

UNIVERSIDAD DE CARABOBO
AREA DE ESTUDIOS DE POSGRADO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
HOSPITAL UNIVERSITARIO "DR. ANGEL LARRALDE"
POSTGRADO DE CIRUGIA GENERAL

**VALORACION GLOBAL SUBJETIVA COMO METODO DE TAMIZAJE
NUTRICIONAL EN PACIENTES ANCIANOS EN EL SERVICIO DE CIRUGIA
DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO "DR. ANGEL LARRALDE".
AGOSTO-NOVIEMBRE 2011**

AUTOR(A): Vilma Susana Muñoz Sierra

TUTOR: Dr. Carlos Hartmann

Diciembre 2011

UNIVERSIDAD DE CARABOBO
ÁREA DE ESTUDIOS DE POSTGRADO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
HOSPITAL UNIVERSITARIO “DR. ÁNGEL LARRALDE”
POSTGRADO DE CIRUGÍA GENERAL

VEREDICTO

Nosotros, miembros del jurado designados para la evaluación del trabajo de grado titulado: **VALORACION GLOBAL SUBJETIVA COMO METODO DE TAMIZAJE NUTRICIONAL EN PACIENTES ANCIANOS EN EL SERVICIO DE CIRUGIA DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO “DR. ANGEL LARRALDE” AGOSTO-NOVIEMBRE 2011**, presentado por la ciudadana **VILMA SUSANA MUÑOZ SIERRA**, para optar al título de **ESPECIALISTA EN CIRUGÍA GENERAL**, estimamos que el mismo reúne los requisitos para ser considerado como _____.

Nombres y Apellidos

Cédula de Identidad

Firma

Valencia Diciembre 2011

RESUMEN

VALORACION GLOBAL SUBJETIVA COMO METODO DE TAMIZAJE NUTRICIONAL EN PACIENTES ANCIANOS EN EL SERVICIO DE CIRUGIA HOSPITAL UNIVERSITARIO “DR. ANGEL LARRALDE”. AGOSTO – NOVIEMBRE 2011.

Autor: Vilma Susana Muñoz Sierra.

Tutor: Dr. Carlos Hartmann

Diciembre 2011

Objetivo: Establecer Valoración Global Subjetiva como método de tamizaje nutricional en pacientes ancianos ingresados en el servicio de Cirugía del Hospital Universitario “Dr. Ángel Larralde” durante el periodo Agosto-Noviembre 2011. **Metodología:** Se realizó un estudio observacional descriptivo, no experimental, de campo, prospectivo. La población estuvo representada por la totalidad de ancianos hospitalizados en el Hospital “Ángel Larralde” en el lapso agosto- noviembre de 2011. La muestra fue de tipo no probabilística deliberada, constituida por 50 pacientes mayores o iguales a 65 años de edad. Se recolectaron datos referentes a los establecidos a la tabla de Valoración Global Subjetiva (VSG) tanto en el ingreso como al egreso, documentándolos en el instrumento de recolección. **Resultados:** Los pacientes estudiados registraron una edad promedio de 69,46 años \pm 0,63; con un intervalo de distribución entre 65 y 69 años con 62%, predominando el sexo masculino en 60%. Al momento del ingreso VSG, predominaron los pacientes moderadamente malnutridos o en riesgo de desnutrición con 40%. Al egreso prevalecieron los pacientes moderadamente malnutridos o en riesgo de desnutrición con 63,27%. Se encontró una diferencia estadísticamente significativa entre el porcentaje de pacientes bien nutridos tanto en el ingreso como en el egreso P valor= 0,0214; también se encontró una diferencia estadísticamente significativa entre el porcentaje de pacientes moderadamente malnutridos o en riesgo de desnutrición según los dos momentos P valor= 0,0164. **Conclusión:** La desnutrición está presente en 40% de los pacientes hospitalizados en nuestro centro dato que coincide con los reportados en todas las literaturas y estudios realizados anteriormente.

Palabras clave: Valoración global Subjetiva, Desnutrición.

INTRODUCCION

La desnutrición afecta al 30-50% de los pacientes hospitalizados de todas las edades, tanto por causas médicas como quirúrgicas, aumentando a medida que se prolonga la estancia hospitalaria. Así, se estima que en torno al 35% de las personas que ingresan tienen desnutrición, una cifra que se dobla durante su estancia en el centro. El compromiso nutricional es multifactorial, y su desarrollo se favorece por el ayuno parcial, el aumento del gasto energético por estrés y las alteraciones metabólicas propias de cada patología. ⁽¹⁻²⁻³⁾

Hay que destacar que, desde los primeros estudios publicados sobre prevalencia de desnutrición hospitalaria hasta los estudios más recientes, los porcentajes de pacientes hospitalizados desnutridos no han variado sustancialmente a pesar de las grandes mejoras en las técnicas de alimentación, dietética y soporte nutricional artificial. ⁽¹⁾ La edad se acompaña de una serie de circunstancias fisiológicas, económicas y sociales que contribuyen a afectar de manera adversa el estado nutricional de la población anciana, comporta siempre una peor calidad de vida, evolución tórpida de las enfermedades, estancias hospitalarias prolongadas, reingresos hospitalarios, y, en definitiva un mayor deterioro económico y social, que podría en parte evitarse si se llevaran a cabo todas aquellas maniobras destinadas a prevenir el desarrollo de la desnutrición o a tratarla precozmente. ⁽²⁾

La malnutrición hospitalaria, tanto en ancianos como en pacientes más jóvenes, no es un hallazgo nuevo; si bien solo recientemente comienza a comprenderse la extensión y magnitud del problema. Estudios realizados hace 25 años ya establecieron que 50% de los pacientes quirúrgicos y un 44% de los pacientes médicos mostraban signos de malnutrición, por lo que la importancia de un buen estado nutricional para mantener una respuesta adecuada frente a la enfermedad es hoy incuestionable. Teniendo

en cuenta estas consideraciones es fundamental que, cuando el paciente vaya a ser internado en un centro hospitalario, se valore su estado nutricional. ⁽⁴⁾

Un estudio realizado en el año 2008, donde Hartmann y col., llevaron a cabo una investigación donde el objetivo fue determinar el estado nutricional de los adultos mayores hospitalizados en centro privado; Centro Médico “Dr. Rafael Guerra Mendez”, Valencia-Venezuela, haciendo uso de la Valoración Global Subjetiva (VGS); fue un estudio retrospectivo, durante el periodo Enero - Diciembre 2008, estudiando 396 pacientes mayores de 60 que ingresaron a la institución, a los cuales, se les aplicó el formulario de Valoración Global Subjetiva (Desky 1987). Los Pacientes fueron clasificados como A cuando estaba bien nutridos; B moderadamente malnutridos (o en riesgo de desnutrición) y C severamente malnutridos. Obteniéndose como resultado; 171 pacientes (43,18%) con diagnóstico, según VGS, de Bien Nutrido, 185 pacientes (46,71%) moderadamente mal nutrido o en riesgo de desnutrición y 40 pacientes (10,10%) severamente mal nutridos. Concluyendo, que a pesar de ser un centro privado más del 50% de los pacientes presentaron algún grado de desnutrición, siendo la intervención del equipo de soporte nutricional fundamental en el manejo y evolución favorable de estos pacientes. ⁽⁵⁾

Blanco y Col. (2004), diseñaron un estudio prospectivo y aleatorio, en el cual se incluyeron 50 pacientes ingresados en el Hospital Santa Maria de Rosell, España, entre el 1 de octubre y el 31 de diciembre del 2004, siendo desestimados 9 casos por fallos en las analíticas. En los tres primeros días de estancia hospitalaria se les realizó antropometría (peso, talla, circunferencia del brazo y medida del pliegue tricípital), bioquímica (hemograma, albúmina, prealbúmina, proteína ligada al retinol, transferrina y colesterol) dos encuestas de valoración nutricional (Valoración Subjetiva Global (VSG) y *Mini Nutritional Assessment* (MNA)). El objetivo fue aplicar a un mismo grupo de pacientes

distintos métodos de valoración nutricional (objetivos y subjetivos) a su ingreso hospitalario, a fin de valorar el grado de efectividad para su aplicación en la clínica. Se aplico el test de χ^2 para comparar los resultados obtenidos de los diferentes métodos objetivos, por separado y en conjunto, con métodos MNA y VSG, estableciéndose las siguientes comparaciones: Antropometría/MNA, Bioquímica/MNA, Inmunología/MNA, Chang/MNA, Antropometría/VSG, Bioquímica/VSG, Inmunología/VSG, Chang/VSG y MNA/VSG. La significación estadística se considero para unvalor de $p < 0,05$. No se observo significación estadística en la relación entre cualquiera de los tres tipos de parámetros objetivos estudiados: (bioquímica, antropometría e inmunología) considerados aisladamente y las dos encuestas de valoración nutricional. En cambio, la significación fue positiva al relacionar los resultados obtenidos por el método de Chang que engloba los tres tipos de parámetros objetivos, con los resultados de la MNA y de la VSG.

También se alcanzó significación estadística al relacionar entre sí los dos métodos subjetivos empleados: la MNA y la VSG. Tanto la VSG como la MNA constituyen un buen indicador para determinar los pacientes en alto riesgo de desarrollar complicaciones atribuibles a la desnutrición. Pudiéndose atribuir un poder predictivo igual al de los datos de objetivos considerados en conjunto. ⁽⁶⁾

En ese mismo orden, en el año 2001, Dan L Waitzberg MD y Col. (Hospital malnutrition: the Brazilian national survey (IBRANUTRI): a study of 4000 patients); evaluaron el estado nutricional y la prevalencia de la desnutrición en los pacientes del hospital según lo determinado por el Formulario de Valoración Global Subjetiva, la conciencia de la situación nutricional de los pacientes por los equipos de salud, y el uso de la terapia nutricional. Se incluyó a 4.000 pacientes hospitalizados y al menos 18 años que fueron cubiertos por el sistema brasileño de Salud Pública en un estudio transversal, multicéntrico. Concluyeron, que la desnutrición está presente en 48,1% de los pacientes y

la desnutrición severa estuvo presente en 12,5% de los pacientes. La desnutrición estuvo relacionada con el diagnóstico primario al ingreso, la edad (60 años), la presencia de cáncer o infección, y la estancia hospitalaria más prolongada ($p < 0,05$). Menos del 18,8% de los registros de los pacientes contenía información relacionadas con la nutrición. La terapia nutricional se utilizó en 7,3% de los pacientes (6,1% nutrición enteral y 1,2% nutrición parenteral).⁽⁷⁾

Guillen-Mayorga y col (1999), determinaron el estado nutricional de pacientes hospitalizados en las salas de medicina interna del Hospital Escuela e Instituto hondureño de seguridad social, aplicando la Valoración global Subjetiva a pacientes con riesgo de desnutrición o gravemente desnutridos. Se estudiaron estos pacientes antes y después de brindarle enseñanza a los médicos especialistas y residentes sobre el sistema de Valoración Global Subjetiva. Durante el periodo de pre educación se evaluaron 186 pacientes, el porcentaje de detección fue de 9,1%, incrementando a 20% en el periodo de post educación ($p: 0,003$) lo cual es estadísticamente significativo. Se aplicó VSG a 203 pacientes obteniendo 43,3% con riesgo de desnutrición o gravemente desnutrido. Concluyeron que la VGS es de fácil aplicación y reproductibilidad para detección de problemas nutricionales. La desnutrición es un problema inherente a los hospitales, siendo no diagnosticada y no tratada y que la educación del equipo médico puede corregir efectivamente este problema.⁽⁸⁾

La prevalencia de desnutrición en la población anciana que vive en su domicilio varía entre el 3 y 5%, Sin embargo en los hospitalizados en servicios médicos el porcentaje aumenta al 20-40%, en los servicios quirúrgicos esta alrededor del 40-60% y en los institucionalizados puede alcanzar cifras por encima del 60%.⁽⁹⁾ La etiología de la malnutrición es multifactorial.; por un lado están los problemas derivados de la edad avanzada y que afectan de forma importante a todo el funcionamiento del aparato

digestivo dando lugar a disfagia, estreñimiento, malabsorción, entendiéndose como tal, la absorción defectuosa de los nutrientes por la mucosa intestinal a nivel de las diferentes etapas o fases; bien sea en la fase luminal, en la fase mucosa y finalmente a nivel del transporte hacia los enterocitos y de allí a la circulación⁽¹⁰⁻¹¹⁻¹²⁾; siendo la desnutrición su complicación más frecuente, ya que es un estado donde hay un balance negativo que presenta como características la depleción orgánica y cambios en la composición bioquímica del organismo; pudiéndose expresar con un conjunto de fenómenos de dilución, hipofusión y atrofia; asociado frecuentemente con disminución del tejido graso e hipoproteinemia, que interfiere con la respuesta normal del huésped frente a su enfermedad y su tratamiento.⁽¹³⁻¹⁴⁾ Estos pacientes corren el riesgo de predisposición a las infecciones, debilidad e inmovilidad, retrasando así, la recuperación de enfermedades y a su vez aumenta la mortalidad.⁽¹⁵⁻¹⁶⁾

Por otro lado hay que tener en cuenta problemas socio-económicos (aislamiento social, bajo poder adquisitivo, etc.), problemas psicológicos (trastornos del comportamiento alimentario, depresión), la disgeusia, que se presenta por la polimedicación, y otros fundamentales como las enfermedades de base y por consiguiente presentar riesgo de interacción fármaco- nutriente, etc.⁽⁴⁻⁹⁾

De todos es conocido que la desnutrición en cualquier grupo etáreo está directamente relacionada con un aumento en la morbi-mortalidad y empeora de forma determinante la calidad de vida, ya que predispone a la aparición de otras patologías, que afecta negativamente la capacidad funcional del individuo, es decir, la aptitud para ejecutar eficientemente las actividades básicas e instrumentales de la vida diaria, refiriéndose a los comportamientos que las personas deben realizar para cuidar de sí mismos y vivir de forma independiente y autónoma.⁽¹⁷⁾ Aumentando el riesgo de precisar

hospitalización y/o institucionalización. Como es lógico, el anciano no escapa a ninguna de estas consecuencias, es más, por la edad es más sensible a ellas. ⁽²⁻⁹⁾

Por ello en el presente estudio se quiere demostrar que una vez establecidos el riesgo nutricional o la desnutrición del paciente anciano; entendiéndose como ancianidad, a adultos mayores o iguales a 65 años;⁽¹⁸⁻¹⁹⁾; se requiere poner en marcha medidas de soporte que eviten un deterioro mayor o que permitan la reversión del proceso. ⁽¹⁸⁾

Existen varios protocolos de uso hospitalario para valoración nutricional, la cual está dirigida a describir las carencias de un determinado paciente y cuantificarlas en relación con el riesgo que comportará en el individuo en cuestión, una determinada enfermedad o un tratamiento concreto. Si la desnutrición se valora simplemente bajo el punto de vista cuantitativo, se olvida el aspecto de riesgo o perjuicio para el enfermo ⁽¹⁴⁻²⁰⁾. Motivo por el cual para el presente trabajo se ha elegido, la valoración global subjetiva, porque constituye una evaluación simple, rápida, barata y validada internacionalmente que tiene en cuenta la función cognitiva, el estado funcional y dietético del paciente. La finalidad del mismo se concentra en el desarrollo y la validación de herramientas simples de cribado nutricional ⁽⁴⁻¹⁸⁾. Esto nos permitirá determinar la Valoración Global Subjetiva como método de evaluación nutricional en pacientes ancianos ingresados en el Servicio de Cirugía del Hospital Universitario “Dr. Ángel Larralde” durante el periodo Agosto-Noviembre 2011.

OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN

Objetivo General:

- Establecer Valoración Global Subjetiva como método de tamizaje nutricional en pacientes ancianos ingresados en el servicio de Cirugía del Hospital Universitario “Dr. Ángel Larralde” durante el periodo Agosto-Noviembre 2011.

Objetivos Específicos:

- Determinar edad y sexo en la muestra estudiada.
- Identificar el estado nutricional de los pacientes ancianos que ingresan al servicio de cirugía del Centro Hospitalario “Dr. Ángel Larralde” por el método de Valoración Global Subjetiva durante el periodo Agosto – Noviembre 2011.
- Determinar el estado nutricional de los pacientes ancianos al momento de egreso del servicio de cirugía del centro hospitalario “Dr. Ángel Larralde” por el método de Valoración Global Subjetiva durante el periodo Agosto – Noviembre 2011.
- Comparar la Valoración Global Subjetiva al ingreso y egreso de la muestra.

METODOLOGIA

Se trató de un estudio observacional descriptivo de diseño no experimental, de campo, prospectivo. La población estuvo representada por la totalidad de ancianos hospitalizados en el Hospital “Ángel Larralde” en el lapso comprendido entre agosto-noviembre de 2011.

La muestra de estudio fue de tipo no probabilística deliberada, la cual estuvo constituida por 50 pacientes que cumplieron con los siguientes criterios de inclusión: todos los pacientes mayores o iguales a 65 años de edad hospitalizados en el servicio de cirugía del Hospital Universitario “Dr. Ángel Larralde”. Durante el intervalo, se recolectaron datos referentes a los establecidos a la tabla de Valoración Global Subjetiva (Anexo 1 y 2) tanto en el ingreso como al egreso del paciente, documentándolos en el instrumento de recolección.

La Valoración Global Subjetiva (o SGA, por sus siglas en inglés, Subjective Global Assessment) es una prueba de tamizaje desarrollada por Detsky et al, en 1987, en el Hospital General de Toronto, la cual es un método clínico de valoración nutricional de un paciente a través de la historia clínica y la exploración física. Aunque originalmente la prueba fue diseñada exclusivamente para pacientes sometidos a cirugías gastrointestinales, actualmente se aplica para prácticamente todos los cuadros clínicos con los que puede cursar un paciente ⁽⁶⁾.

Es un método sencillo, fácil de aplicar, de bajo costo y de formato único para hacer una evaluación nutricional. En la actualidad se ha demostrado que tiene una precisión fidedigna del estado nutricional del paciente. ⁽¹³⁾

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

- A. Pacientes con un adecuado estado nutricional (normo nutrición).
- B. Sospecha de malnutrición, malnutrición moderada o paciente en riesgo de desnutrición (pérdida de peso 5-10% en seis meses, reducción de ingesta en dos semanas y pérdida de tejido subcutáneo, o bien enfermedad actual o comorbilidades).
- C. Pacientes que presentan una malnutrición severa (pérdida de peso mayor del 10% en seis meses, con edema y pérdida severa de tejido subcutáneo y muscular). ⁽¹⁹⁾

Una vez recolectada la información, se sistematizó en una base de datos en Microsoft® Excel, para luego ser analizada a través de la estadística descriptiva en tablas comparativas de distribuciones de frecuencia (valores absolutos, valores porcentuales). Se realizó además el análisis estadístico inferencial a partir de la prueba de hipótesis para diferencia entre porcentajes (prueba Z) y se compararon los promedios según la VGS a través del análisis de la Varianza (ANOVA) aceptándose como significancia estadística p valores inferiores a 0.05.

RESULTADOS

TABLA N° 1

EDAD Y SEXO EN LA MUESTRA ESTUDIADA. PACIENTES ANCIANOS ATENDIDOS EN EL SERVICIO DE CIRUGÍA HOSPITAL UNIVERSITARIO DR. ÁNGEL LARRALDE. PERIODO AGOSTO-NOVIEMBRE 2011.

EDAD (años)	FEMENINO		MASCULINO		TOTAL	
	f	%	f	%	f	%
65 – 69	13	26	18	36	31	62
70 – 74	3	6	7	14	10	20
75 – 79	4	8	5	10	9	18
TOTAL	20	40	30	60	50	100

Fuente: Datos propios de la Investigación. (Vilma; 2011)

Los pacientes estudiados registraron una edad promedio de 69,46 años \pm 0,63, con una variabilidad promedio de 4,47 años, una edad mínima de 65 años, una máxima de 78 años y un coeficiente de variación de 6% (serie homogénea entre sus datos). Según los intervalos propuestos en la distribución se tiene que aquellos pacientes con 65 y 69 años fue el más frecuente con 62% (31 casos) predominando en ambos sexos. El segundo grupo de edad más frecuente fue el de 70 a 74 (20%= 10 casos). El sexo que predominó entre los pacientes estudiados fue el masculino con un 60% (30 casos), mientras que el femenino representó 40% (20 casos).

TABLA N° 2

**VALORACIÓN GLOBAL SUBJETIVA AL INGRESO EN PACIENTES
ANCIANOS ATENDIDOS EN EL SERVICIO DE CIRUGÍA HOSPITAL
UNIVERSITARIO DR. ÁNGEL LARRALDE.
PERIODO AGOSTO-NOVIEMBRE 2011.**

MOMENTO	INGRESO	
VALORACIÓN GLOBAL SUBJETIVA	f	%
Bien nutrido	18	36
Moderadamente malnutrido o en riesgo de desnutrición	20	40
Severamente Malnutrido	12	24
TOTAL	50	100

Fuente: Datos propios de la Investigación (Vilma; 2011)

Al momento del ingreso según la valoración global subjetiva predominaron los pacientes moderadamente malnutridos o en riesgo de desnutrición con 40% (20 casos), seguida de los pacientes bien nutridos (36%= 18 casos).

TABLA N° 3

**VALORACIÓN GLOBAL SUBJETIVA AL EGRESO EN PACIENTES ANCIANOS
ATENDIDOS EN EL SERVICIO DE CIRUGÍA HOSPITAL UNIVERSITARIO DR.
ÁNGEL LARRALDE.
PERIODO AGOSTO-NOVIEMBRE 2011.**

MOMENTO	EGRESO	
VALORACIÓN GLOBAL SUBJETIVA	f	%
Bien nutrido	8	16,33
Moderadamente malnutrido o en riesgo de desnutrición	31	63,27
Severamente Malnutrido	10	20,41
TOTAL	50	100

Fuente: Datos propios de la Investigación (Vilma; 2011)

Al momento del egreso siguen predominando los pacientes moderadamente malnutridos o en riesgo de desnutrición con 63,27% (31 casos), seguidos de los pacientes severamente malnutridos (20,41%= 10 casos).

TABLA N° 4

COMPARACIÓN DE LA VALORACIÓN GLOBAL SUBJETIVA AL INGRESO Y EGRESO. PACIENTES ANCIANOS ATENDIDOS EN EL SERVICIO DE CIRUGÍA HOSPITAL UNIVERSITARIO DR. ÁNGEL LARRALDE. PERIODO AGOSTO-NOVIEMBRE 2011.

MOMENTO	INGRESO		EGRESO	
VALORACIÓN GLOBAL	F	%	f	%
SUBJETIVA				
Bien nutrido	18	36	8	16,33
Moderadamente malnutrido o en riesgo de desnutrición	20	40	31	63,27
Severamente Malnutrido	12	24	10	20,41
TOTAL	50	100	50	100

Fuente: Datos propios de la Investigación (Vilma; 2011)

Cuando se compararon los porcentajes de las categorías de la valoración global subjetiva en ambos momentos del estudio, se encontró una diferencia estadísticamente significativa entre el porcentaje de pacientes bien nutridos según los dos momentos ($Z=2,29$; $P \text{ valor}= 0,0214 < 0,05$); también se encontró una diferencia estadísticamente significativa entre el porcentaje de pacientes moderadamente malnutridos o en riesgo de desnutrición según los dos momentos ($Z= 2,39$; $P \text{ valor}= 0,0164 < 0,05$); no se encontró una diferencia estadísticamente significativa en cuanto al porcentaje de pacientes severamente malnutridos en ambos momentos de estudio ($Z= 0,43$; $P \text{ valor}= 0,6600 > 0,05$).

RESULTADOS

Los pacientes estudiados registraron una edad promedio de 69,46 años \pm 0,63. Según los intervalos propuestos en la distribución se tiene que aquellos pacientes con 65 y 69 años fue el más frecuente con 62% (31 casos). El sexo que predominó entre los pacientes estudiados fue el masculino con 60% (30 casos).

Al momento del ingreso según la Valoración Global Subjetiva, predominaron los pacientes moderadamente malnutridos o en riesgo de desnutrición con 40% (20 casos). Al egreso prevalecieron los pacientes moderadamente malnutridos o en riesgo de desnutrición con 63,27% (31 casos).

Cuando se compararon los porcentajes de las categorías de la valoración global subjetiva en ambos momentos del estudio, se encontró una diferencia estadísticamente significativa entre el porcentaje de pacientes bien nutridos según los dos momentos ($Z= 2,29$; $P \text{ valor}= 0,0214 < 0,05$); también se encontró una diferencia estadísticamente significativa entre el porcentaje de pacientes moderadamente malnutridos o en riesgo de desnutrición según los dos momentos ($Z= 2,39$; $P \text{ valor}= 0,0164 < 0,05$); no se encontró una diferencia estadísticamente significativa en cuanto al porcentaje de pacientes severamente malnutridos en ambos momentos de estudio ($Z= 0,43$; $P \text{ valor}= 0,6600 > 0,05$).

DISCUSION

Este trabajo se realizó con la finalidad de Establecer Valoración Global Subjetiva como método de tamizaje nutricional en pacientes ancianos ingresados en el servicio de Cirugía del Hospital Universitario “Dr. Ángel Larralde” durante el periodo Agosto-Noviembre 2011, además de evidenciar si ésta contrasta con la de otras instituciones del mundo y de nuestro país.

La prevalencia de los pacientes ancianos desnutridos hospitalizados en nuestro centro corresponde con los conocidos internacionalmente y reportados en todas las literaturas. Al momento del ingreso según la valoración global subjetiva predominaron los pacientes moderadamente malnutridos o en riesgo de desnutrición con 40%, coincidiendo con los estudios realizados en Venezuela por Hartmann y col ⁽⁵⁾. Observándose también expuesto en la investigación de IBANUTRI realizada en Brasil en el 2004 realizada por Dan L Waitzberg y col, en su estudio de 4000 pacientes ⁽⁷⁾, al igual que en el año 1999 lo evidenciaron Guillen-Mallorga y col ⁽⁸⁾. Aumentando en nuestra investigación de forma exponencial al momento del egreso con 67,23% de los casos.

Se pudo determinar también que la Valoración Global Subjetiva, como método de tamizaje para establecer el estado nutricional del paciente es de aplicación sencilla, rápida y económica, que puede ser reproducida tanto en centros públicos como privados y obtener un diagnóstico fidedigno y poner en marcha de forma precoz el soporte nutricional a los ancianos para así evitar el aumento de morbi-mortalidad así como la estancia hospitalaria prolongada así como demostró Blanco y Col en su estudio en el año 2001 ⁽⁶⁾

CONCLUSION

Las conclusiones que arrojó la investigación se presentan a continuación de forma específica en relación a los objetivos.

Las características epidemiológicas de los pacientes del estudio demuestran que en su mayoría estaban en las edades de 65 a 69 años, del sexo masculino.

Con respecto a Identificar el estado nutricional de los pacientes ancianos que ingresan al servicio de cirugía la mayoría presento una valoración nutricional que reportaba una desnutrición moderada o en riesgo de desnutrición.

En relación a Identificar el estado nutricional de los pacientes ancianos que egresaron del servicio de cirugía prevaleció aún más el diagnóstico de desnutrición moderada o en riesgo de desnutrición en la muestra reportada en 63,27% de los casos. Mientras que los bien nutridos solo era 16,33% de los casos y los severamente mal nutridos estaban reflejados en 20,41% de los casos.

En cuanto a Comparar la Valoración Global Subjetiva al ingreso y egreso de la muestra gran mayoría presentó un diagnóstico de desnutrición moderada o en riesgo de desnutrición, mientras que el diagnóstico de bien nutrido al ingreso fue de 36%, disminuyendo así al momento del egreso a 16,33% y en cuanto a los severamente mal nutridos, al ingreso se reportó 24% de los casos y al egreso 20,41%.

BIBLIOGRAFIA

1. Arias N Maria del C. Nutrición artificial. Guía clínica gallega de medicina interna. Extraído el 28 de agosto del 2011 de <http://www.meiga.info/guias/NutricionArtificial.pdf>.
2. SENPE; SEGG. Valoración nutricional en el anciano. s.lGalénitas-NigraTreas.n
3. Cantele HE, Mendez A. Semiología y Patología Quirúrgica. Capítulo 9. Nutrición Enteral y Parenteral Editorial Mc grawhill. 2003..Pedrotti Franco. Pp 71-88.
4. Gómez, M.^a J.; González V, F. M. y Sánchez A, C. Estudio del estado nutricional en la población anciana hospitalizada., Nutr. Hosp. [online]. 2005, vol.20, n.4, pp. 286-292. ISSN 0212-1611. Extraído el 10 de Junio del 2011 de http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=s0212-16112005000600008&script=sci_arttext
5. Hartmann C, Marulanda MI, Anidjar J et al. "Valoración Global Subjetiva en Adultos Mayores Hospitalizados en un Centro Privado". Unidad de Soporte Nutricional y Metabólico. Centro Medico Dr. Rafael Guerra Méndez, Valencia, Estado Carabobo. Congreso Venezolano de Nutrición Parenteral y Enteral. Caracas, 2009.
6. Villamayor M, Llimera C, Vidal J. Valoración nutricional al ingreso hospitalario: iniciación al estudio entre distintas metodologías.
7. Waitzberg D, Waleska C, CorrieaMI. Hospital Malnutrition: the Brazilian national survey (IBRANUTRI): a study of 4000 patients. 7. Nutrition. Volumen 17, Issues 7-8, July-August 2001, Pages 573-580. NutrHosp. 2006;21:163-72. Extraído el 26 de mayo del 2011 de <http://scholar.googleusercontent.com/scholar?q=cache:zUnJ7wo79GQJ:scholar.google.com/>

+APLICACION+DE+VALORACION+GLOBAL+SUBJETIVA+COMO+MET
ODO+DE+EVALUACION+NUTRICIONAL&hl=es&as_sdt=0&as_vis=1

8. Evaluación del estado nutricional en pacientes hospitalizados. REV MED POST UNAH vol 4 No 2 , mayo-agosto 1999.
9. García PP. Prevalencia y factores asociados a malnutrición en ancianos hospitalizados. Ann.Med Interna (Madrid) 2004; 21: 261-262.
10. Zuidema-Yeo S. Cirugía del Aparato digestivo. Insuficiencia del Intestino delgado y síndrome del intestino corto (jon S. Thompson y Alan N. Langias). Editorial Panamericana: 5ta edición. Vol 5. 2005. Capítulo 22. Pp. 349-371
11. Doherty G, Shelton A, Chang A. Diagnóstico y tratamiento Quirúrgico. 2007. Editorial Manual Moderno. Capítulo 29. Intestino Delgado. Pp 671-702.
12. Nightingale JMD. Intestinal Failure. London: Greenwich Medical Media Limited, 2001.
13. Vásquez R, Rodríguez F. Protocolo presentado por alumnos del 5o. Curso, Facultad de Ciencias Médicas. Extraído el 14 de junio del 2011 de <http://www.bvs.hn/RHP/pdf/1967/pdf/Vol3-2-1967-7.pdf>
14. Parrilla P, Jaurrieta E, Moreno M. Manual de la Asociación Española de Cirujanos. Editorial panamericana .Madrid 2005. Capítulo 1: Nutrición en el paciente Quirúrgico. A. RafecasRanau, E. Jurrieta Mas, A.M Pita Mercé. Pp 3-16
15. T.R Harrison, W.R Resnick y col. Principios de medicina Interna. Vol. I. Editorial Mc. Graw Hill. Capitulo 76. Nutricion Enteral y Parenteral. Howard Lyn. Pp 553-564.
16. Anderson JD et al: Enteral feeding in the critically injured patient. NutrClinPract. 7: 117, 1992

17. Actividad física y capacidad funcional en el adulto mayor. Revista educación. 25 (2):125-135, 20001. Extraído el 14 de Junio del 2011 de <http://redalyc.uaemex.mx/pdf/440/44025211.pdf>
18. Martínez P, Cuesta FM. Nutrición en el anciano hospitalizado Servicio de Endocrinología y Nutrición. Sección de Nutrición. Hospital Clínico San Carlos. Madrid. España. Servicio de Geriátria. Hospital Clínico San Carlos. Madrid. España. Rev. Esp. Geriatr Gerontol. 2006;41(6):340-56.
19. Que es el adulto mayor. Capítulo 1. Extraído el 26 de mayo del 2011 de http://catarina.udlap.mx/u_dl_a/tales/documentos/lar/dionne_e_mf/capitulo1.
20. Gerard M. Doherty, Jennifer K. Lowney y col. Washington Cirugía. Editorial Marban 2005. Capítulo 2. Julie A. Magenthaler y col. Pp. 9-26
21. Detsky A.S., McLaughlin J.R., Baker J.P., et al. What is subjective global assessment of nutritional status?. J.P.E.N. 11:55-60, 1987

ANEXO1

VALORACION GLOBAL SUBJETIVA AL INGRESO

Paciente: _____ Edad _____ Fecha: _____
Historia: _____

Valoración Global Subjetiva Nutricional

A.-Historia

1.- Variación del Peso Corporal:

Pérdida de peso en los últimos 6 meses: _____Kg. % pérdida de peso: _____%

Cambio de peso en las últimas 2 semanas: Aumento: _____Disminución: _____S/C: _____

2.- Cambios en la Ingesta dietética con relación a lo normal:

Sin cambios: _____ Cambios: _____ Semanas: _____ Dieta Sólida Sub optima: _____

Dieta líquida hipocalórica: _____ Ayuno: _____

3.-Síntomas Gastrointestinales (persistente por más de 2 semanas)

Ninguno: _____Nauseas: _____ Vómitos: _____ Diarrea: _____ Anorexia: _____

4.- Capacidad Funcional:

No disfunción: _____ Disfunción: _____ Duración: _____ Semanas.

Tipo: Disminución del trabajo: _____ Deambula: _____ No deambula: _____

5.- Patología y su relación con los requerimientos nutricionales:

Diagnostico primario específico: _____

Demanda metabólica (estrés): Sin estrés: _____ Bajo: _____ Medio: _____ Alto: _____

B.- Examen Físico (ninguno = 0, Leve = +1, Moderado = +2, Severo = +3)

_____Pérdida de grasa Subcutánea (bíceps, tríceps) _____ Atrofia muscular

_____ Edema de Tobillo _____ Edema sacro _____ Ascitis

C.- Calificación de la Valoración Global Subjetiva:

A: Bien Nutrido: _____ B: Moderadamente malnutrido o en riesgo de desnutrición: _____

C: Severamente malnutrido: _____

Sugerencias y/o Recomendaciones

Firma:

(Detsky et al 1987)

ANEXO 2

VALORACION GLOBAL SUBJETIVA AL EGRESO

Paciente: _____ Edad _____ Fecha: _____
Historia: _____

Valoración Global Subjetiva Nutricional

A.-Historia

1.- Variación del Peso Corporal:

Pérdida de peso en los últimos 6 meses: _____Kg. % pérdida de peso: _____%
Cambio de peso en las últimas 2 semanas: Aumento: _____Disminución: _____S/C: _____

2.- Cambios en la Ingesta dietética con relación a lo normal:

Sin cambios: _____ Cambios: _____ Semanas: _____ Dieta Sólida Sub optima: _____
Dieta líquida hipocalórica: _____ Ayuno: _____

3.-Síntomas Gastrointestinales (persistente por más de 2 semanas)

Ninguno: _____ Nauseas: _____ Vómitos: _____ Diarrea: _____ Anorexia: _____

4.- Capacidad Funcional:

No disfunción: _____ Disfunción: _____ Duración: _____ Semanas.
Tipo: Disminución del trabajo: _____ Deambula: _____ No deambula: _____

5.- Patología y su relación con los requerimientos nutricionales:

Diagnostico primario específico: _____
Demanda metabólica (estrés): Sin estrés: _____ Bajo: _____ Medio: _____ Alto: _____

B.- Examen Físico (ninguno = 0, Leve = +1, Moderado = +2, Severo = +3)

_____ Pérdida de grasa Subcutánea (bíceps, tríceps) _____ Atrofia muscular
_____ Edema de Tobillo _____ Edema sacro _____ Ascitis

C.- Calificación de la Valoración Global Subjetiva:

A: Bien Nutrido: _____ B: Moderadamente malnutrido o en riesgo de desnutrición: _____
C: Severamente malnutrido: _____

Sugerencias y/o Recomendaciones

Firma:

(Detsky et al 1987)