



**UNIVERSIDAD DE CARABOBO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA DE MEDICINA
DIRECCIÓN DE POSTGRADO
ESPECIALIZACIÓN EN MEDICINA INTERNA**



**“VALORACIÓN GLOBAL SUBJETIVA PARA ESTIMACIÓN DE DESNUTRICIÓN
EN EL ADULTO MAYOR QUE INGRESA A LA EMERGENCIA DE MEDICINA
INTERNA DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO DR. ANGEL LARRALDE EN EL
PERIODO MARZO 2014-MAYO 2014”.**

AUTOR: Verónica P. Vieira Da Costa

TUTOR CLINICO: Dra. Ángela Marino

TUTOR METODOLOGICO: Prof. José García

VALENCIA, NOVIEMBRE 2014



**UNIVERSIDAD DE CARABOBO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA DE MEDICINA
DIRECCIÓN DE POSTGRADO
ESPECIALIZACIÓN EN MEDICINA INTERNA**



**“VALORACIÓN GLOBAL SUBJETIVA PARA ESTIMACIÓN DE DESNUTRICIÓN
EN EL ADULTO MAYOR QUE INGRESA A LA EMERGENCIA DE MEDICINA
INTERNA DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO DR. ANGEL LARRALDE EN EL
PERIODO MARZO 2014-MAYO 2014”.**

**TRABAJO QUE SE PRESENTA ANTE LA UNIVERSIDAD DE CARABOBO
PARA OPTAR AL TITULO DE ESPECIALISTA EN MEDICINA INTERNA**

AUTOR: Verónica P. Vieira Da Costa

TUTOR CLINICO: Dra. Ángela Marino

TUTOR METODOLOGICO: Prof. José García

VALENCIA, NOVIEMBRE 2014

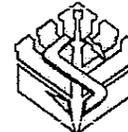
SE AGRADECE POR SU CONTRIBUCIÓN PARA EL DESARROLLO DE ESTA TESIS A:

1. DIOS por permitirme mantenerme en pie cada día y desarrollarme como ser Humano y Profesional y siempre contar con el mejor plan para mi vida.
2. Mis Padres por su apoyo incondicional, por ser un gran pilar en mi formación humana y profesional así como también por brindarme gran fortaleza.
3. A mis hermanas por su paciencia inmensurable, en especial a Estefanía.
4. Mis Amigos porque en buenas y malas me acompañan y son parte de mi sostén diario.
5. Dra. Gianmarys España por ser mi maestra, compañera, amiga; gracias por ilustrar el camino en tantos momentos oscuros, enseñarme que la vida es solo una y finalmente todo estará bien
6. Al Servicio, Mis Docentes y adjuntos en especial a la Dra. Mayela Gómez por imprimir disciplina y a imponer el deber ser, gracias por enseñarme a crecer.
7. A mis compañeros y amigos en especial a Rossana Suarez, gracias por su apoyo y comprensión.
8. A todos aquellos que con sus actos te inspiran a ser mejor cada día

ÍNDICE

Pág.

Agradecimientos.....	iii
Veredicto.....	v
Resumen	vi
Abstract.....	vii
Introducción.....	8
Materiales y Métodos.....	14
Resultados	16
Discusión.....	19
Conclusión y Recomendaciones.....	21
Referencias Bibliográficas.....	22
Anexos.....	24



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:

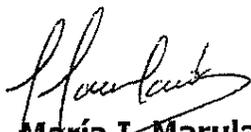
VALORACIÓN GLOBAL SUBJETIVA PARA ESTIMACIÓN DE DESNUTRICIÓN EN EL ADULTO MAYOR QUE INGRESA A LA EMERGENCIA DE MEDICINA INTERNA DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO DR. ÁNGEL LARRALDE EN EL PERÍODO MARZO 2014 - MAYO 2014

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

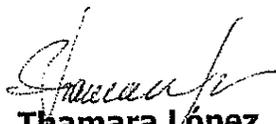
VIEIRA DA C., VERONICA P.
C.I. V – 17903125

Habiendo examinado el Trabajo presentado, decidimos que el mismo está **APROBADO.**

En Valencia, a los veintiséis días del mes de noviembre del año dos mil catorce.


Prof. María I. Marulanda (Pdte)
C.I. 7190823
Fecha 26/11/2014


Prof. Carlos Mosquera
C.I. 12766023
Fecha 26.11.14.


Prof. Thamara López
C.I. 11523261
Fecha 26-11-14

v

TG: 115-14



UNIVERSIDAD DE CARABOBO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA DE MEDICINA
DIRECCIÓN DE POSTGRADO
ESPECIALIZACIÓN EN MEDICINA INTERNA



TÍTULO DEL TRABAJO

“VALORACIÓN GLOBAL SUBJETIVA PARA ESTIMACIÓN DE DESNUTRICIÓN EN EL ADULTO MAYOR QUE INGRESA A LA EMERGENCIA DE MEDICINA INTERNA DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO DR. ANGEL LARRALDE EN EL PERIODO MARZO 2014-MAYO 2014”.

AUTOR: Verónica P. Vieira Da Costa
TUTOR CLINICO: Dra. Ángela Marino
TUTOR METODOLOGICO: Prof. José García
Año: 2014.

RESUMEN

El tamizaje nutricional es un componente clave en la atención nutricional el cual se utiliza para identificar con rapidez individuos desnutridos o en riesgo nutricional conduciendo a recomendaciones para mejorar resultados clínicos. El grupo poblacional que más demanda asistencia sanitaria corresponde a los ancianos; el envejecimiento normal se asocia con disminución fisiológica de la ingestión de alimentos entre otros cambios así pues para que este sea satisfactorio los ancianos vulnerables deben adaptarse a los cambios. La valoración global subjetiva (VGS), continúa siendo el método de tamizaje nutricional más antiguo destacado por su sencillez y reproducibilidad con una concordancia interobservador del 90% aproximadamente. **Objetivo General:** Utilizar la valoración global subjetiva para la estimación de desnutrición del adulto mayor al momento del ingreso a la emergencia del servicio de Medicina Interna del Hospital Universitario Dr. Ángel Larralde Durante el periodo Marzo-Mayo 2014. **Materiales y Métodos:** Se realizó en estudio transversal, correlacional, población conformada por 71 pacientes mayores de 60 años voluntarios que ingresaron al servicio de medicina interna. La recolección fue mediante la valoración global subjetiva y técnica de observación estructurada. Se recurrió al análisis de significación las pruebas Test Exacto de Fisher y el análisis de correlación parcial. Empleados para las pruebas estadísticas usadas corresponde a menos del 5% ($P < 0,05$) **Resultados:** La incidencia de desnutrición fue del 39,4%. La mayoría con edad comprendida entre 60-69 años predominando el sexo femenino. El motivo de consulta más frecuente fue patologías cardiovasculares. El 20,8% de la población estudiada registro pérdida ponderal más de 10% antes de 6 meses previo a ingreso mientras que un 40,8% 15 días antes. **Conclusiones:** La desnutrición es una entidad frecuente en los adultos mayores que ingresan al servicio de medicina interna siendo la VGS un método sencillo y extremadamente útil para detección de desnutrición o con riesgo nutricional. Al relacionar sexo, edad y nivel de instrucción con VGS no se encontró significancia estadística. **Palabras Claves:** desnutrición, valoración global subjetiva, adulto mayor.



UNIVERSIDAD DE CARABOBO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA DE MEDICINA
DIRECCIÓN DE POSTGRADO
ESPECIALIZACIÓN EN MEDICINA INTERNA



TÍTULO DEL TRABAJO

“SUBJECTIVE GLOBAL ASSESSMENT FOR ESTIMATE OF MALNUTRITION
IN OLDER ADULTS THAT ENTERS THE EMERGENCE OF INTERNAL
MEDICINE UNIVERSITY HOSPITAL DR. LARRALDE ANGEL
IN THE PERIOD MARCH 2014 -MAY 2014”

AUTOR: Verónica P. Vieira Da Silva
TUTOR CLINICO: Dra. Ángela Marino
TUTOR METODOLOGICO: Prof. José García
Año: 2014.

ABSTRACT

Nutritional screening is a key component in the nutritional care which is used to identify individuals quickly malnourished or at nutritional risk leading to recommendations for improving clinical outcomes. The population group most health care demand is for the elderly; normal aging is associated with physiological decrease in food intake among other changes so that this satisfactory vulnerable elderly must adapt to changes. The subjective global assessment (SGA), remains the oldest method of nutritional screening known for its simplicity and reproducibility with a interobserver agreement of approximately 90% **General Objective:** Using subjective global assessment to estimate the elderly malnutrition on admission to the emergency department of Internal Medicine, University Hospital Dr. Angel Larralde During the period March to May 2014 **Materials and Methods:** Was performed cross-sectional, correlational study population comprised 71 patients over 60 volunteers who were admitted to the internal medicine. The collection was through technical opinion and overall rating of structured observation. Returned to analysis were used to test significance Fisher exact test and partial correlation analysis. Used for the statistical tests used correspond to less than 5% ($P < 0.05$) **Results:** The incidence of malnutrition was 39.4%. Most aged between 60-69 years predominantly females. The most frequent reason for consultation was cardiovascular disease. 20.8% of the study population registry lost weight more than 10% within 6 months prior to admission while 40.8% 15 days ago. **Conclusions:** Malnutrition is a common condition in older adults admitted to the internal medicine VGS being simple and extremely useful for detection of malnutrition or nutritional risk. By linking gender, age and level of VGS with no statistical significance was found. **Keywords:** malnutrition, overall opinion, elderly valuation.

INTRODUCCIÓN

El tamizaje nutricional es un componente clave en la atención nutricional el cual se utiliza para identificar con rapidez individuos desnutridos o en riesgo nutricional valorando pérdida de peso, cambios en la ingestión de alimentos, presencia de enfermedad crónica, incrementos en los requerimientos energéticos y de nutrimentos, entre otros conduciendo a recomendaciones para mejorar resultados clínicos. ⁽¹⁾

La asesoría nutricional es importante para poner en práctica estrategias adecuadas de prevención e intervención en personas de edad avanzada; para que el envejecimiento sea satisfactorio los ancianos vulnerables deben adaptarse a los cambios tales como alteración en la función muscular, disminución de la masa ósea, disfunción inmunitaria, repercusión en el estado cognitivo, incremento del riesgo de institucionalización, mayor estancia hospitalaria, fragilidad, mortalidad y reducción en la calidad de vida. ^(2, 3)

El grupo poblacional que más demanda asistencia sanitaria corresponde a los ancianos, el tipo de desnutrición más frecuente en ellos es la desnutrición proteico-calórica la cual explica entre 30 y 65% de los casos. La desnutrición en el anciano está en general condicionada por cinco ejes causales: cambios fisiológicos asociados al envejecimiento, modificaciones del medio hormonal y mediadores plasmáticos, coexistencia de enfermedades crónicas, alteraciones psicológicas y aspectos determinados por el medio ambiente. ⁽¹⁾

Los pacientes hospitalizados con desnutrición, especialmente los adultos mayores, desarrollan mayores índices de morbimortalidad, incrementando la estancia hospitalaria y los costos en salud. También pueden presentar deterioro rápido de la funcionabilidad y de la independencia en su movilidad. ⁽⁴⁾

Debido a que no existe un estándar de oro para el diagnóstico del estado nutricional al ingreso hospitalario se recomiendan en la actualidad el uso de diversos cuestionarios validados, la obtención de datos antropométricos y la medición de diversos marcadores bioquímicos, o bien la combinación de todos o parte de estos parámetros para una clasificación más precisa. ⁽⁵⁾

Dentro del tamizaje nutricional se han desarrollados instrumentos aplicados al ingreso de la hospitalización con puntajes establecidos para un rápido diagnóstico. La valoración global subjetiva (VGS), muy utilizada en la práctica actual, continua siendo el método de tamizaje nutricional más antiguo destacado por su sencillez y reproductibilidad con una concordancia inter-observador del 90% aproximadamente. ⁽⁵⁾

Por esta razón la ASPEN recomiendan el uso de la VSG para clasificar el estado nutricional de los pacientes, así mismo independientemente del método de screening utilizado, se considera que todos los pacientes deberían ser sometidos a una valoración de su estado nutricional al ingreso en el hospital y, al menos, una vez durante su estancia. Con cualquiera de estas herramientas somos capaces, no sólo de diagnosticar malnutrición, sino de valorar qué pacientes necesitan soporte nutricional. ⁽⁴⁾

La valoración nutricional en el sistema sanitario de los hospitales actuales en países subdesarrollados son procedimientos que no se realizan de manera precoz o simplemente no se llevan a cabo ya que no cuentan con personal entrenado para dicha valoración por lo que la aplicación de métodos de screening nutricional recomendados internacionalmente de fácil acceso y manejo sencillo permite la rápida detección de riesgo de malnutrición.

En tal sentido, la implementación de un programa de valoración nutricional en este ámbito facilita no solo la detección precoz de pacientes con desnutrición o riesgo sino también la instauración de medidas nutricionales para una mejor calidad de

vida, minimizar complicaciones, acortar estancia hospitalaria y abaratar costos. Teniendo en cuenta los fundamentos anteriores, se decidió plantear como objetivo general: Utilizar la valoración global subjetiva para la estimación de desnutrición del adulto mayor al momento del ingreso a la emergencia del servicio de Medicina Interna del Hospital Universitario Dr. Ángel Larralde Durante el periodo Marzo-Mayo 2014. Y como específicos 1. Aplicar el método de valoración global subjetiva al momento de ingreso del paciente mayor de 60 años de edad al servicio de medicina interna del hospital Universitario Ángel Larralde, 2. Determinar la relación del estado nutricional según VGS del paciente adulto mayor de 60 años al ingreso con las características demográficas como edad, sexo, nivel de instrucción, 3. Conocer la correlación entre el motivo de consulta y valoración global subjetiva de los pacientes en estudio, 4. Establecer la pérdida ponderal seis meses y dos semanas previos al ingreso de la muestra en estudio, 5. Precisar la asociación entre los cambios de la ingesta alimenticia y la incidencia o no de síntomas digestivos de los pacientes investigados, 6. Establecer la relación en los niveles de estrés metabólico y la capacidad funcional de movilidad de los pacientes en estudio, 7. Determinar la asociación entre los hallazgos físicos de la exploración nutricional y la valoración global subjetiva de esta población anciana.

El envejecimiento de la población se asocia a una mayor prevalencia de problemas nutricionales. Los adultos mayores tienen mayor riesgo de padecer malnutrición por diferentes factores como la disminución en la ingestión de alimentos, anorexia asociada a factores psicosociales, problemas masticatorios y de deglución, cambios fisiológicos en la función gastrointestinal, enfermedades crónicas oncológicas y no oncológicas, polifarmacia, depresión, entre otros.⁽⁵⁾

La aplicación de un programa para la implementación oportuna del soporte nutricional permitió la evaluación nutricional de un muy elevado porcentaje de pacientes internados y la utilización del soporte nutricional en una alta proporción de los mismos fue la conclusión de un estudio observacional unicentrico donde

registraron 1268 pacientes durante el periodo enero 2012 - septiembre 2013, de los cuales 26% calificaban entre categoría B y C de VGS, más del 70% de estos pacientes recibieron soporte nutricional mientras que el 73% de los que no lo recibieron presentaron pronóstico ominoso.⁽⁶⁾

Los pacientes que ingresaron por primera vez al servicio de hematología del instituto de Cancerología de México en el lapso marzo 2010- septiembre 2010 fueron estudiados a fin de determinar el estado de nutrición a partir de la valoración global subjetiva generada por el paciente y su correlación con la albumina sérica concluyeron que con una muestra de 119 paciente 50.4% presentaban desnutrición o riesgo de padecerla, de estos 19% calificaban como desnutrición severa. ⁽⁷⁾

La desnutrición hospitalaria es un problema prevalente que genera mayor morbimortalidad, peor respuesta al tratamiento, mayor estancia y costo hospitalario, así introducen Veramendi-Espinoza y colaboradores al estudiar la prevalencia de desnutrición hospitalaria y factores asociados a la misma en un hospital general de Perú publicando al inicio de año en curso un 50% de desnutrición hospitalaria, la mayoría de los pacientes provenientes del servicio de cirugía con una asociación significativa de diagnóstico oncológico.⁽⁸⁾

La prevalencia de desnutrición en el adulto mayor al momento de su ingreso fue estudiada en el año 2007 por el Servicio de Nutriología Clínica del “Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición Salvador Zubirán” de México; de un total de 97 pacientes mediante la VGS la cual clasificó a 46% de pacientes con desnutrición moderada y 20% con desnutrición severa, 48% sólo completaron educación primaria y 66% tenían ingresos económicos medios. ⁽⁹⁾

Como base teóricas tenemos que la nutrición es la ingesta de alimentos en relación con las necesidades dietéticas del organismo. Una buena nutrición (una

dieta suficiente y equilibrada combinada con el ejercicios físicos regulares un elemento fundamental de la buena salud. Una mala nutrición puede reducir la inmunidad, aumentar la vulnerabilidad a las enfermedades, alterar el desarrollo físico y mental, y reducir la productividad.⁽²⁾

El estado nutricional es el resultado del balance de la ingesta de nutrientes y del gasto calórico proteico para cubrir las necesidades fisiológicas óptimas; las anormalidades de esta condición son consideradas como desnutrición y en el otro extremo el sobrepeso y la obesidad. La desnutrición, el sobrepeso y la obesidad se asocian a un mayor riesgo de morbimortalidad, mayores tasas de infección, aumento del número de caídas y fracturas, estancias hospitalarias más prolongadas, así como, empeoramiento de las enfermedades agudas o crónicas subyacentes y un deterioro general de la calidad de vida.⁽⁵⁾

El envejecimiento normal se asocia con disminución fisiológica de la ingestión de alimento y reducción de los mecanismos homeostásicos que funcionan en los adultos jóvenes para restaurar la ingestión de alimento en respuesta a estímulos anoréxicos. Está demostrado que cuando adultos jóvenes y ancianos se someten a una baja ingestión y de nuevo se les permite alimentarse libremente, los jóvenes ingieren más alimento que al inicio y rápidamente regresan a su peso habitual; en cambio, los ancianos sólo regresan a su ingestión habitual y no recuperan el peso perdido. En consecuencia, después de un “estímulo anorexigénico” (por ejemplo cirugía mayor) los ancianos suelen tomar más tiempo que los adultos jóvenes para recuperar el peso perdido, permanecen más tiempo desnutridos y son más susceptibles a las enfermedades subsecuentes, como los procesos infecciosos.
(10)

El cribado del estado nutricional mediante test de screening en el adulto mayor, así como la determinación de la malnutrición en sí, no posee estándares diagnósticos, lo que hace variable la información sobre su prevalencia ya que dependerá del método utilizado para la evaluación así como la población referida.
(4)

Los datos obtenidos de la historia clínica involucran cinco elementos en forma de preguntas hechas al paciente. El primer elemento es 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. El segundo elemento es la ingesta de nutrimentos 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. El tercer elemento es la presencia de síntomas GI's (gastrointestinales) significativos, como anorexia, náusea, vómito o diarrea. Se consideran significativos si ocurren a diario por más de dos semanas. El cuarto y quinto elementos de la historia clínica son la capacidad funcional o gasto energético del paciente, así como las demandas metabólicas relativas a la condición patológica del paciente, respectivamente. ⁽¹²⁾

La valoración global subjetiva es un ejemplo de evaluación subjetiva que utiliza datos procedentes de la anamnesis y exploración clínica; este sistema incluye que los pacientes refieran datos de forma subjetiva, lo que inevitablemente implica algún grado de inexactitud. ⁽¹¹⁾

MARCO METOLOGICO.

Es un estudio transversal, correlacional; para investigar el estado nutricional de los pacientes adultos mayor que ingresaron a la emergencia del servicio de medicina interna del Hospital Universitario “Dr. Ángel Larralde” en el periodo comprendido Marzo-Mayo del año 2014.

Con un universo y muestra que estuvo constituido por los pacientes adultos mayor (>60 años) quienes acudieron a la emergencia del servicio de medicina interna del Hospital Universitario Dr. Ángel Larralde y se tomó 71 pacientes que acudieron en el periodo comprendido marzo-mayo 2014. Los cuales contamos dentro de los criterios de inclusión con: 1. Todo paciente mayor de 60 años que acudió a la emergencia del servicio de Medicina Interna del Hospital Universitario Dr. Ángel Larralde (Mayo-Julio 2014), 2. Ambos sexos, 3. Atención Hospitalaria. Y con unos criterios de exclusión dado por: 1. Pacientes menores de 60 años, 2. Imposibilidad o negativa a responder el cuestionario.

Para la recopilación de la información se obtuvo bajo procedimientos como la observación y la entrevista donde se aplico un instrumento (anexo A), la cual se encontraba estructurada en Historia Clínica. Como paso siguiente la evaluación nutricional que se realizó mediante la aplicación de la Valoración Global Subjetiva la cual involucra tres elementos: Una Parte I: la cual contaba de preguntas hechas al paciente. En primer lugar es 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; los enfermos se clasifican con ingesta normal o anormal, y se evalúa también la duración y grado de consumo anormal. El tercer aspecto a evaluar es la presencia de síntomas gastrointestinales, se consideran significativos si ocurren a diario por más de dos semanas. El cuarto y quinto elementos de la historia clínica son la

capacidad funcional o gasto energético del paciente, así como las demandas metabólicas relativas a la condición patológica del paciente, respectivamente. Una Parte II: Para completar la VGS, se realizó un examen físico básico; y signos físicos buscados como lo fueron: Pérdida de la grasa subcutánea, Edema de los tobillos, Pérdida de la masa muscular, Edema de la región sacra, Ascitis y como Parte III: basado en los resultados obtenidos de la historia clínica y la exploración física, él 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 o malnutrición moderada (pérdida de peso 5-10% en seis meses, reducción de ingesta en dos semanas y pérdida de tejido subcutáneo), 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).

Los resultados obtenidos en la investigación han sido procesados por medio del paquete estadístico SPSS versión 19.0. La información socio demográfica de los adultos mayores investigados se muestra con relación a las categorías de la Valoración Global Subjetiva es presentada en tablas de asociación mientras que otras características se presentan en el mismo formato, con valores de frecuencias y porcentajes que denotan la representación de las mismas en las relaciones. Para el análisis de significación estadística de las relaciones, se utilizó el Test Exacto de Fisher (extensión de Freeman – Halton). Esto cuando fue posible su cálculo. Todos los resultados de las significaciones estadísticas son en base a un error de azar de menos del 5% ($P < 0,05$).

Por otra parte dentro de nuestro marco administrativo involucramos nuestro recurso humano; el cual estaba conformado por: responsable (autor), tutor (internista, estadístico), colaborador científico (nutrólogo). Aunado a los recursos materiales de papelería, computadora. Y una pieza clave para el desempeño de la misma. Recursos institucional dado por: Hospital universitario Dr. Ángel Larralde Servicio de Medicina Interna. Bajo financiamiento propio

RESULTADOS

La mayoría (63,4%) de los adultos mayores tenían una edad comprendida entre 60 a 69 años, luego con una representación de 35,2% aparecen los de 70 a 79 años y, por último, los de 80 o más donde hubo sólo uno (1,4%)

Con respecto a la Valoración Global Subjetiva (VGS), predominó la categoría C siendo así en el 39,4% de los pacientes investigados, sigue la categoría A con 33,8%, finalizando con la categoría B al ser el 26,8% de los adultos mayores. En los de menor edad, predominó la categoría A (40,0%), en edades intermedias y en el paciente de mayor edad, sobresale las categoría C, con 56,0% y 100% respectivamente.

No se encontró asociación significativa entre los grupos de edad y la categoría de la VGS ($p < 0,11$). En el grupo investigado hubo predominio del sexo femenino (54,9%) contra el sexo masculino que fue el restante 45,1%. Mientras en el sexo femenino es mayoría los pacientes con VGS tipo A, en los hombres es la C con 46,9%.

No existe relación significativa entre el sexo de los pacientes evaluados y las categorías de la VGS ($p < 0,50$). Un 56,3% tenían un nivel de instrucción de primaria incompleta seguidos por los analfabetas con un 25,4% y, por último, los que habían estudiado primaria completa llegaron a ser el 18,3%. El grupo analfabetas tuvieron mayoría en la categoría C con 61,1%, pero en los que habían estudiado la primaria y habían terminado o no, fue la mayoría la categoría A en ambos con 53,8% y 37,5% respectivamente.

El motivo de consulta más frecuente fueron patologías del sistema cardiovascular con un 32,4%, luego las del sistema respiratorio con 29,6%, en el tercer lugar las del sistema neurológico para un 14,1%, sigue las del sistema gastrointestinal con 11,3%, y finalizan las patologías de las vías urinaria con 8,5% y una combinación de los sistemas respiratorio y vías urinarias en tres pacientes para un 4,2%.

En las patologías de los sistemas cardiovascular, gastrointestinal y vías urinarias, la categoría A predomina con porcentajes respectivos de 47,8%, 62,5% y 100%. La categoría B de la VGS, hubo mayoría (47,6%) en las patologías del sistema respiratorio. La categoría C predominó en enfermedades del sistema neurológico (90,0%) y en las patologías combinadas del los sistemas respiratorio y de vías urinarias en un 100%.

La pérdida ponderal. Antes de los seis meses de la hospitalización de los pacientes investigados, no ocurrió en el 8,5% del grupo, mientras que el porcentaje de pérdida ponderal menor o igual al 5% del peso sucedió en el 22,5% de ellos, entre un 6% y 10% correspondió al 39,4% de los pacientes, siendo mayor del 10% para el 29,6%.

Con respecto a dos semanas antes de la hospitalización, 59,2% no tuvo pérdida ponderal, pero el restante 40,8% se les registró pérdida ponderal entre 6% a 10%. El 31,0% de los setenta y uno pacientes hicieron referencia a presentar síntomas digestivos. Por otra parte, el 59,2% de los adultos mayores no tuvieron cambios de alimentación antes de su hospitalización y en éstos el 97,6% no sintieron síntomas de tipo digestivo: En los que sí hubo cambios de dieta y recibieron dieta sólida sub óptima que fueron el 26,7% de los pacientes, en el 68,4% de ellos manifestaron presentar síntomas digestivos. Por último, en el cambio de dieta a todo liquido que se produjo en 14,1% de todos los pacientes. El 80,0% refirieron síntomas digestivos.

Se determinó una asociación significativa ($p < 0,0001$) entre los tipos de cambios de la alimentación y la aparición de síntomas digestivos manifestados por los pacientes del estudio. El 16,9% estuvieron afectados de su capacidad funcional para moverse, es decir estaban encamados. En cuanto al nivel de estrés metabólico, se determinó que el 67,6% lo presentaron BAJO, de éstos sólo el 2,4% disminuyó su capacidad funcional de desplazamiento. En el nivel MODERADO (31,0%), en ellos el 31,6% no podía moverse. Un solo paciente (1,4%) llegó a presentar un nivel ALTO de estrés metabólico, y no 18vo día moverse funcionalmente.

Se estableció una asociación significativa ($p < 0,0005$) entre el nivel de estrés metabólico y la capacidad funcional de los pacientes para el desplazamiento sin ayuda de otras personas.

La pérdida de grasa subcutánea y la atrofia muscular fue el hallazgo más frecuente en los pacientes, alcanzando un porcentaje del 59,4% de los pacientes. Sigue, el edema maleolar con 18,6%, y con el mismo porcentaje la pérdida de grasa subcutánea, la atrofia muscular y el edema maleolar. Por último, la pérdida de grasa subcutánea y de manera conjunta el edema maleolar y la ascitis, estuvieron presentes en dos pacientes pero separadamente (1,7%).

En cuanto a la distribución de las categorías, según los hallazgos en la exploración física, se tuvo que en la categoría A de la VGS, edema maleolar (63,4%) y en los dos pacientes, uno (100%) con pérdida de grasa subcutánea y en el otro (100%) con edema maleolar y ascitis. Para la categoría B no hubo predominio de ningún hallazgo con respecto a las otras categorías. Para la categoría C, domina porcentualmente la pérdida de grasa subcutánea y subcutánea (51,4%) y para los otros pacientes la pérdida de grasa subcutánea, la atrofia muscular y el edema maleolar con 81,8%.

DISCUSIÓN

La presencia de desnutrición en la población anciana en estudio (39,3 %) es similar a la prevalencia reportada a nivel mundial alrededor de 50%.⁽⁵⁾ De los 71 pacientes mayores de 60 años que ingresaron al servicio de medicina interna, la mayoría tenía una edad comprendida entre 60-69 años siendo en su mayor proporción del sexo femenino correspondiente a las estadísticas presentadas; del total de la población en estudio predominó la categoría C de VGS lo cual contrasta con Veramendi-Espinoza los cuales reflejan en su estudio prevalencia de categoría B sin embargo la mayoría de su muestra registraron nivel educativo bajo así como también lo refleja esta investigación 56,3% lo cual es un factor importante al contar con información aportada por el paciente.⁽⁸⁾

Con relación al motivo de consulta el más frecuente resulto ser etiología cardiovascular seguido de patologías de vías respiratorias así como también lo expresa la Revista Biomedicina en México cuando en 2011 tras estudio de prevalencia de desnutrición en el adulto mayor la mayoría de los pacientes en estudio después de las áreas de ortopedia y oncología se ubicaban hacia la esfera cardiovascular y respiratoria.

Al determinar la pérdida ponderal con respecto al tiempo previo a la hospitalización, a los 6 meses antes de la misma 29,6% refirió pérdida ponderal de más de 10% de su peso inicial sin embargo a las 2 semanas previas al ingreso 59,2% negó pérdida lo cual se correlaciona con que la mayoría de la muestra en estudio (69,0%) no presento síntomas digestivos al momento del ingreso mientras que un 31% si los presentó en asociación a dieta todo liquido determinando una asociación significativa entre los cambios de alimentación y la aparición de síntomas digestivos.

Con respecto a la distribución según niveles de estrés metabólico y movilidad el 67,6% del total de la muestra registro bajo estrés metabólico el mismo dado por patologías infecciosas ⁽⁸⁾, mientras que solo 1 paciente presento alto estrés metabólico en contexto de patología neurológica aguda con encamamiento crónico.

Al distribuir los pacientes según hallazgos físicos a la exploración nutricional asociado al VGS la pérdida de grasa subcutánea y atrofia muscular fue el hallazgo más frecuente donde la mayoría de estos pacientes fueron categorizados como C según VGS.⁽¹²⁾

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

La desnutrición es una entidad frecuente en los adultos mayores que ingresan al servicio de medicina interna siendo la VGS un método sencillo y extremadamente útil para detección de desnutrición o con riesgo nutricional. Al relacionar sexo, edad y nivel de instrucción con VGS no se encontró significancia estadística.

El motivo de consulta de esfera respiratoria y neurológica están más asociados a desnutrición. Se determinó una asociación significativa entre los cambios de alimentación y la aparición de síntomas digestivos manifestados por los pacientes al momento de ingreso.

La mayoría de los pacientes en estudio categorizados como A según VGS presentaron edema maleolar como hallazgo a la exploración física nutricional.

Emplear la Valoración Global Subjetiva de forma rutinaria en todo paciente quien ingresa al servicio de medicina interna como parte de la evaluación clínica ya que esta permite detectar desnutrición de manera precoz y por tanto implementar medidas terapéuticas de manera temprana.

Implementar adecuados regímenes nutricionales individualizados en cada paciente para mantener un óptimo estado nutricional para así evitar complicaciones y mayor estancia hospitalaria.

Concientizar al personal de salud sobre la importancia de un buen estado nutricional de estos pacientes y por tanto la prevención y diagnóstico precoz de desnutrición siendo la VGS una herramienta útil y sencilla de aplicar.

BIBLIOGRAFIA

1. Mueller C, Compher C, Druyan M. Journal of Parenteral and Enteral Nutrition. 2011. A.S.P.E.N. Clinical Guidelines: Nutrition Screening, Assessment, and Intervention in Adults.
2. Tania García Zenón,* José Antonio Villalobos Silva. Malnutrición en el anciano, *MedIntMex* 2012;28(1):57-64.
3. Instrumento de tamizaje y evaluación nutricional para los ancianos; guía de TNT geriátrico. Mayo 2013.
4. Valero M.^a A., Díez L., El Kadaoui N., Jiménez A. E., Rodríguez H., León M.. ¿Son las herramientas recomendadas por la ASPEN y la ESPEN equiparables en la valoración del estado nutricional?. *Nutr. Hosp.* [revista en la Internet]. 2005 Ago [citado 2014 Feb 10] ; 20(4): 259-267. Disponible en:http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S021216112005000600005&lng=es.
5. Varela, Luis Fernando. "Nutrición en el Adulto Mayor." *Revista Médica Herediana* 24.3 (2013): 183.
6. Rodriguez J., Lacquaniti N., Merkel M., Villagra A. Política nutricional activa en la implementación del soporte nutricional hospitalario. Resultados de un estudio observacional. *Nutr. Hosp.* [revista en la Internet]. 2014 [citado 2014 Abr 17] ;30(02): Disponible en: <http://www.aulamedica.es/gdcr/index.php/nh/article/view/7243>
7. Baltazar Luna, E., et al. "Estado nutricio en pacientes de primer ingreso a hospitalización del Servicio de Hematología del Instituto Nacional de Cancerología." *Nutricion Hospitalaria* 28.4 (2013).
8. Veramendi-Espinoza, L. E., et al. "Prevalencia y factores asociados a desnutrición hospitalaria en un hospital general; Perú, 2012." *Nutrición hospitalaria* 28.4 (2013).
9. J. G. Gutiérrez Reyes, A. Serralde Zúñiga y M. Guevara Cruz, Prevalencia de desnutrición del adulto mayor al ingreso hospitalario, *NutrHosp.* 2007;22(6):702-9 ISSN 0212-1611.
10. Blechman MB, et al. *Clin Geriatr Med.* 1999;15:429-438. Shishodia RM, et al. En: *The Science of Geriatrics.* Springer Publishing; 2000;635-647.

11. Detsky A., Mclaughlin J., Baker J., Johnston N., Whittaker S., Mendelson R., What is Subjective Global Assessment of Nutritional Status? 1987; 11(01). Journal of Parenteral and Enteral Nutrition.
12. Galván Barahona L., Valoración Global Subjetiva. 2009. Red de Comunicación e Integración Biomédica.

ANEXOS

ANEXO A

1. Variación de peso:

Pérdida total (últimos 6 meses)	
Perdida porcentual	
Variación en las últimas 2 semanas:	
<u>aumento:</u>	
<u>Sin cambios</u>	
<u>disminución</u>	

2 Variación del aporte alimentario respecto al habitual

Sin cambios	
Cambios:	
Duración:	
<u>semanas</u>	
<u>meses.</u>	

3. Sintomas Digestivos:

Ninguno	
Nauseas	
Vómitos	
Diarrea	
Anorexia.	

4. Capacidad funcional:

Ausencia de disfunción	
Disfunción:	
Duración:	
Semanas	

Meses	
Tipo:	
Capacidad para caminar	
Encamado.	

5. Enfermedades y necesidades nutricionales.

Dianostico principal:	
Ninguno	
Bajo	
Moderado	
Alto	

EXPLORACIÓN FÍSICA:

Cada apartado: 0= normal. += leve ++= moderado +++= intenso	
Perdida de grasa subcutánea.	
Atrofia muscular	
Edema maleolar	
Edema sacro	
Ascitis	

CLASIFICACIÓN SEGÚN VGS

A. Bien nutrido	
B. Desnutrición moderada (o sospecha).	
C. Desnutrición intensa	

TABLA 1

DISTRIBUCIÓN DE LOS ADULTOS MAYORES SEGÚN EDAD Y CATEGORÍAS DE LA VALORACIÓN GLOBAL SUBJETIVA (VGS) DE SU ESTADO NUTRICIONAL EMERGENCIA DE MEDICINA INTERNA. H.U.A.L. MARZO 2014 – MAYO 2014.

EDAD (AÑOS)	VGS			TOTAL (%)
	A* F (%)**	B* F (%)**	C* F (%)**	
60 – 69	18 (40,0)	14 (31,1)	13 (28,9)	45 (63,4)
70 – 79	6 (24,0)	5 (20,0)	14 (56,0)	25 (35,2)
80 O MÁS	0 (0,0)	0 (0,0)	1 (100)	1 (1,4)
TOTAL	24 (33,8)	19 (26,8)	28 (39,4)	71 (100,0)

***A.** Pacientes con un adecuado estado nutricional (normo nutrición); ***B.** Sospecha de malnutrición o malnutrición moderada (pérdida de peso 5-10% en seis meses, reducción de ingesta en dos semanas y pérdida de tejido subcutáneo); ***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).

** PORCENTAJES INTERNOS EN RELACIÓN A SUBTOTALES HORIZONTALES.
TEST EXACTO DE FISHER (EXTENSIÓN FREEMAN - HALTON) = 0,108 (p < 0,11)

FUENTE: HISTORIA CLÍNICA E INSTRUMENTO DE VGS

TABLA 2

DISTRIBUCIÓN DE LOS ADULTOS MAYORES SEGÚN SEXO Y CATEGORÍAS DE LA VALORACIÓN GLOBAL SUBJETIVA (VGS) DE SU ESTADO NUTRICIONAL EMERGENCIA DE MEDICINA INTERNA. H.U.A.L. MARZO 2014 – MAYO 2014.

SEXO	VGS			TOTAL (%)
	A* F (%)**	B* F (%)**	C* F (%)**	
FEMENINO	14 (35,9)	12 (30,8)	13 (33,3)	39 (54,9)
MASCULINO	10 (31,3)	7 (21,9)	15 (46,9)	32 (45,1)
TOTAL	24 (33,8)	19 (26,8)	28 (39,4)	71 (100,0)

***A.** Pacientes con un adecuado estado nutricional (normo nutrición); ***B.** Sospecha de malnutrición o malnutrición moderada (pérdida de peso 5-10% en seis meses, reducción de ingesta en dos semanas y pérdida de tejido subcutáneo); ***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).

** PORCENTAJES INTERNOS EN RELACIÓN A SUBTOTALES HORIZONTALES.
TEST EXACTO DE FISHER (EXTENSIÓN FREEMAN - HALTON) = 0,495 (p < 0,50)

FUENTE: HISTORIA CLÍNICA E INSTRUMENTO DE VGS

TABLA 3

DISTRIBUCIÓN DE LOS ADULTOS MAYORES SEGÚN NIVEL DE INSTRUCCIÓN Y CATEGORÍAS DE LA VALORACIÓN GLOBAL SUBJETIVA (VGS) DE SU ESTADO NUTRICIONAL EMERGENCIA DE MEDICINA INTERNA. H.U.A.L. MARZO 2014 – MAYO 2014.

NIVEL DE INSTRUCCIÓN	VGS			TOTAL (%)
	A* F (%)**	B* F (%)**	C* F (%)**	
ANALFABETA	2 (11,4)	5 (27,8)	11 (61,1)	18 (25,4)
PRIMARIA COMPLETA	7 (53,8)	3 (23,1)	3 (23,1)	13 (18,3)
PRIMARIA INCOMPLETA	15 (37,5)	11 (27,5)	14 (35,0)	40 (56,3)
TOTAL	24 (33,8)	19 (26,8)	28 (39,4)	71 (100,0)

***A.** Pacientes con un adecuado estado nutricional (normo nutrición); ***B.** Sospecha de malnutrición o malnutrición moderada (pérdida de peso 5-10% en seis meses, reducción de ingesta en dos semanas y pérdida de tejido subcutáneo); ***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).

** PORCENTAJES INTERNOS EN RELACIÓN A SUBTOTALES HORIZONTALES.
TEST EXACTO DE FISHER (EXTENSIÓN FREEMAN - HALTON) = 0,095 (p < 0,10)

FUENTE: HISTORIA CLÍNICA E INSTRUMENTO DE VGS

TABLA 4

DISTRIBUCIÓN DE LOS ADULTOS MAYORES SEGÚN MOTIVO DE CONSULTA (POR SISTEMA) Y CATEGORÍAS DE LA VALORACIÓN GLOBAL SUBJETIVA (VGS) DE SU ESTADO NUTRICIONAL EMERGENCIA DE MEDICINA INTERNA. H.U.A.L. MARZO 2014 – MAYO 2014.

MOTIVO DE CONSULTA (SISTEMA)	VGS			TOTAL (%)
	A* F (%)**	B* F (%)**	C* F (%)**	
CARDIOVASCULAR	11 (47,8)	7 (30,4)	5 (21,7)	23 (32,4)
RESPIRATORIO	2 (9,5)	10 (47,6)	9 (42,9)	21 (29,6)
NEUROLÓGICO	0 (0,0)	1 (10,0)	9 (90,0)	10 (14,1)
GASTROINTESTINAL	5 (62,5)	1 (12,5)	2 (25,0)	8 (11,3)
VÍAS URINARIAS	6 (100)	0 (0,0)	0 (0,0)	6 (8,5)
RESPIRATORIO Y VÍAS URINARIAS	0 (0,0)	0 (0,0)	3 (100)	3 (4,2)
TOTAL	24 (33,8)	19 (26,8)	28 (39,4)	71 (100,0)

***A.** Pacientes con un adecuado estado nutricional (normo nutrición); ***B.** Sospecha de malnutrición o malnutrición moderada (pérdida de peso 5-10% en seis meses, reducción de ingesta en dos semanas y pérdida de tejido subcutáneo); ***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).

** PORCENTAJES INTERNOS EN RELACIÓN A SUBTOTALES HORIZONTALES.

FUENTE: HISTORIA CLÍNICA E INSTRUMENTO DE VGS

TABLA 5

DISTRIBUCIÓN DE LOS ADULTOS MAYORES SEGÚN PÉRDIDA PONDERAL Y TIEMPO PREVIO A LA HOSPITALIZACIÓN (6 MESES Y DOS SEMANAS PREVIAS). EMERGENCIA DE MEDICINA INTERNA. H.U.A.L. MARZO 2014 – MAYO 2014.

PERDIDA PONDERAL	TIEMPO PREVIO A LA HOSPITALIZACIÓN	
	SEIS MESES F (%)	DOS SEMANAS F (%)
NINGUNA	6 (8,5)	42 (59,2)
MENOR O IGUAL AL 5%	16 (22,5)	0 (0,0)
6% - 10%	28 (39,4)	29 (40,8)
MAYOR DEL 10%	21 (29,6)	0 (0,0)
TOTAL	71 (100)	71 (100,0)

FUENTE: HISTORIA CLÍNICA E INSTRUMENTO DE VGS

TABLA 6

DISTRIBUCIÓN DE LOS ADULTOS MAYORES SEGÚN CAMBIOS DE LA INGESTA ALIMENTARIA Y SÍNTOMAS DIGESTIVOS EMERGENCIA DE MEDICINA INTERNA. H.U.A.L. MARZO 2014 – MAYO 2014.

CAMBIOS EN ALIMENTACIÓN	SÍNTOMAS DIGESTIVO		TOTAL
	SI F (%)*	NO F (%)*	
NINGUNO	1 (2,4)	41 (97,6)	42 (59,2)
SÓLIDA SUB ÓPTIMA	13 (68,4)	6 (31,6)	19 (26,7)
TODO LIQUIDO	8 (80,0)	2 (20,0)	10 (14,1)
TOTAL	22 (31,0)	49 (69,0)	71 (100)

* PORCENTAJES INTERNOS EN RELACIÓN A SUBTOTALES HORIZONTALES
TEST EXACTO DE FISHER (EXTENSIÓN FREEMAN - HALTON) = 0,00001 (p < 0,000001)

FUENTE: HISTORIA CLÍNICA E INSTRUMENTO DE VGS

TABLA 7**DISTRIBUCIÓN DE LOS ADULTOS MAYORES SEGÚN NIVELES DE ESTRÉS METABÓLICO Y MOVILIDAD EMERGENCIA DE MEDICINA INTERNA. H.U.A.L. MARZO 2014 – MAYO 2014.**

MOVILIDAD			
NIVEL DE ESTRÉS METABÓLICO	SI F (%)*	NO F (%)*	TOTAL
BAJO	45 (2,4)	3 (97,6)	48 (67,6)
MODERADO	14 (68,4)	8 (31,6)	22 (31,0)
ALTO	0 (0,0)	1 (100)	1 (1,4)
TOTAL	59 (83,1)	12 (16,9)	71 (100)

* PORCENTAJES INTERNOS EN RELACIÓN A SUBTOTALES HORIZONTALES
TEST EXACTO DE FISHER (EXTENSIÓN FREEMAN - HALTON) = 0,0005 ($p < 0,0005$)

FUENTE: HISTORIA CLÍNICA E INSTRUMENTO DE VGS

TABLA 8

DISTRIBUCIÓN DE LOS ADULTOS MAYORES SEGÚN RESULTADOS DE LA EXPLORACIÓN FÍSICA Y CATEGORÍAS DE LA VALORACIÓN GLOBAL SUBJETIVA (VGS) DE SU ESTADO NUTRICIONAL EMERGENCIA DE MEDICINA INTERNA. H.U.A.L. MARZO 2014 – MAYO 2014.

EXPLORACIÓN FÍSICA	VGS			TOTAL (%)
	A* F (%)**	B* F (%)**	C* F (%)**	
PÉRDIDA DE GRASA SUBCUTÁNEA Y ATROFIA MUSCULAR	4 (11,4)	13 (37,1)	18 (51,4)	35 (59,4)
EDEMA MALEOLAR	7 (63,6)	3 (27,3)	1 (9,1)	11 (18,6)
PÉRDIDA DE GRASA SUBCUTÁNEA, ATROFIA MUSCULAR Y EDEMA MALEOLAR	0 (0,0)	2 (18,2)	9 (81,8)	11 (18,6)
PÉRDIDA DE GRASA SUBCUTÁNEA	1 (100)	0 (0,0)	0 (0,0)	1 (1,7)
EDEMA MALEOLAR Y ASCITIS	1 (100)	0 (0,0)	0 (0,0)	1 (1,7)
TOTAL	13 (22,0)	18 (30,5)	28 (47,5)	59 (100,0)

***A.** Pacientes con un adecuado estado nutricional (normo nutrición); ***B.** Sospecha de malnutrición o malnutrición moderada (pérdida de peso 5-10% en seis meses, reducción de ingesta en dos semanas y pérdida de tejido subcutáneo); ***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).

** PORCENTAJES INTERNOS EN RELACIÓN A SUBTOTALES HORIZONTALES.

FUENTE: HISTORIA CLÍNICA E INSTRUMENTO DE VGS