

Valoración Global Subjetiva (VGS)

Dr. José Luis Galván Barahona¹

¹ Universidad Nacional Autónoma de México, Facultad de Medicina, Depto. de Bioquímica, México, D. F. 04510. huetamomich@hotmail.com

Introducción

A pesar de los enormes avances alcanzados en la medicina, la desnutrición persiste como un problema mundial tanto en los pacientes hospitalizados como en los ambulatorios, siendo los primeros los de mayor relevancia para los hospitales ya que diversos estudios han mostrado que la desnutrición en los pacientes hospitalizados se asocia a una alta tasa de morbi-mortalidad, así como en un incremento en los días de estancia hospitalaria y costos (2).

Importancia de la valoración nutricional

El objetivo clínico de la valoración del estado nutricional es la identificación de pacientes con malnutrición o riesgo de padecerla en algún momento de su evolución, ya sea por la propia enfermedad o por el tipo de tratamiento al que va a ser sometido. La malnutrición provoca alteraciones en la composición corporal: pérdida de grasa corporal y masa libre de grasa que condicionan una pérdida de peso y alteraciones en parámetros antropométricos. Aunque, es importante señalar que no sólo se producen alteraciones anatómicas, sino que la malnutrición puede dar lugar a alteraciones funcionales que van a favorecer la aparición de complicaciones, tales como infecciones por disminución en la síntesis de proteínas encargadas del sistema de defensa del cuerpo humano, etc. Por esta razón, un buen método de valoración del estado nutricional debe incluir tanto medidas antropométricas como métodos de valoración funcional.

Causas de la desnutrición

Muchos factores contribuyen a la desnutrición del paciente, como su estatus socioeconómico, edad, sexo, patología de base e historial médico. Lo anterior queda de manifiesto en el trabajo de Baccaro et al., donde se llevo a cabo una valoración nutricional en 412 pacientes hospitalizados en el servicio de medicina interna, de los cuales se observó que los pacientes masculinos, mayores de 60 años y con patologías infecciosas y oncológicas fueron los que presentaron mayor grado de desnutrición (2, 5).

Valoración global subjetiva (VGS)

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 del riesgo 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 (4, 6).

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 (7).

Dentro del examen físico, se evalúa: pérdida de grasa subcutánea (tríceps, tórax), pérdida de músculo (cuádriceps, deltoides), edema (tobillo, sacro) y ascitis (Figura 1). De lo anterior, la exploración física se califica como: normal, leve, moderada o grave (1).



Figura 1. Se observa pérdida de masa del músculo temporal así como clavículas prominentes.

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 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).

En la figura 2 se muestra la VGS.

(Seleccione la categoría apropiada con una marca, o un valor numérico donde esté indicado con "#".)

A. Antecedentes

- Cambio de peso.
Pérdida en general en los pasados seis meses: cantidad = # _____ kg: % de pérdida = # _____
Cambios en las últimas dos semanas: _____ incremento _____ sin cambio, _____ disminución.
- Cambio en la ingesta dietética (relativo a lo normal)
_____ Sin cambios.
_____ Cambios _____ duración = # _____ semanas,
_____ Tipo: _____ dieta sólida subóptima _____ dieta líquida,
_____ Líquidos hipocalóricos, _____ inanición.
- Síntomas gastrointestinales (que duran > 2 semanas)
_____ ninguno, _____ náusea, _____ vómito, _____ diarrea, anorexia.
- Capacidad funcional
_____ Sin disfunción (p. ej., a toda capacidad).
_____ Disfunción _____ duración = # _____ semanas.
_____ Tipo: _____ trabajando subóptimamente.
_____ Ambulatorio.
_____ En cama.
- Enfermedad y su relación con requerimientos nutricionales
Diagnóstico primario (especificar)
Demandas metabólicas (estrés): _____ sin estrés _____ estrés bajo
_____ estrés moderado _____ estrés alto.

B. Física (especifique: 0 = normal, 1+ = leve, 2+ = moderada, 3+ = intensa).
_____ pérdida de grasa subcutánea (tríceps, tórax)
_____ atrofia muscular (cuadriceps, deltoides)
_____ edema en tobillo
_____ edema sacro
_____ ascitis

C. Clasificación VGS (seleccione una)
_____ A = bien nutrido
_____ B = moderado (o sospecha de estar desnutrido)
_____ C = gravemente desnutrido

Figura 2. VGS (Valoración Global Subjetiva).

Características de la VGS

La VGS nos permite distinguir entre pacientes bien nutridos y aquellos que están en riesgo de desnutrición o bien con algún grado de ésta, sin necesidad de utilizar medidas antropométricas sofisticadas o pruebas de laboratorio, con una sensibilidad y especificidad aceptables. Otra ventaja de la VGS es que una vez que el personal que la va a realizar ha sido capacitado, el tiempo de realización es de 9 minutos en promedio. Lo anterior vuelve a la VGS, en una prueba fácil de realizar, rápida, reproducible (concordancia interobservador del 91%) y gratuita para el paciente, además de que a diferencia de otras pruebas de valoración nutricional, ésta es la única

que evalúa la capacidad funcional del paciente. Otro aspecto importante es que esta validación para población geriátrica. En lo que se refiere a los puntos adversos de la VGS, destaca el hecho de que su exactitud depende de la experiencia del examinador (3, 6).

Perspectivas a futuro

Una propuesta para mejorar tanto la sensibilidad como especificidad de la VGS es utilizar ésta, en combinación con un método para estimar la composición corporal como lo es la prueba de bioimpedancia eléctrica, ya que en un estudio realizado por Pichard et al., encontraron que la depleción de masa magra corporal identificada por bioimpedancia y la desnutrición identificada por VGS, en conjunto, se relacionaban más con el aumento de días de estancia hospitalaria que la pérdida de peso de más del 10% o un índice de masa corporal menor de 20 kg/m² en conjunto con desnutrición identificada por VGS (3).

Referencias

1. Gómez C, Martín G, De Cos A, Iglesias C, Castillo R. Capítulo IV. Evaluación del estado nutricional en el paciente oncológico. pp. 43-56. En: Soporte nutricional en el paciente oncológico. 2006.
2. Baccaro F, Balza J, Borlenghi C, Aquino L, Armesto G, Plaza G, et al. Subjective Global Assessment in the Clinical Setting (Sep-Oct 2007). *JPEN Journal of Parenteral and Enteral Nutrition*; 31, 5, pg. 406-409.
3. Barbosa M, Barros A. Indications and limitations of the use of subjective global assessment in clinical practice: an update (2006). *Current Opinion in Clinical Nutrition and Metabolic Care*, 9:263–269
4. Detsky A, McLaughlin J, Baker J, et al. What is subjective global assessment of nutritional status? (1987) *JPEN Journal of Parenteral and Enteral Nutrition*; 11:8–13.
5. Detsky A, Smalley P, Chang J. Is this patient malnourished? (1994) *JAMA*; 271:54 - 58.
6. Pardo J. Tratamiento radioterápico y alteraciones nutricionales: profilaxis y tratamiento. Objetivos de la intervención nutricional (2004). *Rev Oncol*; 6 (Supl 1):19-28
7. Mandt J, Hopkins B, Politzer E. Chapter 6, Nutrition screening and assessment. pp. 107-140. En: Gottschlich MM. The science and practice of nutrition support, a case-based core curriculum. ASPEN 2001.