arrojó que la mayoría (23 sujetos) de la muestra presentaba riesgo de mal nutrición²², no así con lo expuesto por Silva²¹ y Bravo²³, en cuyos estudios predominó el género masculino.

Se debe destacar que se excluyeron a los cinco pacientes que fueron sometidos a amputación de miembros por cuanto que el peso post operatorio es mucho menor que el peso pre operatorio debido a la pérdida del miembro amputado y no de su estado nutricional.

Se evidenció que la intervención quirúrgicas *per se* no afectó el estado nutricional del paciente en el corto plazo.

Lo más resaltante entre los resultados obtenidos en la presente investigación es que a medida que aumenta el tiempo de hospitalización tiende a acentuarse la pérdida de peso y de IMC en los pacientes; coincidiendo con lo expresado por Silva²¹ y Bravo²³.

También merece especial mención el hecho de que en el presente estudio se encontraron 2 casos de desnutrición severa, en pacientes oncológicos que al momento de su evaluación pre y post quirúrgica presentaban síntomas gastrointestinales y una dieta alimenticia estricta que en ocasiones no podían cumplir por motivos personales y de salud; factores que influyen en la mejoría nutricional. Este dato no es susceptible de análisis comparativo con los antecedentes revisados, por cuanto no constituían parte de las variables evaluados en dichos estudios.

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

De los 84 pacientes que conformaron la muestra en estudio se registró una edad promedio de $48,02 \pm 18,11$ años, con una edad mínima de 18 años y una edad máxima de 83 años. Con tallas entre 1,49 y 1,97 m, pesos preoperatorios entre 30 y 120 kg.

El estado nutricional predominante fue el grado A (bien nutrido) con un 71,43% (60 pacientes), seguido del grado B (moderadamente desnutrido) con un 26,19% (22 pacientes) y 2% (2 pacientes) quienes presentaron desnutrición severa.

El mayor promedio de edad lo registraron aquellos pacientes de 40 o más años (56/84; 66,67%) y su estado nutricional frecuente fue "A".

El estado nutricional “C” severamente desnutrido, estuvo representada por ambos sexos con diferentes enfermedades crónicas, donde nos encontramos con una desnutrición mixta que influye de manera negativa en la recuperación post operatoria.

Las intervenciones quirúrgicas más frecuentes fueron las hernioplastias (20/84; 23,82%) seguidas de las colecistectomías (17/84; 20,24%), apendicectomías (12/84; 14,29%) e histerectomías (9/84; 10,71%), asimismo, 23 (27,78%) pacientes presentaban antecedentes, entre los que se cuentan alergias, diabetes mellitus, hipertensión arterial, asma y cáncer, además, solo 4 (4,76%) pacientes presentaron complicaciones operatorias.

La pérdida de peso y la pérdida índice de masa corporal estuvieron representadas por el 5%, según los datos obtenidos por la VGS antes y después del acto quirúrgico.

Los pacientes, en promedio, disminuyeron de peso e IMC luego de la operación, y los que presentaron mayor pérdida fueron los pacientes que recibieron limpieza quirúrgica.

Los resultados de la VGS antes y después de la intervención quirúrgica indican, que la cirugía no afectó el estado nutricional del paciente en el corto plazo, se observa que desnutrición moderada y severa se mantienen iguales antes y después de la intervención quirúrgica.

Existen varios métodos para evaluar el estado nutricional a nivel hospitalario; entre ellos, se cuenta con la Valoración Global Subjetiva (VGS), es un método muy simple donde podemos conocer el estado nutricional del paciente a través de un interrogatorio y un examen físico, el cual se debe realizar antes y después del acto quirúrgico.

Siendo un método fácil de realizar, rápido, efectivo y de bajo costo, puede ser desarrollado por cualquier profesional de la salud que haya tenido algún tipo de entrenamiento.

La VGS evalúa factores que afectan el estado nutricional de los individuos y las posibles causas de estos cambios permitiendo emitir un diagnóstico del paciente, tomar las respectivas medidas del manejo para minimizar los riesgos pre y post operatorio, así como las complicaciones durante el acto quirúrgico.

BIBLIOGRAFÍA

1. Longo DL. Harrison: principios de medicina interna. México: McGraw-Hill Interamericana; 2012.
2. Ravasco P, Anderson H, Mardones F. Detección precoz y control de la desnutrición hospitalaria. *NutrHosp.* 2010;(Supl. 3)25:57-66.
3. Álvarez J, Río JD, Planas M, García Peris P, García de Lorenzo A, Calvo V, Oliveira G, Irlés JA, Piñeiro G. Documento SENPE-SEDOM sobre la codificación de la desnutrición hospitalaria. *Nutrición Hospitalaria*, 2008; 23(6), 536-540.
4. Correia I, Hegazi RA, Diaz-Pizarro JI, Gómez-Morales J, Fuentes Gutiérrez C, Goldin MF, et al. Addressing Disease-Related Malnutrition in Healthcare: A Latin American Perspective. *Journal of Parenteral and Enteral Nutrition* 2015;20(10); 201X 1 –7.
5. Malnutrición OMS web, FAO/OMS Segunda Conferencia Internacional sobre nutrición (CIN2) Disponible en: www.who.int/features/qa/malnutrition/es/
6. Ulíbarri. La desnutrición clínica en 2014; patogenia, detección precoz y consecuencias; desnutrición y trofopatía. *NutrHosp.* 2014; 29(4):785-796.
7. FELANPE. Evaluación del estado nutricional en paciente hospitalizado consenso para latinoamerica.2008.
8. Norman K, Pichard C, Lochs H, Pirlich M. Prognostic impact of disease-related malnutrition. *Clinical Nutrition*, 2008; 27:5–15.
9. Tapia MJ, Ocón J, et al. Nutrition-related risk indexes and long-term mortality in non critically ill patients who receive total parenteral nutrition (prospective multicenter study), Study Group of Hyperglycemia in Parenteral Nutrition. Nutrition Area of the Spanish Society of Endocrinology and Nutrition (SEEN). *Clinical Nutrition*, 2015;34(5):962–967.
10. Rodríguez de Miranda A, Santana Porbén S, Borbolla Busquets E. Estado nutricional perioperatorio en pacientes de cirugía mayor del tracto gastrointestinal. *Revista Cubana AlimentNutr* 2007; 61-71.
11. Waitzberg DL, Ravacci GR, Raslan M. Desnutrición hospitalaria. *NutrHosp.* 2011; 26(2): 254-264.

12. Norman K, Pichard C, Lochsa H, Pirlich M. Prognostic impact of disease-related malnutrition. *Clin Nutr*. 2008; 27: 5–15.
13. Gil Hernández A; coordinadores Álvarez Hernández J, Culebras Fernández JM, et al. Tratado de nutrición: Nutrición Clínica. Tomo IV. 2ª ed. Madrid: Editorial Panamericana. 2010.
14. Saunders J, Smith T. Malnutrition: causes and consequences. *Clinical Medicine* 2010, Vol 10, No 6: 624–7.
15. Detsky AS, Mc Laughlin JR, Baker JP, Johnson N, Whittaker S, Mendelson RA, Jeegeebhoy KN. What is subjective global assessment of nutritional status? *J Parenter Enteral Nutr*, 1987; 11:8-13.
16. Kondrup J, Johansen N, Plum LM, Bak L, Hjlund Larsen I, et al. Incidence of nutritional risk and causes of inadequate nutritional care in hospitals. *Clin Nutr* (2002); 21(6): 461–468.
17. Monti R. Desnutrición hospitalaria: una patología subdiagnosticada. *Revista de la Asociación Médica Argentina*, 2008; 121(4).
18. Sánchez A. Evolución de parámetros clínicos en pacientes quirúrgicos sometidos a cribado nutricional CIPA vs. Valoración Global Subjetiva. [citado 23 de enero de 2021]; [Tesis] Facultad de Ciencias de la Salud, Universidad de la Laguna, Tenerife. España; 2019. Disponible en: <https://riull.ull.es/xmlui/bitstream/handle/915/15286/Evolucion+de+parametros+clnicos+en+pacientes+quirurgicos+sometidos+a+cribado+nutricional+CIPA+vs.+Valoracion+Global+Subjetiva..pdf?sequence=1>
19. Navarro, N., Mazariegos, E., Arriola, C., Aldana, A., Velásquez G. Estado nutricional preoperatorio. *Revista Ciencia Multidisciplinaria CUNORI*, 2019; [citado 23 de enero de 2021]; 3(1):43-50. DOI: <https://doi.org/10.36314/cunori.v3i1.78>
20. Godoy GK. Evaluación nutricional mediante la aplicación de la escala de Valoración Subjetiva Global del estado nutricional (VSG) en pacientes de 18 a 64 años. Hospital general de macas. Enero-junio 2017. [citado 23 de enero de 2021]; [Tesis]. Facultad de Medicina, Universidad Católica de Cuenca, Ecuador; 2017. Disponible en: <https://dspace.ucacue.edu.ec/bitstream/ucacue/7022/1/9BT2017-MTI14.pdf>
21. Silva M. Diagnóstico de riesgo y evolución del estado nutricional mediante la Valoración Global Subjetiva (VGS) y la herramienta de Evaluación de la Malnutrición Hospitalaria (HEMAN) en pacientes hospitalizados en el servicio de cirugía general del Hospital Universitario “Dr. Ángel Larralde”. Período marzo-

junio, 2018. [citado 23 de enero de 2021]; [Tesis]. Facultad de Ciencias de la Salud. Universidad de Carabobo, Venezuela; 2018. Disponible en: <http://www.riuc.bc.uc.edu.ve/bitstream/123456789/7679/3/msilva.pdf>

22. Finali M, Lopez P, Pacheco L, Rodríguez L. Estado nutricional en pacientes quirúrgicos del Hospital Universitario Ruiz y Páez, Ciudad Bolívar, 2016. Rev Hisp Cienc Salud [Internet]. 15 de enero de 2018 [citado 23 de enero de 2021]; 3(4):129-138. Disponible en: <https://www.uhsalud.com/index.php/revhispano/article/view/333>
23. Bravo J. Valoración Global Subjetiva y el Instant Nutricional Assessment en la evaluación de la nutrición de los pacientes hospitalizados en el Servicio de Cirugía General del Hospital Universitario “Dr. Ángel Larralde” durante el período Agosto- Noviembre 2014.; [Tesis]. Facultad de Ciencias de la Salud. Universidad de Carabobo, Venezuela; 2014. Biblioteca Ciencias de la Vida Universidad de Carabobo.



ANEXO A
MINISTERIO DEL PODER POPULAR PARA EL PROCESO SOCIAL DE TRABAJO
INSTITUTO VENEZOLANO DE LOS SEGUROS SOCIALES
Hospital Universitario "Dr. Ángel Larralde"
Dirección de Docencia e Investigación.

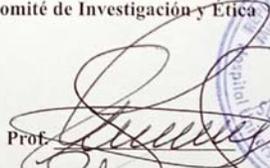
AVAL DE COMITÉ DE INVESTIGACIÓN Y ÉTICA

Quienes suscriben, Miembros del Comité de Investigación y Ética del Hospital Universitario "Dr. Ángel Larralde" del Instituto Venezolano de los Seguros Sociales que funciona en Bárbula, Estado Carabobo, Hacen constar que han leído y evaluado el proyecto de Investigación, presentado por el (la) ciudadano (a) Dr. **Luis Fernando Oliveros Martínez**, cédula de identidad N° V-19.021.584, para optar al título de ESPECIALISTA en CIRUGÍA GENERAL, cuyo título es "**Valoración Global Subjetiva ante y después del Acto Quirúrgico**", y que el mismo está **APROBADO** ya que reúne los requisitos de factibilidad, originalidad e interés que plantea la línea de investigación: "**PATOLOGÍAS Y PROCEDIMIENTOS QUIRÚRGICOS**"/ "**MORBI-MORTALIDAD OPERATORIA**"/ "**EVALUACION NUTRICIONAL**"/ "**CARACTERIZACION EPIDEMIOLOGICA**", establecida para la Especialidad, considerando la pertinencia de la investigación, el rigor metodológico, su calidad científica, la coherencia y la racionalidad del presupuesto propuesto y el cumplimiento de las normas científicas, técnicas y éticas, nacionales e internacionales que rigen este tipo de investigaciones. Igualmente, el mencionado Proyecto está enmarcado dentro de la normativa para la elaboración y presentación de los trabajos de grados para esta Especialización.

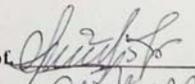
El profesor (a): Dra. Aliuba Morales Freites, CI V- 10.324.037, aceptó la tutoría clínica de este trabajo.

En Valencia, 28 días del mes de Abril del año 2021.

Comité de Investigación y Ética

Prof. 

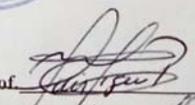
Nombre: Pedro Salinas
C.I. 15.123.079

Prof. 

Nombre: Aliuba Morales

C.I. 10324037

Sello

Prof. 

Nombre: Luis F. Pérez Cornejo

C.I. 15.722.071



ANEXO B



UNIVERSIDAD DE CARABOBO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
DIRECCIÓN DE POSTGRADO
POSTGRADO EN CIRUGÍA GENERAL
HOSPITAL UNIVERSITARIO DR. ÁNGEL LARRALDE
SERVICIO DE CIRUGIA GENERAL



CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo, _____ titular de la cédula de identidad _____, mayor de edad, en pleno uso de mis facultades mentales; acepto participar libre y voluntariamente como sujeto de muestra en la investigación llevada a cabo por el Dr. Luis Oliveros, C.I: V- 19.021.584, bajo la tutoría clínica de la Dra. Aliuba Morales Freites, C.I: V-10.324.037, que tiene como objetivo general: **Comparar la Valoración Global Subjetiva previa y posterior al acto quirúrgico en pacientes del Servicio de Cirugía General del Hospital Universitario “Dr. Ángel Larralde” durante el período Abril-Septiembre 2021.** Dejo claro que estoy consciente que los datos obtenidos en este estudio serán anónimos y utilizados con fines médicos y científicos.

Firmo conforme, en Bárbula, a los _____ días del mes de _____ de 2021.

Paciente

--	--

Familiar y/o Testigo

--	--

Dr. Luis Oliveros

ANEXO C: FICHA DE RECOLECCIÓN DE DATOS

HN°		EDAD:		SEXO:	Masc: <input checked="" type="radio"/>	Fem: <input type="radio"/>
FECHA DE INGRESO:	FECHA DE EGRESO:	DIAS TRANCURRIDOS DESDE IEA:		DÍAS TRASC.PARA RESOLUCIÓN QUIRÚRGICA		
TIPO DE INGRESO:	EMERGENCIA: <input checked="" type="radio"/>	DIAGNÓSTICO DE INGRESO:				
	ELECTIVA: <input checked="" type="radio"/>	DIAGNÓSTICO DE EGRESO:				
ANTECEDENTES PERSONALES:						
DM: <input checked="" type="radio"/>	ASMA: <input checked="" type="radio"/>	QX. PREVIOS: <input checked="" type="radio"/>	OTROS: <input checked="" type="radio"/>	PESO:	TALLA:	IMC:
HTA: <input checked="" type="radio"/>	CÁNCER: <input checked="" type="radio"/>	MENCIONE CUÁL:				
COMPLICACIONES:	SI: <input checked="" type="radio"/>	MENCIONE CUÁL:				
	NO: <input checked="" type="radio"/>					
VALORACIÓN GLOBAL SUBJETIVA PREVIA A LA CIRUGÍA						
Variación de Peso	Peso Actual: ___ kg Peso Usual: ___ kg ___ Sin cambios ___ Cambios en un mes ___ Cambios en 6 meses					
%PP= (PU-PA) x 100	___ Cambios en 2 últimas sem.: Incremento Sin cambios Disminución					
Ingesta Alimentaria	___ Sin cambios ___ Disminución ___ Reduc. intencional ___ Reduc. no intencional ___ Incremento					
Síntomas Gastrointestinales	Semanas: ___ Dieta sólida insuficiente ___ Líquida completa ___ Líquida hipocalórica ___ Ayuno ___ Ninguno ___ Diarrea ___ Disfagia ___ Nauseas ___ Vómitos ___ Anorexia <i>(Síntomas persistentes por más de 2 semanas)</i>					
Capacidad Funcional	___ Sin disfunción ___ Disfunción Duración: ___ semanas. Tipo: ___ Disminución en el trabajo ___ Ambulatorio ___ Reducido al lecho					
Patología y su relación con los req. nutricionales	Dx primario: _____ Demanda metabólica (estrés): Sin estrés Leve Moderado Severo					
EXAMEN FÍSICO						
EXAMEN	Normal (0)	Leve (+1)	Moderado (+2)	Severo (+3)		
Pérdida de Grasa Subcutánea						
Pérdida de Masa Muscular						
Edemas (Tobillos)						
Edemas región sacra						
Ascitis						
VGS: ___ A= Bien nutrido ___ B= Moderadamente desnutrido ___ C= Severamente desnutrido						
VALORACIÓN GLOBAL SUBJETIVA POSTERIOR A LA CIRUGÍA						
Variación de Peso	Peso Actual: ___ kg Peso Usual: ___ kg ___ Sin cambios ___ Cambios en un mes ___ Cambios en 6 meses					
%PP= (PU-PA) x 100	___ Cambios en 2 últimas sem.: Incremento Sin cambios Disminución					
Ingesta Alimentaria	___ Sin cambios ___ Disminución ___ Reduc. intencional ___ Reduc. no intencional ___ Incremento					
Síntomas Gastrointestinales	Semanas: ___ Dieta sólida insuficiente ___ Líquida completa ___ Líquida hipocalórica ___ Ayuno ___ Ninguno ___ Diarrea ___ Disfagia ___ Nauseas ___ Vómitos ___ Anorexia <i>(Síntomas persistentes por más de 2 semanas)</i>					
Capacidad Funcional	___ Sin disfunción ___ Disfunción Duración: ___ semanas. Tipo: ___ Disminución en el trabajo ___ Ambulatorio ___ Reducido al lecho					
Patología y su relación con los req. nutricionales	Dx primario: _____ Demanda metabólica (estrés): Sin estrés Leve Moderado Severo					
EXAMEN FÍSICO						
EXAMEN	Normal (0)	Leve (+1)	Moderado (+2)	Severo (+3)		
Pérdida de Grasa Subcutánea						
Pérdida de Masa Muscular						
Edemas (Tobillos)						
Edemas región sacra						
Ascitis						
VGS: ___ A= Bien nutrido ___ B= Moderadamente desnutrido ___ C= Severamente desnutrido						

(Detsky et al 1987)

ANEXO D:

CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES

**VALORACIÓN GLOBAL SUBJETIVA ANTES Y
DESPUÉS DEL ACTO QUIRÚRGICO**

ACTIVIDADES	AÑO 2021									
	ENE	FEB	MAR	ABR	MAY	JUN	JUL	AGO	SEP	OCT
Planificación del proyecto y escogencia del tema	X	X								
Revisión de la bibliografía y artículos relacionados	X	X								
Planteamiento de objetivos y marco metodológico		X								
Elaboración de Instrumento de recolección de datos		X	X	X						
Presentación y Aprobación del Proyecto			X	X						
Recolección de la muestra				X	X	X	X	X		
Elaboración de tablas y análisis estadísticos de la muestra recogida								X		
Análisis de Resultados y Elaboración de la Discusión								X		
Elaboración de Conclusiones y Recomendaciones								X		
Revisión Final del Informe definitivo								X	X	
Defensa de la Tesis										X

AUTOR:

DR. LUIS FERNANDO OLIVEROS

TUTOR:

DRA. ALIUBA MORALES FREITES