

## VALORACIÓN GLOBAL SUBJETIVA

### A. HISTORIA

#### 1. CAMBIOS DE PESO

· Pérdida en los últimos 6 meses:

Peso actual \_\_\_\_\_ kg

Peso habitual \_\_\_\_\_ kg

Peso perdido \_\_\_\_\_ kg

Pérdida de peso (%) \_\_\_\_\_ % (<5%, 5-10%, >10%)

· Cambios en las últimas 2 semanas:

Aumento de peso

Sin cambios

Pérdida de peso

#### 2. CAMBIOS EN LA INGESTA DIETÉTICA (Comparado con la ingesta normal)

· Sin cambios

· Cambios

Duración: \_\_\_\_\_ semanas

Tipos: Ayuno

Líquidos hipocalóricos

Dieta líquida completa

Dieta sólida insuficiente

#### 3. SÍNTOMAS GASTROINTESTINALES (>2 semanas de duración)

Ninguno

Náuseas

Vómitos

Diarrea

Anorexia

#### 4. CAPACIDAD FUNCIONAL

· Sin disfunción (capacidad total)

· Disfunción

Duración: \_\_\_\_\_ semanas

Tipos: Trabajo reducido

Ambulatorio sin trabajar

Encamado

#### 5. ENFERMEDAD Y SU RELACIÓN CON LOS REQUERIMIENTOS NUTRICIONALES

· Diagnóstico primario (específico):

· Requerimientos metabólicos (estrés):

Sin estrés

Estrés bajo

Estrés moderado

Estrés alto

### B. EXAMEN FÍSICO

	Normal (0)	Déficit ligero (1)	Déficit moderado (2)	Déficit severo (3)
Pérdida de grasa subcutánea (tríceps, tórax)				
Pérdida de masa muscular (cuadríceps, deltoides)				
Edema maleolar				
Edema sacro				
Ascitis				

### C. DIAGNÓSTICO (seleccionar uno)

No se establece un método numérico para la evaluación de este test. Se valora en A, B o C según la predominancia de síntomas, con especial atención a las siguientes variables: pérdida de peso, cambios en la ingesta habitual, pérdida de tejido subcutáneo y pérdida de masa muscular.

**A= Bien nutrido**

**B= Sospecha de malnutrición o malnutrición moderada**

5-10% de pérdida de peso en las últimas semanas antes del ingreso · Disminución de la ingesta en las últimas semanas · Pérdida de tejido subcutáneo

**C= Malnutrición severa**

Pérdida >10% del peso · Severa pérdida de masa muscular y tejido subcutáneo · Edema

## VALORACIÓN GLOBAL SUBJETIVA - Generada por el paciente

<b>PESO</b>	<b>ALIMENTACIÓN</b> (respecto hace 1 mes)	<b>ACTIVIDAD COTIDIANA</b> (último mes)
Peso actual _____ kg Peso hace 3 meses _____ kg	<input type="checkbox"/> como más <input type="checkbox"/> como igual <input type="checkbox"/> como menos Tipo de alimentos: <input type="checkbox"/> dieta normal <input type="checkbox"/> pocos sólidos <input type="checkbox"/> sólo líquidos <input type="checkbox"/> sólo preparados nutricionales <input type="checkbox"/> muy poco	<input type="checkbox"/> normal <input type="checkbox"/> menor de lo habitual <input type="checkbox"/> sin ganas de nada <input type="checkbox"/> paso más de la mitad del día sentado o en la cama
<b>DIFICULTADES PARA ALIMENTARSE</b>	<b>ENFERMEDADES</b>	<b>ALBÚMINA</b>
<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> NO Si la respuesta es Sí, señale cuál / cuáles de los siguientes problemas presenta: <input type="checkbox"/> falta apetito <input type="checkbox"/> ganas de vomitar <input type="checkbox"/> vómitos <input type="checkbox"/> estreñimiento <input type="checkbox"/> diarrea <input type="checkbox"/> olores desagradables <input type="checkbox"/> los alimentos no tienen sabor <input type="checkbox"/> sabores desagradables <input type="checkbox"/> me siento lleno enseguida <input type="checkbox"/> dificultad para tragar <input type="checkbox"/> problemas dentales <input type="checkbox"/> dolor ¿Dónde? _____ _____ <input type="checkbox"/> depresión <input type="checkbox"/> problemas económicos	_____ _____ Tratamiento oncológico: _____ _____ Otros tratamientos: _____ _____	Antes de tratamiento oncológico: _____ g/dl
		<b>PREALBÚMINA</b>
		Tras el tratamiento oncológico: _____ g/dl
		<b>EXPLORACIÓN FÍSICA</b>
		Pérdida del tejido adiposo: <input type="checkbox"/> Sí. Grado _____ <input type="checkbox"/> No Pérdida de masa muscular: <input type="checkbox"/> Sí. Grado _____ <input type="checkbox"/> No Edemas y/o ascitis: <input type="checkbox"/> Sí. Grado _____ <input type="checkbox"/> No Úlceras por presión: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Fiebre: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No

**ESTADO NUTRICIONAL:**    **A**    **B**    **C**

**A: buen estado nutricional**

**B: malnutrición moderada o riesgo de malnutrición**

**C: malnutrición grave**

DATO CLÍNICO	A	B	C
Pérdida de peso	<5%	5-10%	>10%
Alimentación	Normal	deterioro leve-moderado	deterioro grave
Impedimentos para ingesta	NO	leves-moderados	graves
Deterioro de actividad	NO	leve-moderado	grave
Edad	≤65	>65	>65
Úlceras por presión	NO	NO	SÍ
Fiebre / corticoides	NO	leve / moderada	elevada
Tto antineoplásico	bajo riesgo	medio riesgo	alto riesgo
Pérdida adiposa	NO	leve / moderada	elevada
Pérdida muscular	NO	leve / moderada	elevada
Edemas / ascitis	NO	leve / moderados	importantes
Albúmina (previa al tratamiento)	>3,5	3,0-3,5	<3,0
Prealbúmina (tras el tratamiento)	>18	15-18	<15