



FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

CARRERA PROFESIONAL DE NUTRICIÓN Y
DIETÉTICA

“EVALUACIÓN DEL RIESGO NUTRICIONAL EN PACIENTES
CON NEOPLASIAS DE CABEZA Y CUELLO PRE
QUIRÚRGICOS DEL INSTITUTO NACIONAL DE
ENFERMEDADES NEOPLÁSICAS – LIMA, 2020”

Tesis para optar el título profesional de
LICENCIADA EN NUTRICIÓN Y DIETÉTICA

Presentado por:

Iris Maritza Yaicurima Ramirez (0000-0001-7623-5111)

Asesora:

Lic. Flor Gissela Flores Velásquez (0000-0002-0479-8449)

Lima – Perú

2021

ACTA DE SUSTENTACIÓN DE TESIS

Lima, 28 de mayo de 2021.

Los integrantes del Jurado de tesis:

Presidente: Lic. Luz Gladys Cielo Sandoval de Gonzales	<input type="checkbox"/>
Miembro: Lic. Walter Ravelo Zapata	
Miembro: Mg. Marysol Angélica Victoria Olivares Etchebaster	

Se reúnen para evaluar la tesis titulada:

“Evaluación del riesgo nutricional en pacientes con neoplasias de cabeza y cuello pre quirúrgicos del Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas – Lima, 2020”

Presentada por el bachiller:

- Iris Maritza Yaicurima Ramirez

Para optar el Título Profesional de Licenciada en Nutrición y Dietética

Asesorado por: Lic. Flor Gissela Flores Velásquez

Luego de haber evaluado el informe final de tesis y evaluado el desempeño del estudiante de la carrera de Nutrición y Dietética en la sustentación, concluyen: de manera unánime (X) por mayoría simple () calificar a:

Tesis: Iris Maritza Yaicurima Ramirez		Nota (en letras): 14 (catorce)	
Aprobado (X)	Aprobado - Muy buena ()	Aprobado - Sobresaliente ()	Desaprobado ()

Los miembros del jurado firman en señal de conformidad.



Lic. Luz Gladys Cielo Sandoval de Gonzales
Presidente del Jurado



Lic. Flor Gissela Flores Velásquez
Asesor



Lic. Walter Ravelo Zapata
Miembro 1



Mg. Marysol Angélica Victoria Olivares Etchebaster
Miembro 2

Dedicatoria

A mis padres, que siempre me brindaron su ayuda moral y económica en todos los años de carrera para ser una profesional, gracias a ellos, sin duda por siempre creer en mí.

A mis abuelos, que, con la sabiduría de Dios, me han enseñado a ser quien soy y tener la confianza que lo lograría.

A mis amigos, que me llenan de alegría con sus buenas vibras y mensajes, ellos siempre están ahí para apoyarme en todas las circunstancias.

Agradecimiento

Agradecer a Dios, por haberme permitido llegar hasta este punto con salud, a pesar de que estemos afrontando una pandemia mundial, con fortaleza y valor para lograr mis metas y por las personas que me puso delante.

A mi bella familia, quienes siempre me apoyan con mucho esfuerzo y me brindan sabios consejos, su motivación constante para no rendirme y salir adelante.

Gracias porque siempre me guiaron a ser una persona de bien y buenos valores.

ÍNDICE GENERAL

RESUMEN.....	10
ABSTRACT.....	12
I. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	12
II. MARCO TEÓRICO	16
2.1 Antecedentes.....	16
2.2 Bases Teóricas.....	21
III. OBJETIVOS	27
3.1 Objetivo General.....	27
3.2 Objetivos Específicos.....	27
IV. MATERIALES Y MÉTODOS	28
4.1 Diseño Metodológico.....	28
4.2 Población y muestra.....	28
4.3 Criterios de selección.....	28
4.4 Población	29
4.5 Operacionalización de variables	30
4.6 Proceso de recolección.....	32
4.7 Técnicas e Instrumentos	33
4.8 Análisis de datos	33
4.9 Consideraciones éticas.....	33
V. RESULTADOS	35

VI. DISCUSIÓN	49
VII. CONCLUSIONES	54
VIII. RECOMENDACIONES.....	55
IX. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	56
X. ABREVIATURAS	62
XI. ANEXOS.....	63

ÍNDICE DE FIGURAS

	Página
Figura 1. Distribución etaria de pacientes con neoplasias de cabeza y cuello prequirúrgicos del Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas durante el 2020.....	35
Figura 2. Diagnóstico según valoración global subjetiva en los pacientes con neoplasias de cabeza y cuello prequirúrgicos del Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas durante el 2020.....	36
Figura 3. Diagnóstico según la valoración global subjetiva por sexo en los pacientes con neoplasias de cabeza y cuello prequirúrgicos del Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas durante el 2020.....	37
Figura 4. Pérdida de peso en los pacientes con neoplasias de cabeza y cuello prequirúrgicos del Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas durante el 2020.....	38
Figura 5. Ingesta alimentaria en los pacientes con neoplasias de cabeza y cuello prequirúrgicos del Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas durante el 2020.....	39
Figura 6. Clasificación del tipo de alimentación en los pacientes con neoplasias de cabeza y cuello prequirúrgicos del Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas durante el 2020.....	40
Figura 7. Clasificación de la actividad cotidiana en los pacientes con neoplasias de cabeza y cuello prequirúrgicos del Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas durante el 2020.....	41
Figura 8. Síntomas de impacto nutricional en los pacientes con neoplasias	42

de cabeza y cuello prequirúrgicos del Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas durante el 2020.....	
Figura 9. Clasificación de la albúmina en los pacientes con neoplasias de cabeza y cuello prequirúrgicos del Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas durante el 2020.....	43
Figura 10. Clasificación de la exploración física en los pacientes con neoplasias de cabeza y cuello prequirúrgicos del Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas durante el 2020.....	44
Figura 11. Localización del cáncer en pacientes con neoplasias de cabeza y cuello prequirúrgicos del Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas durante el 2020.....	45
Figura 12. Sub - localización del cáncer en pacientes con neoplasias de cabeza y cuello prequirúrgicos del Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas durante el 2020.....	46
Figura 13. Sub - localización del cáncer y diagnóstico según valoración global subjetiva en pacientes con neoplasias de cabeza y cuello prequirúrgicos del Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas durante el 2020.....	47

ÍNDICE DE TABLAS

	Página
Tabla 1. Relación entre el estado nutricional según la valoración global subjetiva y la pérdida de peso en los pacientes con neoplasias de cabeza y cuello prequirúrgicos del Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas durante el 2020.....	48

ÍNDICE DE ANEXOS

	Página
Anexo 1: Valoración Global Subjetiva generada por el paciente.....	63
Anexo 2: Matriz de consistencia	65
Anexo 3: Consentimiento informado.....	67

RESUMEN

Objetivos: Evaluar el riesgo nutricional en pacientes con neoplasias de cabeza y cuello prequirúrgicos del Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas durante el 2020. **Materiales y métodos:** El estudio fue cuali-cuantitativo, descriptivo, observacional, de corte transversal. Participaron 47 pacientes adultos con diagnóstico definitivo de neoplasias de cabeza y cuello prequirúrgicos mayores de 18 años del Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas (INEN) durante el 2020. El muestreo fue no probabilístico por conveniencia. Se aplicó el cribado nutricional de Valoración Global Subjetiva Generada por el Paciente (VGS-GP) que se clasifica en tres estadios: Normo nutrido (A), Moderadamente Malnutrido (B) o Severamente Malnutrido (C). **Resultados:** La evaluación nutricional mediante la aplicación de la VGS-GP en los pacientes con neoplasias de cabeza y cuello prequirúrgicos del Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas, se obtuvo que el 41% se encontró normo nutrido (A), el 36% moderadamente malnutrido (B) y 23% severamente malnutrido (C). De acuerdo con la edad el 27,6% es mayor de 65 años, la pérdida de peso (< 5% de su peso habitual) se presentó en el 32% de pacientes y la pérdida de peso (> 5% de su peso habitual) en el 13%. Respecto a la ingesta alimentaria el 45% consume menos de lo habitual y el 43% pocos alimentos sólidos. El 36% presenta limitaciones para desarrollar su actividad física cotidiana. El 25,5% de los pacientes presenta problemas para tragar, tiene sequedad en la boca (10,6%), los alimentos no le saben a nada (10,6%), estreñimiento (8,5%) y la falta de apetito en el 8,5%. **Conclusiones:** La evaluación nutricional mediante la aplicación de la VGS-GP en los pacientes con neoplasias de cabeza (cavidad oral) y cuellos prequirúrgicos del Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas obtuvo que el 36% presentó riesgo de desnutrición (B) y el 23% malnutrición grave (C). Existe relación significativa ($X^2 = 11,2$; $gl = 4$ y $p = 0,013$) entre el estado nutricional y la pérdida de peso en los pacientes oncológico; el mayor porcentaje se presenta en aquellos pacientes con un peso estable y un buen estado nutricional. Seguido del 81,8% de los pacientes con malnutrición grave y que han perdido más del 5% de su peso habitual. **Palabras clave:** paciente oncológico, VGS-GP, neoplasia de cabeza y cuello, riesgo nutricional, cribado nutricional, estado nutricional.

ABSTRACT

Objectives: To assess nutritional risk in patients with presurgical head and neck neoplasms of National Institute of Neoplastic Diseases during 2020. **Materials and methods:** The study was qualitative, descriptive, observational, cross-cutting. 47 adult patients with definitive diagnosis of presurgical head and neck neoplasms over the age of 18 from the National Institute of Neoplastic Diseases (INEN) participated during 2020. Sampling was non-probabilistic for convenience. Patient-Generated Subjective Global Assessment (VGS-GP) nutritional screening was applied that is classified into three stages: Normo Nutrido (A), Moderately Malnourished (B) or Severely Malnourished (C). **Results:** Nutritional assessment by applying VGS-GP in patients with presurgical head and neck neoplasms of the National Institute of Neoplastic Diseases, 41% was found Normo Nutrido (A), 36% at Moderately Malnourished (B) and 23% with Severely Malnourished (C). According to age 27.6% is over 65 years old, weight loss (< 5% of their usual weight) was presented in 32% of patients and weight loss (> 5% of their usual weight) in 13%. With regard to food intake 45% consume less than usual and 43% few solid foods. 36% have limitations to develop their daily physical activity. 25.5% of patients have trouble swallowing, have dry mouth (10.6%), food knows nothing (10.6%), constipation (8.5%) and lack of appetite at 8.5%. **Conclusions:** Nutritional assessment through the application of VGS-GP in patients with head neoplasms (oral cavity) and presurgical necks of the National Institute of Neoplastic Diseases obtained that 36% had a risk of malnutrition (B) and 23% severe malnutrition (C). There is a significant relationship ($X^2 \times 11.2$; $gl \times 4$ and $p \times 0.013$) between nutritional status and weight loss in cancer patients; the highest percentage occurs in patients with a stable weight and good nutritional status. Followed by 81.8% of patients with severe malnutrition who have lost more than 5% of their usual weight.

Keywords: cancer patient, VGS-GP, head and neck neoplasm, nutritional risk, nutritional screening, nutritional status.

I. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

La causa de pérdida de peso en pacientes oncológicos es muchas veces difícil de conocer, y a su vez, tiene múltiples factores. (1) Estos en sí tienen un gran riesgo de malnutrición debido a la propia enfermedad, así como a los diversos tratamientos realizados para mantener su calidad de vida. (2)

En base a la evidencia científica, se sabe que la malnutrición está asociada al incremento del número, así como a la complejidad de la problemática dando como resultado una enorme morbimortalidad en pacientes oncológicos. (3) Estudios longitudinales evidencian un peor pronóstico en el manejo de la enfermedad en aquellos pacientes cuya pérdida de peso es mayor. (4)

Los pacientes con tumores en cabeza y cuello tienen una tendencia a una pérdida rápida de peso dando así, un resultado donde el 30 a 50% de estos pacientes llegan a presentar algún grado de desnutrición. (5)

En el mundo, de acuerdo con la Organización Mundial de la Salud (OMS) el cáncer tiende a ser la segunda causante de fallecimientos; es así como, en el 2015, se reportó que esta enfermedad ha llegado a ocasionar cerca de 9 millones de muertes. Es decir que, una de cada seis muertes alrededor del planeta es ocasionada por algún tipo de cáncer. (6) En el 2012, en regiones de Centroamérica, zonas de África y Asia se llegó a reportar un 57% de incidencia para casos relacionados a cáncer; así mismo reportaron 65% de disfunciones por el cáncer en las regiones mencionadas líneas arriba. Es así como se prevé, para el 2030, un incremento en la incidencia llegando a 23,6 millones de casos nuevos. (7)

En Latinoamérica, el cáncer es motivo de muertes ocupando así el tercer lugar. (8) México, en el 2014 el cáncer fue causa de mortalidad ocupando el quinto lugar. (9) En ese mismo año, el Instituto Nacional de Cancerología en México consideró que el origen de muerte en estos pacientes estaba asociado en un 20 a 25% a las secuelas y las complejidades causadas por la depleción nutricional o caquexia. (10) Mientras, en Uruguay el cáncer ha sido considerada una causal relevante de muerte ocupando el segundo lugar a nivel nacional, dando registro de cifras de 15000 casos nuevos y más de 8000 muertes a consecuencia de esta enfermedad (11,12). Es así como llega a representar casi la cuarta parte del total de defunciones (24,7%) en el 2015. (13) En Colombia, según la OMS, menos del 10% son muertes certificadas a consecuencia de cáncer de cabeza y cuello. (14)

A nivel nacional no tenemos recientes evidencias sobre la mortalidad que ocasiona esta enfermedad (aunado al desarrollo de caquexia) en el último año, sin embargo, se sabe que esta enfermedad se ha convertido en la segunda causa de muertes en nuestro país, formando parte de un gran obstáculo de salud pública en el Perú. (9,15). Si bien la incidencia de cáncer en el mundo según su localización es mayor en el pulmón en los varones y en la mama en las mujeres, los carcinomas en cabeza y cuello tienen un impacto directo con el estado nutricional del paciente por las limitaciones en la ingesta de alimentos. (16)

En los últimos años no se han encontrado investigaciones que nos muestren casos de riesgo nutricional en enfermos con neoplasias de cabeza y cuello hospitalizados y estos presenten algún grado en malnutrición.

Una de las responsables de forma inmediata o de algún indicio de las

defunciones de casi la tercera parte de enfermos oncológicos de cabeza y cuello es la caquexia tumoral; depleción o desnutrición relacionada con el mismo tumor o los diversos tratamientos (17). Esta prevalencia es elevada y muy frecuente, afectando entre el 30-50% de los pacientes oncológicos durante la estancia hospitalaria sin diferenciar grupo etario; la cual tiende en aumento a medida que se incrementa la estancia hospitalaria ya sea por causas quirúrgicas o médicas. (18)

Independiente a la estancia hospitalaria, existen otros factores contribuyentes en el desarrollo de la caquexia tumoral como: la activación del sistema de respuesta inflamatoria sistémica, anorexia y la alteración tanto del metabolismo de nutrientes, así como del gasto energético en estado de reposo. (19)

Según estudios multidisciplinarios esta condición patológica está asociada a una reducción tanto de la respuesta y tolerancia al procedimiento antineoplásico (20), así como en la reducción en su calidad de vida, prolongando así la estadía hospitalaria y, por ende, disminuyendo la supervivencia de estos pacientes con un alto costo en cuidados de salud. (21)

Se ha ido demostrando, en los últimos años, en diferentes investigaciones cuán importante e imprescindible es la intervención a través del manejo nutricional en los pacientes oncológicos dado que el impacto negativo de un estado de desnutrición o depleción va afectando en la progresión de la enfermedad, con consiguiente se reduce en la aceptación y cumplimiento de las terapias oncológicas y la calidad de vida; representando así una mayor morbimortalidad. Los pacientes que presentan un buen estadio en la valoración nutricional poseen una superior suficiencia para tratar las

complejidades originadas por los manejos oncológicos (22).

Esta investigación tuvo como objetivo evaluar los factores asociados a la presencia del riesgo nutricional en enfermos con neoplasia de cabeza y cuello prequirúrgicos del “Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas” (INEN) ayudando a los profesionales en nutrición en realizar una intervención nutricional conveniente que será capaz de prever las complicaciones del riesgo nutricional en el paciente oncológico, con el propósito de aumentar tanto la condiciones de salud como la tolerabilidad y consecuencia a la terapéutica y acortar la permanencia hospitalaria.

II. MARCO TEÓRICO

2.1 Antecedentes de la investigación

2.1.1 Antecedentes a nivel mundial

A nivel mundial se hallaron los siguientes estudios:

Rosli et al. en el 2017 nos menciona en su investigación realizada en Malasia, (23) que el bajo estado nutricional de los pacientes indica la necesidad de una evaluación nutricional temprana e intervención dado que el tratamiento con radioterapia pélvica causa síntomas agudos y crónicos en los pacientes oncológicos como malnutrición, dolor abdominal, incontinencia fecal, deshidratación, debilidad y teniendo como resultado un deterioro en su calidad de vida. Siendo este estudio de relevancia con las investigaciones relacionadas a los factores que conllevan a una pérdida de peso se puede reforzar nuestra investigación la cual busca poder conocer el riesgo nutricional en pacientes oncológicos a través de la severidad de la disminución de peso.

Mientras en la investigación realizada por Opanga et al. en el 2017 en Kenia (24) en la cual nos menciona que el diagnóstico precoz del riesgo de desnutrición a través de un cribado nutricional reduce la mortalidad asociada con la desnutrición. Así mismo, refiere que el uso de la Evaluación Global Subjetiva Generada por el Paciente (PGSGA) es eficaz para identificar a los pacientes con cáncer y con problemas de desnutrición, la cual aún no se ha adoptado en el tratamiento de pacientes con cáncer en Kenia. Sin embargo, en su investigación realizada en pacientes oncológicos ambulatorios, con algún tipo de tratamiento, bajo el objetivo evaluar y describir la valoración de

su estado nutricional, recluta y evalúa utilizando la herramienta Screening PGSGA concluyendo que la evaluación nutricional es necesaria para prevenir la malnutrición y la pérdida de peso durante el tratamiento y, en última instancia para aumentar el bienestar y la condición de vida de los neoplásicos. Por lo antes mencionado en este estudio Opanga nos confirman y resalta cuán importante es el uso de la Valoración Global Subjetiva Generada por el Paciente para identificar a los enfermos que corren un riesgo alimentario o que están gravemente desnutridos.

Mientras que en un estudio realizado en Asunción por Oreggioni et al. en el 2016, (25) sobre 81 enfermos con neoplasia de cabeza y cuello nos muestra a la VGS-GP como una herramienta de valoración del estado nutricional. De acuerdo, al estudio presentado por Oreggioni se evidencia que mediante la VGS-GP los pacientes evaluados muestran algún tipo de desnutrición, pero también esta herramienta identifica cambios y/o complicaciones asociadas a la capacidad de ingesta y deglutoria de los alimentos, ayudando así a realizar una intervención y evaluación nutricional oportuna en el paciente hospitalizado. Acorde al estudio antes mencionado se evidencia que la VGS-GP es una herramienta de tamizaje nutricional fundamental para el paciente con algún tipo de neoplasia, la cual es tomada en diferentes estudios que pretenden determinar la prevalencia de desnutrición o malnutrición en pacientes oncológicos con el fin de realizar una intervención nutricional durante su estancia hospitalaria.

Así mismo, Araujo et al. en su investigación realizada en Brasil durante el 2015 (26), el cual hace la comparación entre la evaluación nutricional

realizada a través de la Valoración Subjetiva Global-Generada por el Paciente (PG-SGA) con la evaluación antropométrica en pacientes adultos mayores con tratamiento oncológico a fin de evaluar la similitud de ambos métodos en la detección de malnutrición llegando a concluir que, el índice de masa corporal fue el criterio más sólido para el diagnóstico de desnutrición. Resultando así que, la información extraída por el PG-SGA, además de un diagnóstico nutricional y la necesidad de una intervención nutricional, confirma su recomendación como el método preferido para la identificación de la desnutrición en pacientes adultos mayores oncológicos. Si bien se ha evidenciado su alta especificidad en los diferentes estudios para diagnosticar el riesgo nutricional en los pacientes con cáncer, cabe mencionar que en el estudio de Araujo se corre el riesgo de no tener información tan certera, ya que se está trabajando con una población adulto mayor que en ocasiones depende de un segundo informante para recabar información.

De acuerdo con Sotelo et. al en el 2013 en su estudio realizado en España (27) en el cual compara el IMC y el porcentaje de merma de peso en el paciente con cáncer que ha sido hospitalizado evidenció que el uso de la VGS-GP al ingreso de los pacientes al hospital como herramienta de tamizaje asociado a la pérdida de peso obtuvo mejores resultados, ya que, el grado de desnutrición está asociado de forma directa en el paciente hospitalizado a diferencia de IMC. En este estudio Sotelo nos confirma que la valoración nutricional no debe exceder las sesenta y dos horas del ingreso del paciente a sus tratamientos hospitalarios para disminuir las complicaciones dentro de su estancia hospitalaria.

También en el 2013, Arribas y colaboradores en su investigación llevada en Barcelona con pacientes con cáncer de cabeza y cuello (28) revela como el IMC, la depleción de peso y los valores de albúmina pueden ser considerados factores pronósticos en la detección de alguna neoplasia de cabeza y cuello. Llegando así Arribas a la conclusión que es recomendable la realización completa del tamizaje nutricional antes que el paciente proceda a su tratamiento específico para el cáncer, puesto que, el estado emocional puede intervenir cuando se está llevando a cabo el tamizaje nutricional con la VGS-GP. Por esto último se demuestra que tan importante es poder evaluar y recabar esta información del paciente al ingreso a su estancia hospitalaria para poder modificar los factores pronósticos.

Mientras Fernández et al. durante el 2013 realizó un estudio en España donde participaron 997 pacientes (29) el cual analizó la prevalencia así como el grado de desnutrición de los pacientes oncológicos donde se recogió de forma retrospectiva los datos clínicos analizados en la primera consulta demostró que la apreciación dietética es primordial para conocer a los pacientes que presentan inanición o una amenaza nutricional, y así poder educarlos y dirigirlos en cuanto a sus necesidades nutricionales acorde al tratamiento oncoespecífico que estos están llevando. Teniendo en cuenta lo antes mencionado es de suma importancia conocer como ingresa el paciente al centro hospitalario para poder abordar el tratamiento y disminuir la pérdida de peso o complicaciones propias de la enfermedad.

De acuerdo con el estudio realizado en México por Fuchs et al. en el 2008

(30) compara el impacto de los enfermos de neoplasias de cabeza y cuello que llevan una terapéutica nutricional intensivo, estos pacientes llevaban un seguimiento en evaluaciones nutricionales y antropométricas, controles terapéuticos y en casos especiales eran suplementados a comparación con aquellos que sólo llevaban un tratamiento convencional. Llegando así Fuchs a la conclusión que aquellos pacientes que recibían un tratamiento intensivo cursando su tratamiento oncoespecífico tenían un menor deterioro de su estado nutricional a comparación a los que recibían un tratamiento convencional. Por esto último, queda demostrado que tan importante es la evaluación y el seguimiento nutricional del paciente para evitar un riesgo nutricional que desencadena en una índole de neoplasias de cabeza y cuello.

Alvarenga et al. (31) realizó un estudio en el 2008, participaron 427 individuos con cáncer de cabeza y cuello. Se encontró que los varones presentaron la mayor proporción del carcinoma (86%), la ubicación con mayor frecuencia fue en la cabeza y en los pacientes adultos mayores.

Chon et al. en el 2005 menciona en su investigación realizada en 29 pacientes consecutivos en La Habana (32) como es que se realizó la inclusión y la designación a un tratamiento ionizante mediante la evaluación de la situación nutricional del enfermo usando la Valoración Global Subjetiva para poder así evaluar el aporte calórico adicional que se necesitaría en estos pacientes. Concluyendo así que la malnutrición en estos pacientes ocurre como resultado directo de la enfermedad o a consecuencia de algún tipo de tratamiento, pero tienen menos repercusiones y mayor tolerancia en

pacientes que llevan un soporte nutricional adecuado. Acorde al estudio antes mencionado se evidencia la importancia de una evaluación y soporte nutricional para la mayor tolerancia a diversos tratamientos, evitar la vulnerabilidad de desnutrición y ampliar la calidad de vida.

Así mismo Villares et al. en su estudio en el 2003 en enfermos con neoplasias de cabeza y cuello (5) asoció el estado nutricional con la aparición de tumores en la faringe o de reaparición tumoral maligna después de un periodo de ausencia de la enfermedad, mostrando así resultados con una incidencia mayor a la mitad en malnutrición en esta población de neoplasia de cabeza y cuello; también dando a conocer que el estado nutricional de cada paciente puede condicionar a la aparición de recidivas tumorales. En este estudio Villares nos asevera cuan relevante es la identificación del estado nutricional del paciente para afrontar los diversos tratamientos prequirúrgicos o post quirúrgicos.

2.2 Bases Teóricas

2.2.1 Riesgo Nutricional en el paciente oncológico

El paciente oncológico suele padecer de una conminación considerable de malnutrición causado por la propia enfermedad y por los tratamientos que recibe. De acuerdo con los estudios realizados la malnutrición se asocia con las complicaciones y puede generar un alto número de fallecimientos en estos individuos evaluados. Por este motivo, es pertinente hacer una acertada evaluación del estado nutricional y no solo para el diagnóstico de los grupos de malnutrición, sino también para

detectar el riesgo de padecerla. (33)

La clasificación del estado nutricional debe ejecutarse al momento de la detección de la patología oncológica por el especialista en nutrición y de forma continua durante la evolución de la enfermedad. (34)

Según los reportes estadísticos cerca de los dos tercios de los neoplásicos en estado desarrollado presentan merma de peso, alteraciones del apetito, en algunos casos anorexia, caquexia y desnutrición. (13)

La inanición es una de los fenómenos que ocurren a menudo en los enfermos con tumores, vinculada con una menor condición de salud, disminución de su nivel de ejercicio diario, menor respuesta al tratamiento medicinal, costos más altos, mayor estancia hospitalaria y/o ingresos recurrentes. (34)

La desnutrición proteico-calórico, es la detección que después de la principal es la más frecuente en personas diagnosticadas con carcinoma, debido a la ingesta inadecuada de carbohidratos, proteínas y lípidos para cubrir los requerimientos de los cambios químicos o la captación mermada de macronutrientes. (34)

Diversas indagaciones plantean que semejantes pacientes cuya bajada de peso es extrema el pronóstico va hacia lo peor; incluso después de la septicemia, la consunción se ha caracterizado como la causa más común de muerte en esta población de enfermos. (34)

En los grupos oncológicos, el chequeo nutricional no es una aplicación tradicional con frecuencia en el centro hospitalario, en ocasiones suele realizarse tiempo después del diagnóstico, por lo que, este grupo de

enfermos vulnerables con riesgo pasan inadvertidos y no reciben el manejo idóneo, dañando por consiguiente su status alimentario; a pesar de esto, se ha registrado que la detención de complicaciones alimentarias y la sintomatología relacionada con la dieta nivelan o invierten la merma de peso en 50% a 88% en los pacientes. (34)

La nutrición juega un rol relevante en el paciente oncológico, ya que el predominio de inanición en estos pacientes es más avanzado, con mayor énfasis en la etapa final de la enfermedad. Se estima que alrededor del 40 al 80% de pacientes tiene algún grado de malnutrición. No todos los cánceres dejan el mismo grado de depleción, sino que se condiciona de la zona y que tan grande sea el carcinoma. Por ejemplo; las neoplasias gástricas y pancreáticas se vinculan a una merma violenta, pero, la neoplasia de mama, otras neoplasias como la leucemia tienden a no perjudicar el status alimentario. De igual manera, ciertos carcinomas, teniendo una longitud pequeña, perturban las funciones derivadas con la facultad de consumir alimentos o la disponibilidad de alimentos como los de cabeza y cuello que van a fomentar a una depleción. (35)

2.2.1 Valoración subjetiva global generada por el paciente (VSG-GP)

Es considerado a nivel mundial como el método validado, sencillo y eficiente para la evaluación dietética en el enfermo neoplásico. Permite al profesional en nutrición la toma de la mejor elección respecto al abordaje dietético más pertinente. (35)

En la VGS-GP se requiere específicamente al enfermo para la medición, a fin donde complementa con el inicio del formato, que está referida al

expediente médico, en tanto que el galeno completa el formato, que es el indicador a los indicios físicos. (36)

Aquí está la variación principal con el VGS tradicional, siendo el galeno quien termina el formato, recopilar la evidencia de la indagación sobre el paciente. Este formulario puede llevarse a cabo en todos ambientes médicos tanto en enfermos internados como ambulatorios, también en consultas fuera del centro médico como en la vivienda del paciente. El uso persistente de este proceso posibilita detectar a los enfermos con malnutrición y registrar los resultados de la labor nutricional ejercida en ellos. (36)

La VGS-GP permite cuantificar la pérdida de peso, la enfermedad y sus condiciones, la valoración del estrés metabólico y el reconocimiento físico del paciente en 3 consideraciones corporales: masa adiposa, masa muscular y estatus hídrico.

Los resultados son categorizados en estado A como bien nutrido, estado B (moderadamente malnutrido o sospechosamente malnutrido) y estado C (severamente malnutrido). (36)

La clasificación del estado nutricional se obtiene de la sumatoria que realiza el profesional nutricionista con los resultados de la evaluación que realiza el paciente; con la finalidad de formular un proceso donde se maneje la instrucción alimentaria y complementación de nutrientes como la terapéutica entérica y/o intravenosa (36)

La sumatoria con valores obtenidos entre 0-1, refiere que el paciente no requiere intervención nutricional en ese momento, sin embargo; es

pertinente un seguimiento y monitoreo. (36)

La sumatoria con valores obtenidos entre 2-3, indica que el paciente solicita una instrucción alimentaria por parte de un nutricionista con un abordaje terapéutico para control de los síntomas. (36)

La sumatoria con valores obtenidos entre 4-8 indica la petición de una posición nutricional que aborde el tratamiento en sinergia con el oncólogo en la aplicación de fármacos con los síntomas. (36)

La sumatoria con valores obtenidos mayor o igual a 9 indica la terapéutica alimentaria brusca y progresión del síndrome es necesario que reciba terapéutica entérica y/o intravenosa en función del sistema digestivo y gravedad de la inanición. (36)

2.2.2 Neoplasia de cabeza y cuello

Las neoplasias de cabeza y cuello, con frecuencia se presentan en superficies delgadas que recubren internamente la cabeza y del cuello, es decir, al interior de la boca, de la nariz y de la garganta; sin embargo, poco frecuentes en las glándulas salivales. (37)

Las causas conocidas son el uso de alcohol y de tabaco son las dos características de amenaza más determinantes de las neoplasias de cabeza y cuello, esencialmente de la boca, de la lengua y de laringe. No menos del setenta y cinco por ciento de los carcinomas de cabeza y cuello son a consecuencia del consumo de cigarro y bebidas alcohólicas. Estos individuos tienden a tener una amenaza mayor de mostrar estos resultados a comparación de los que no la consumen.

Otro factor son la infección con los tipos de virus del papiloma humano

(VPH), la ingesta de alimentos salados, la salud bucal, la exposición ocupacional y la radiación. (37)

III. OBJETIVOS

3.1. Objetivo general:

- Evaluar el riesgo nutricional en pacientes con neoplasias de cabeza y cuello prequirúrgicos del Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas – Lima, 2020.

3.2. Objetivos específicos:

- Aplicar VGS-GP al momento de la admisión hospitalaria a pacientes con neoplasias de cabeza y cuello prequirúrgicos del Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas – Lima, 2020.
- Calificar ítems evaluados según escala de valoración de VGS-GP aplicada en pacientes con neoplasias de cabeza y cuello prequirúrgicos del Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas – Lima, 2020.
- Categorizar la valoración final de la VGS-GP aplicada en pacientes con neoplasias de cabeza y cuello prequirúrgicos del Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas – Lima, 2020.
- Clasificar pacientes con neoplasias de cabeza y cuello prequirúrgicos del Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas según tipo de valoración final de VGS-GP – Lima, 2020.

IV. MATERIALES Y MÉTODOS

4.1 Tipo y diseño de investigación

- El tipo de estudio fue cuali-cuantitativo.
- Según el objetivo: estudio descriptivo, observacional, de corte transversal prospectivo.

4.2 Selección de la muestra

4.2.1 Población objetivo:

Pacientes mayores de 18 años con diagnóstico definitivo de neoplasias de cabeza y cuello prequirúrgicos del Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas (INEN) durante el 2020.

4.2.2 Población accesible:

Pacientes mayores de 18 años con diagnóstico definitivo neoplasias de cabeza y cuello prequirúrgicos del Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas durante el 2020.

4.2.3 Población elegible:

- Edad: Pacientes mayores de 18 años.
- Género: Pacientes de ambos sexos.

4.3 Criterios de selección

4.3.1 Criterios de inclusión:

- Paciente con diagnóstico oncológico definitivo de Neoplasia de Cabeza y Cuello.
- Pacientes adultos mayores de 18 años.

- Pacientes admitidos a hospitalización para tratamiento oncológico quirúrgico.

4.3.2 Criterios de exclusión:

- Paciente con problemas psiquiátricos.
- Pacientes gestantes y pediátricos
- Pacientes neutropénicos
- Pacientes provenientes de cuidados intermedios o intensivos.

4.4 Población

El muestreo fue no probabilístico, por conveniencia. (38)

La estadística descriptiva utilizada fue el censo.

Se encontró 56 ingresos de pacientes con diagnóstico de cáncer de cabeza y cuello en el Departamento de Cirugía en Cabeza y Cuello del Instituto Nacional de Neoplásicas durante el momento de recojo de los datos. Siendo excluidos de acuerdo con los criterios de selección: 04 pacientes menores de edad y 05 pacientes gestantes.

Por lo antes expuesto; se realizó un censo con el resto de los pacientes, participando un total de 47 personas.

Esto se realizó como estrategia ya que la población era pequeña y si se consideraba una muestra los resultados obtenidos no serían representativos

4.5 Operacionalización de las variables:

VARIABLES	TIPO DE VARIABLE	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	INSTRUMENTO	DIMENSIONES	INDICADORES	ESCALA
Riesgo Nutricional	Independiente	Es la probabilidad de padecer una enfermedad o complicaciones médicas en el tratamiento relacionadas con la nutrición.	VGS – GP (Valoración Global Subjetiva Generado por el Paciente)	A= Buen estado nutricional	Pérdida de peso= <5% Alimentación= Normal Impedimentos para ingesta=NO Deterioro de actividad= NO Edad= ≤ 65 años Úlceras por presión= NO Fiebre/ corticoides= NO Tto. Antineoplásico= Bajo riesgo Pérdida adiposa= NO Pérdida muscular= NO Edemas/ascitis= NO Albúmina (previa al tto) = >3.5 Prealbúmina= >18	Nominal
				B= Malnutrición moderada o Riesgo Nutricional	Pérdida de peso= 5-10% Alimentación= deterioro leve- moderado Impedimentos para ingesta=leves moderados Deterioro de actividad= leve- moderado Edad= >65 años Úlceras por presión=NO Fiebre/ corticoides=leve /moderada Tto. Antineoplásico= medio riesgo Pérdida adiposa= leve /moderada Pérdida muscular= leve /moderada Edemas/ascitis= leves/moderados	Nominal

					Albúmina (previa al tto) = 3.0-3.5 Prealbúmina (tras tto) = 15-18	
				C= Malnutrición grave	Pérdida de peso= >10% Alimentación= deterioro grave Impedimentos para ingesta= graves Deterioro de actividad= grave Edad= >65 Úlceras por presión=SÍ Fiebre/ corticoides= elevada Tto. Antineoplásico= alto riesgo Pérdida adiposa= elevada Pérdida muscular=elevada Edemas/ascitis= importantes Albúmina (previa al tto) = <3.0 Prealbúmina (tras tto) = >15	Nominal

4.6 Procedimiento de recolección de datos:

- Se identificaron a los pacientes con neoplasias de cabeza y cuello prequirúrgicos del Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas admitidos a hospitalización mediante la lista de pacientes del servicio de enfermería.
- Se verificó de acuerdo con los criterios de inclusión y exclusión, los datos fueron ingresados a la base de datos de la presente investigación.
- Se aplicó el consentimiento informado (Anexo 3) a todos los pacientes que cumplieron con los criterios de inclusión y exclusión, explicando el objetivo e importancia del estudio, y respondiendo las dudas o preguntas por el investigado.
- Se aplicó la Ficha de Valoración Global Subjetiva-GP (Anexo 1) dentro de un máximo de las 24 a 48 horas de su hospitalización a todo paciente seleccionado para la investigación.
- En caso del paciente que no muestre signos de confiabilidad en la información brindada por algún estado propio de su enfermedad, se buscó como primer informante al familiar más cercano y se le preguntó sobre la ingesta de alimentos, actividad física, en lo relativo a la cantidad de comida.
- Se calificó cada ítem evaluado según escala de valoración de VGS-GP (A, B, C).
- Se realizó la valoración final de la VGS-GP aplicada, el paciente fue valorado a partir de esta herramienta en tres estadios: Normonutrido o estadio A, Moderadamente Malnutrido o estadio B o Severamente Malnutrido o estadio C.

- Se identificó a los pacientes con neoplasias de cabeza y cuello prequirúrgicos que presenten riesgo nutricional (B y C).

4.7 Técnicas e instrumentos

Para poder realizar esta investigación se aplicó el cribado nutricional: VGS-GP (“Valoración Global Subjetiva Generada por el Paciente”): Es una herramienta especialmente diseñada para pacientes oncológicos, que fue realizada por Ottery et al. (39). Desde entonces es usada como una herramienta fácil para reconocer de manera anticipada a los pacientes malnutridos o en riesgo de estarlo, interviniendo así en el soporte nutricional intensivo si es que lo necesitarán.

4.8 Análisis de los datos

Los datos de la ficha de recolección fueron ingresados a una base de datos en Excel y exportados al programa de Software Estadístico SPSS versión 26.

Seguidamente los datos fueron analizados teniendo presente los objetivos, el diseño y las variables del estudio.

La estrategia del análisis de datos fue mediante el análisis exploratorio descriptivo.

La variable cualitativa se presenta en tablas de frecuencia absoluta y relativa. La variable cuantitativa se presenta como tabla de medida de tendencia central y de dispersión, representaciones gráficas.

4.9 Aspectos éticos

La investigación fue realizada bajo la autorización y aprobación por parte del Comité de ética de la Universidad Científica del Sur y la jefatura de

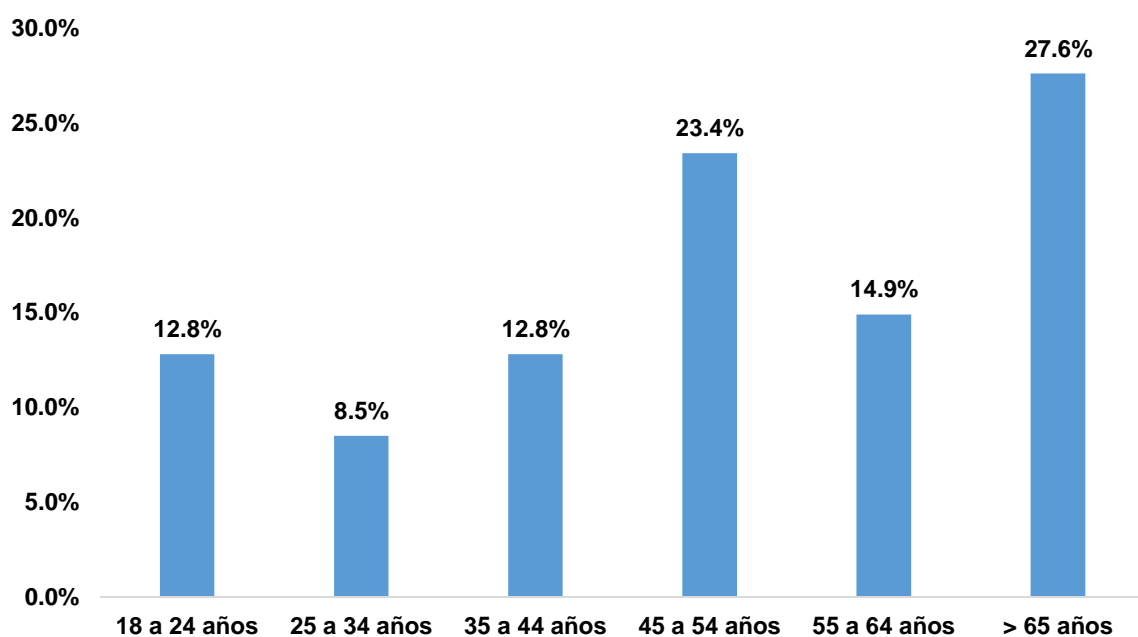
docencia e investigación del Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas.

A los (as) pacientes se les explicó el procedimiento y la finalidad del estudio para obtener su consentimiento. Se entregó una copia del consentimiento informado y una copia ha sido archivada por la investigadora.

V. RESULTADOS

A continuación, se presentan los resultados según los objetivos planteados:

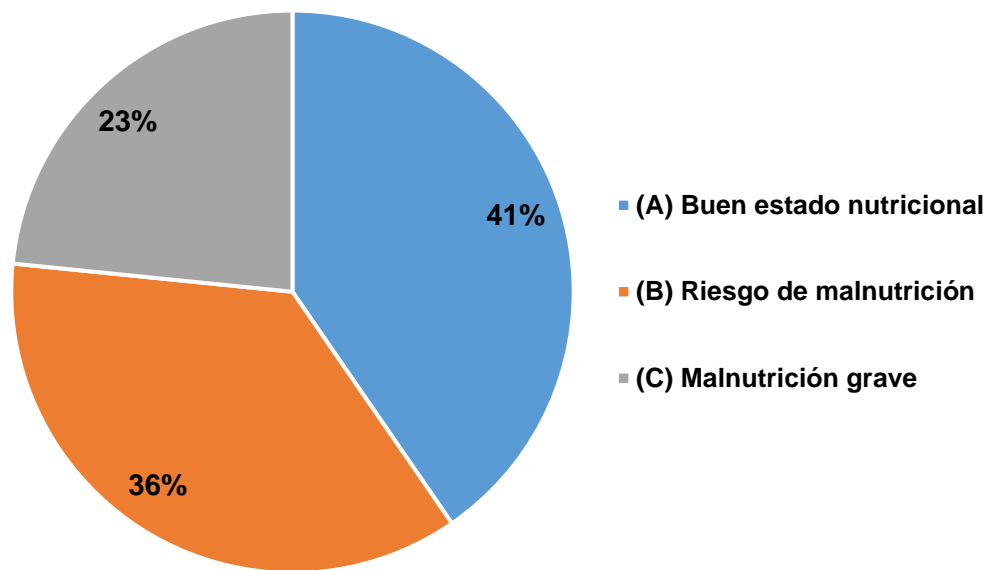
En la presente investigación participaron 47 pacientes mayores de 18 años hospitalizados con diagnóstico definitivo de neoplasias de cabeza y cuello en prequirúrgicos.



Fuente: Elaboración propia

Figura 1. Distribución etaria de pacientes con neoplasias de cabeza y cuello prequirúrgicos del Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas durante el 2020.

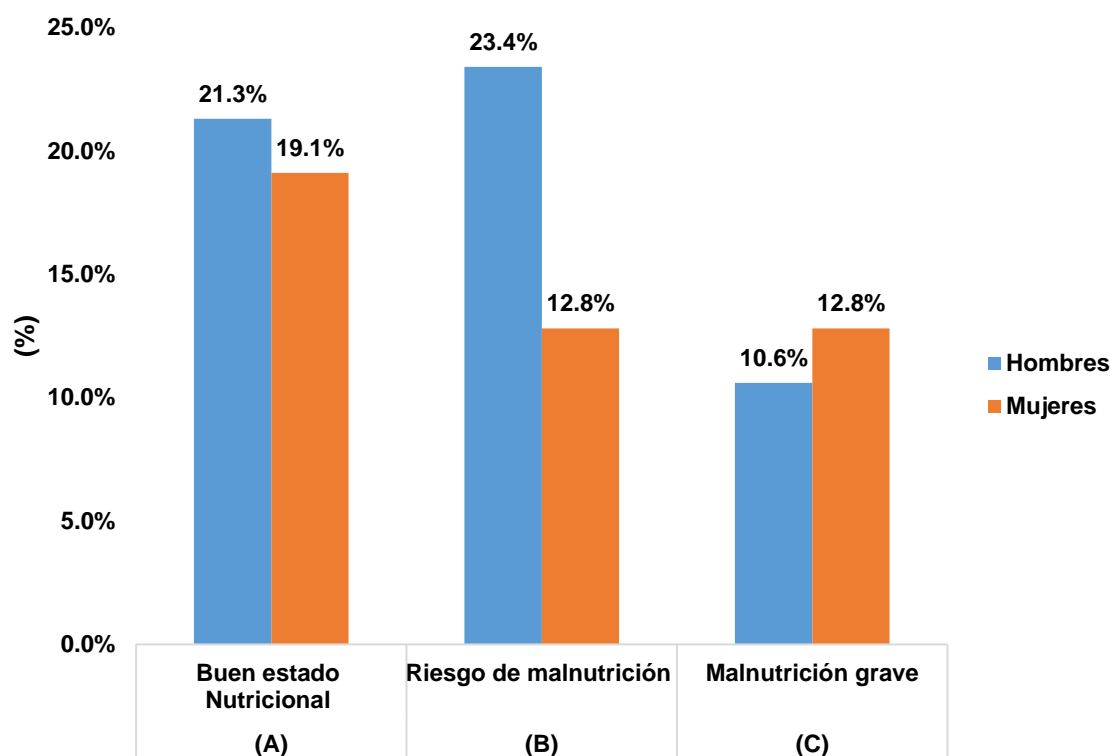
Se obtuvo que el mayor porcentaje (27,6%) lo obtuvieron los pacientes evaluados menores de 65 años, seguido de los adultos entre 45 a 54 años con un 23,4%. Los adultos con rango de edad entre los 55 a 64 años fueron menos del 15% parte de la totalidad, seguido del rango de 18 a 24 años y en menor proporción con 8.5% los adultos jóvenes entre 25 a 34 años. (Figura 1).



Fuente: Elaboración propia

Figura 2. Diagnóstico según valoración global subjetiva en los pacientes con neoplasias de cabeza y cuello prequirúrgicos del Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas durante el 2020.

Se obtuvo que el 41% de los pacientes presentó buen estado nutricional, 36% se encontró con riesgo de malnutrición y 23% de los pacientes obtuvo malnutrición grave. (Figura 2).

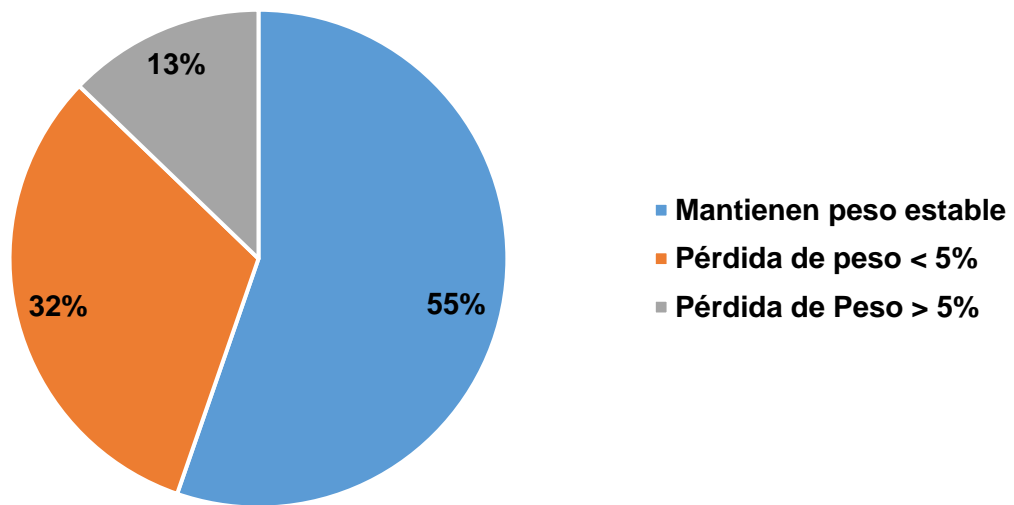


Fuente: Elaboración propia

Figura 3. Diagnóstico según la valoración global subjetiva por sexo en los pacientes con neoplasias de cabeza y cuello prequirúrgicos del Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas durante el 2020.

En la figura 3 se obtuvo, que el mayor porcentaje se presentó en los pacientes varones con un riesgo de malnutrición (23.4%), seguido de los pacientes con un buen estado nutricional (21.3%) y con malnutrición grave (10.6% de los pacientes).

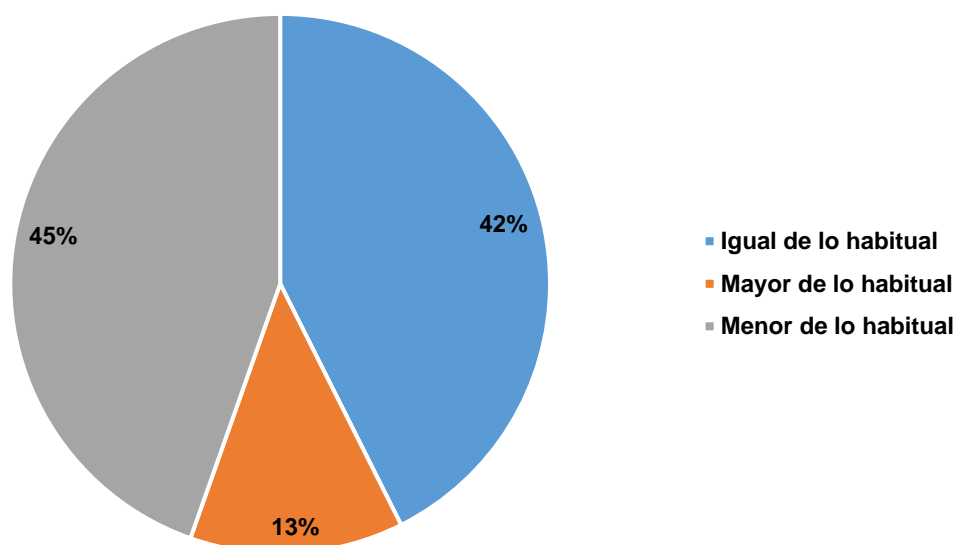
En el caso de las mujeres, el 19% presentaron buen estado nutricional, seguido del riesgo de malnutrición y malnutrición grave en más del 12.8% de las pacientes.



Fuente: Elaboración propia

Figura 4. Pérdida de peso en los pacientes con neoplasias de cabeza y cuello prequirúrgicos del Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas durante el 2020.

Se obtuvo que el 55% de los pacientes mantienen su peso estable, sin embargo, los pacientes que han perdido menos del 5% de su peso habitual representan el 32% y los pacientes que han perdido más del 5% de su peso son el 13% de la población evaluada. (Figura 4).

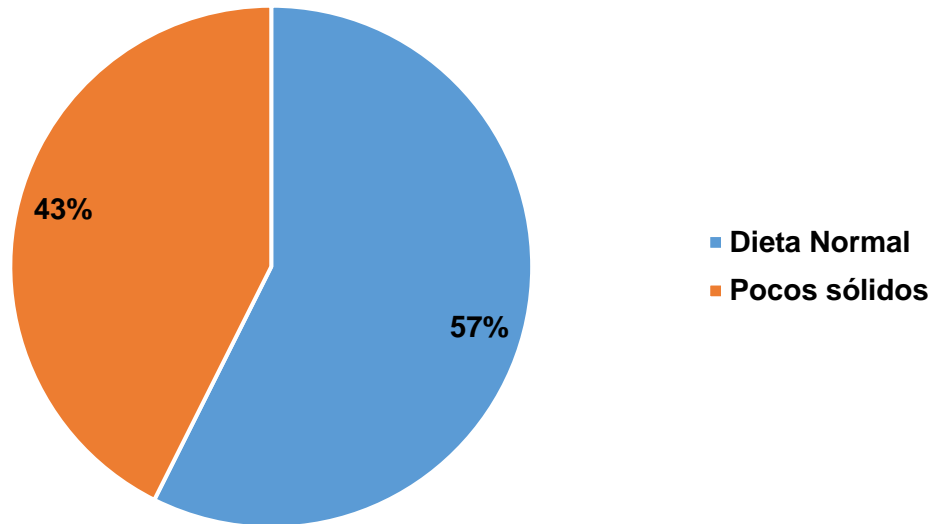


Fuente: Elaboración propia

Figura 5. Ingesta alimentaria en los pacientes con neoplasias de cabeza y cuello prequirúrgicos del Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas durante el 2020.

En la figura 5 se obtuvo que el 45% de los pacientes consume su dieta menor de lo habitual, el 42% igual de lo habitual, y el 13% mayor de lo habitual.

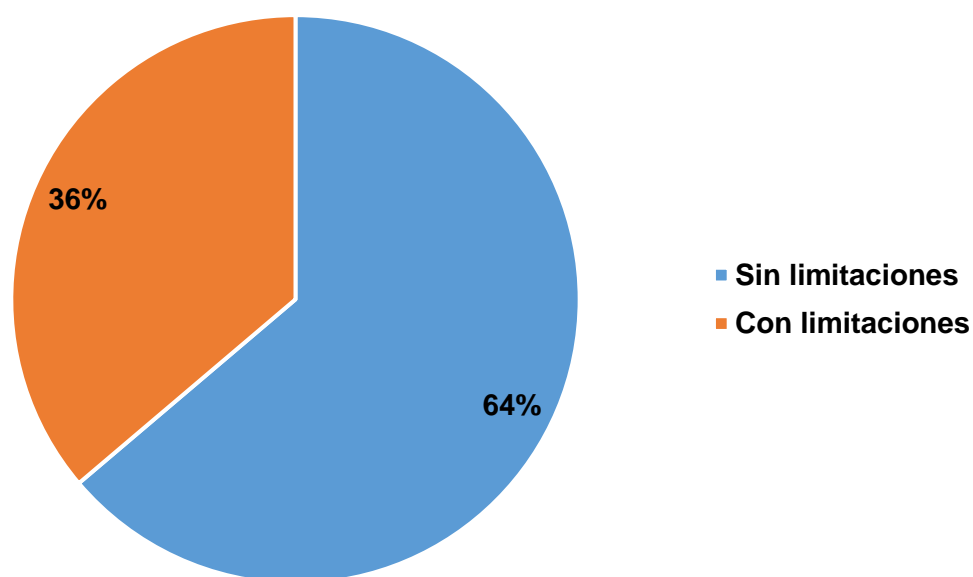
Estos resultados corresponden a la ingesta de alimentos con el estado habitual del paciente durante el último mes según la categorización que realiza el instrumento de VGS.



Fuente: Elaboración propia

Figura 6. Clasificación del tipo de alimentación en los pacientes con neoplasias de cabeza y cuello prequirúrgicos del Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas durante el 2020.

Se obtuvo en la figura 6 que el 57% de los pacientes continúa con su dieta normal y el 43% de los pacientes que consumen pocos sólidos.



Fuente: Elaboración propia

Figura 7. Clasificación de la actividad cotidiana en los pacientes con neoplasias de cabeza y cuello prequirúrgicos del Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas durante el 2020.

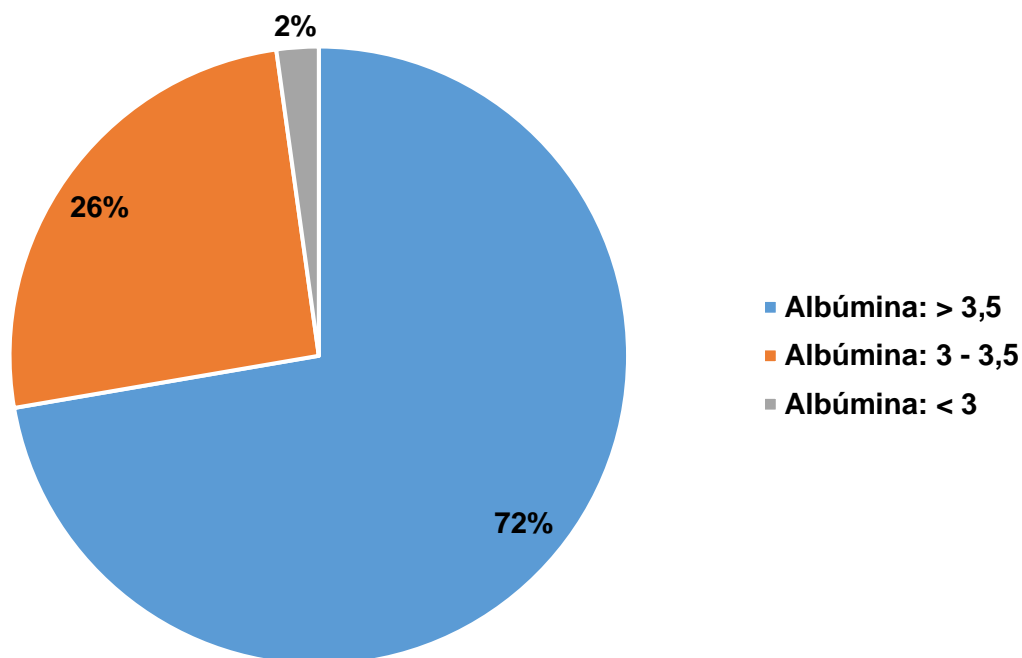
Se obtuvo que el 64% de los participantes no presenta limitaciones en su actividad cotidiana, seguido de los pacientes que si las presentan con un 36%. (Figura 7).



Fuente: Elaboración propia

Figura 8. Síntomas de impacto nutricional en los pacientes con neoplasias de cabeza y cuello prequirúrgicos del Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas durante el 2020.

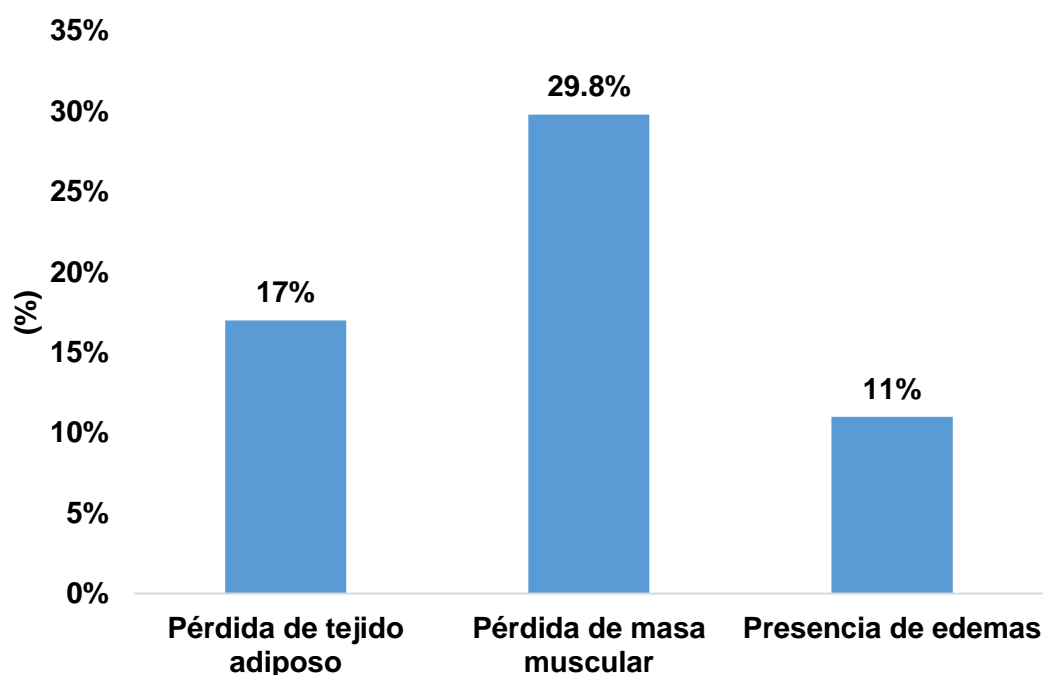
Se obtuvo según los síntomas de impacto nutricional que el 36,2% de los pacientes no tuvieron problemas de alimentación, seguido de los problemas para tragar y los dolores de cabeza y garganta en el 25,5%; respectivamente, El sin sabor de los alimentos (10,6%), la sequedad en la boca (10,6%), la falta de apetito (8,5%) y estreñimiento (8,5%), la depresión (8,5%) y problemas dentales; y sentirse lleno (4,3%). (Figura 8)



Fuente: Elaboración propia

Figura 9. Clasificación de la albúmina en los pacientes con neoplasias de cabeza y cuello prequirúrgicos del Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas durante el 2020.

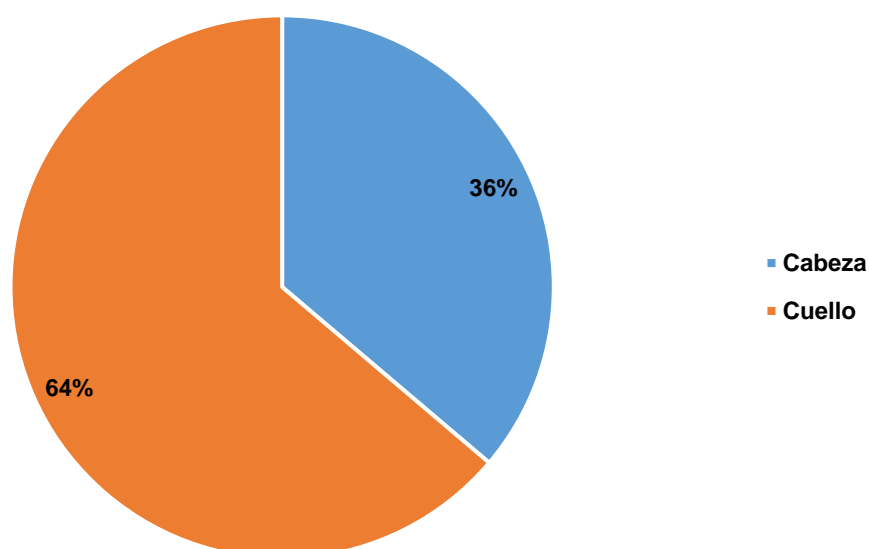
En la figura 9 se muestra, que la medición de la proteína plasmática (albúmina) se encontró que el 72% de los pacientes se encuentran normal, sin embargo; el 26% de ellos se encuentra con depleción leve y sólo el 2% con depleción grave.



Fuente: Elaboración propia

Figura 10. Clasificación de la exploración física en los pacientes con neoplasias de cabeza y cuello prequirúrgicos del Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas durante el 2020.

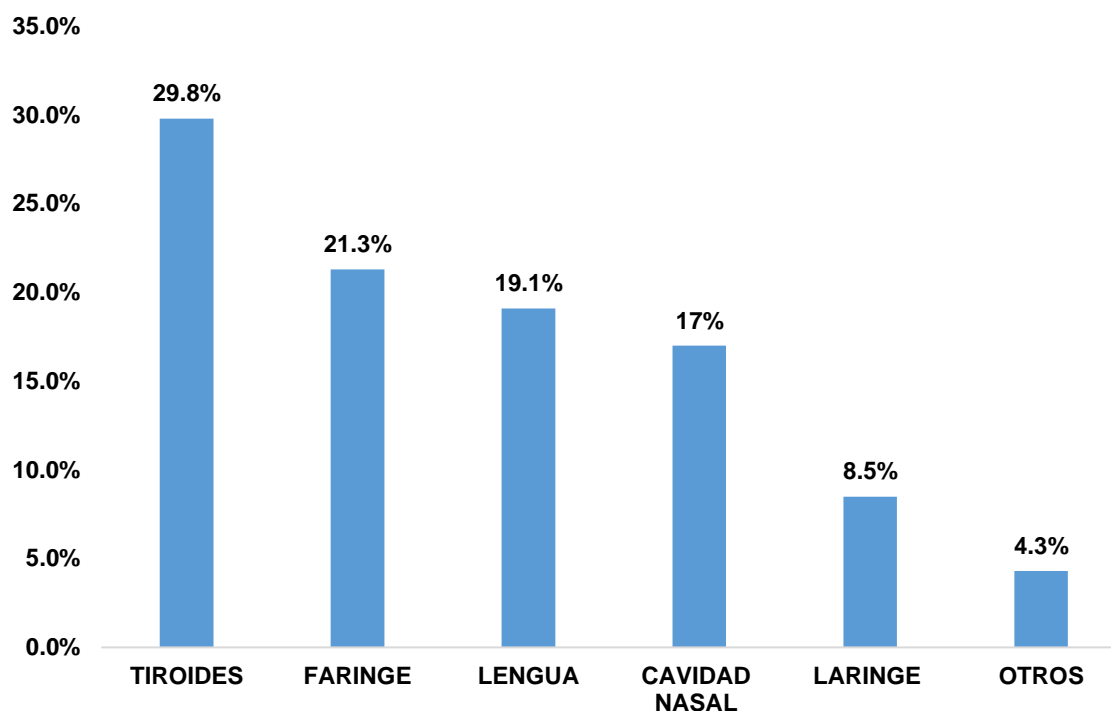
Se obtuvo que cerca del 29.8% de los pacientes presentaron pérdida de masa muscular, también resultó que el 17% de los pacientes con pérdida de tejido adiposo y el 11% de pacientes tuvo presencia de edemas. (Figura 10)



Fuente: Elaboración propia

Figura 11. Localización del cáncer en pacientes con neoplasias de cabeza y cuello prequirúrgicos del Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas durante el 2020.

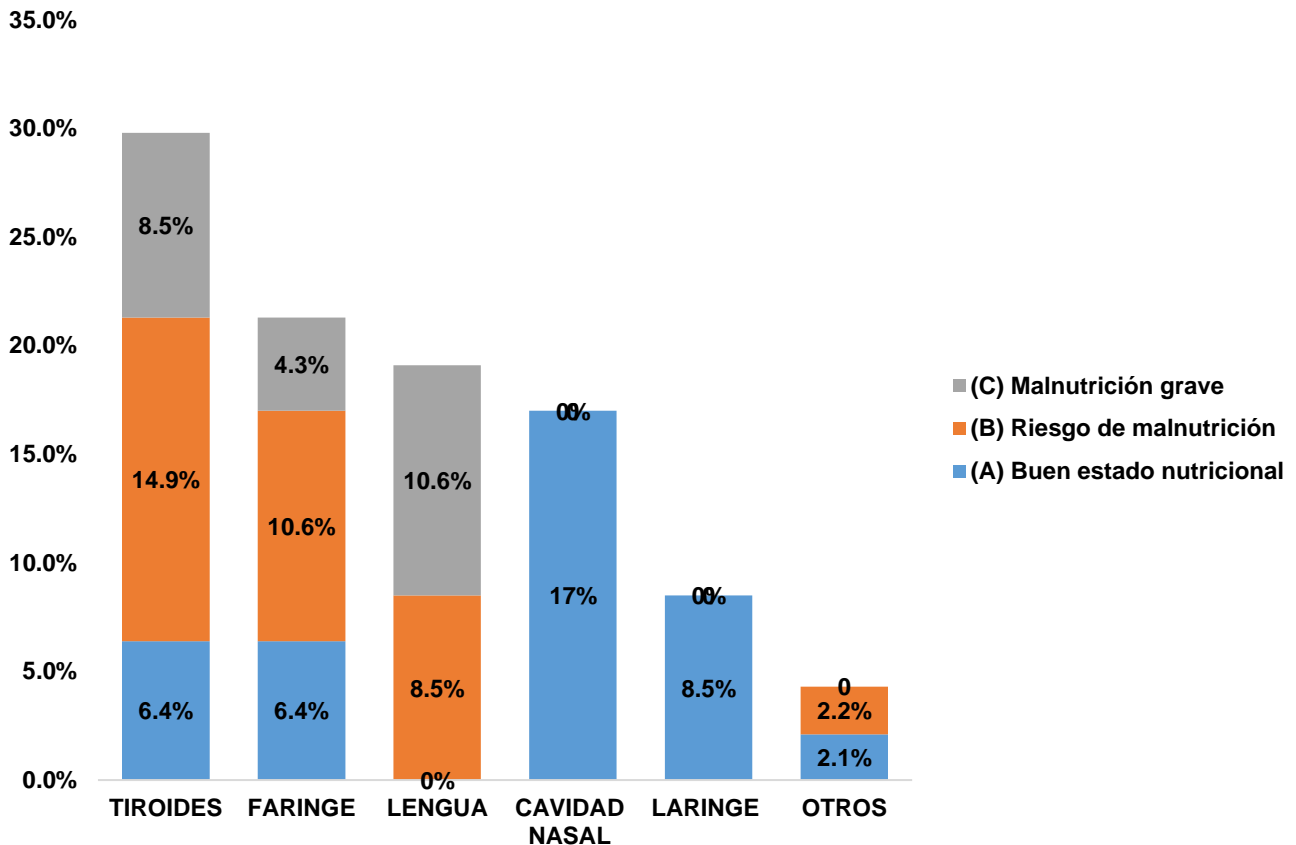
Según la localización del cáncer, el 64% de los pacientes evaluados presentan NM en cuello, seguido de NM cabeza (36%) como se muestra en la Figura 11.



Fuente: Elaboración propia

Figura 12. Sub - localización del cáncer en pacientes con neoplasias de cabeza y cuello prequirúrgicos del Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas durante el 2020.

Según la sub - localización del cáncer, los pacientes evaluados presentan NM en cuello y cabeza como tiroides (29,8%), faringe (21,3%), lengua (19,1%), cavidad nasal (17%), laringe (8.5%) y otros (4,3%) como se muestra en la Figura 12.



Fuente: Elaboración propia

Figura 13. Sub - localización del cáncer y diagnóstico según valoración global subjetiva en pacientes con neoplasias de cabeza y cuello prequirúrgicos del Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas durante el 2020.

Se obtuvo que los pacientes oncológicos con sub- localización en tiroides el 14.9% se encontró con riesgo de malnutrición y con malnutrición grave (8.5%).

En la faringe el 10.6% de los pacientes se encontró con riesgo de malnutrición y con malnutrición grave (4.6%). En la lengua el 8.5% de los pacientes se encontró con riesgo de malnutrición y con malnutrición grave (10.6%).

No hubo casos de riesgo de malnutrición y malnutrición grave en cavidad nasal y laringe.

Tabla 1: Relación entre el estado nutricional según la valoración global subjetiva y la pérdida de peso en los pacientes con neoplasias de cabeza y cuello quirúrgicos del Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas durante el 2020.

Estado nutricional según valoración global subjetiva					
		Buen estado nutricional (A)	Riesgo de malnutrición (B)	Malnutrición grave (C)	Total
Peso estable	n	18	08	0	26
	%	94.7%	47.1	0	55
Peso < 5%	n	01	05	09	15
	%	5.3%	29.4	81.8	32
Peso > 5 %	n	0	04	02	06
	%	0	23.5	18.2	13
Total	n	19	17	11	47
	%	100	100	100	100

$X^2 = 11,2$ $gl = 4$ $p = 0,013$

Fuente: Elaboración propia

La tabla 1 muestra los resultados al relacionar el estado nutricional según la valoración global subjetiva con la pérdida de peso en los pacientes oncológico; el mayor porcentaje se presenta en aquellos pacientes con un peso estable y un buen estado nutricional. Seguido del 81,8% de los pacientes con malnutrición grave y que han perdido más del 5% de su peso habitual. El 47,1% de los pacientes presentó riesgo de malnutrición y peso estable; el 29,5% con riesgo de malnutrición y la pérdida de peso inferior al 5%, el 23,5% con riesgo de malnutrición y la pérdida de peso superior al 5% de su peso. El 18,2% presentó malnutrición grave y la pérdida de peso superior al 5%. Con una significancia de $X^2 = 11,2$; $gl = 4$ y $p = 0.013$.

VI. DISCUSIÓN

Ante la variable prevalencia de malnutrición en pacientes oncológicos y su asociación con mayor morbimortalidad, se podrá identificar a los pacientes malnutridos para implantar una apropiada intervención nutricional. (41) Por lo que la aplicación de la Valoración Global Subjetiva Generada por el Paciente (VGS-GP) es un instrumento validado con el fin de estimar el estatus dietético siendo la desnutrición una complejidad recurrente en pacientes con neoplasias de cabeza y cuello con un importante impacto negativo en su bienestar y progreso clínico además de la disminución en su calidad de vida. (45)

Isenring et al. (22) demostró que la VGS-GP es una herramienta adecuada para instaurarse en pacientes oncológicos al considerar cambios en las variables: peso, alimentación y sintomatología.

Los resultados de esta investigación muestran que el 41% de los pacientes presentó un riesgo de malnutrición; este resultado es menor a lo reportado por Oreggioni et al. (25) donde encontró que el 64,2% de los estudiados presentaron un riesgo latente de desnutrición. Con relación a la malnutrición severa o grave, este estudio encontró un 23%, valor inferior a lo reportado por Oreggioni et al. (25) con el 32,1% de pacientes estaban severamente desnutridos. Otros autores reportaron también valores superiores de eventos de desnutrición general en el instante del diagnóstico entre un 30% a 50% (28). Estos encuentros confirman las publicaciones actuales, donde se asegura que la desnutrición en individuos con cáncer de cabeza y cuello es recurrente en el momento del diagnóstico. (43)

Diferenciado según sexo, en esta investigación el cáncer de cuello y cabeza

es más común en varones que en mujeres, estos valores son corroborados por lo reportado por Alvarenga et al. (31) en una muestra de 427 neoplasia con cáncer de cabeza y cuello con una mayor recurrencia en varones (65,8%). Similares resultados fueron completados también por Oreggioni et al. (25), Rosli et al. (23), Opanga et al. (24) cuando se separaron los pacientes por sexo. Esta tendencia al sexo masculino puede ser debida a las causas ambientales más comúnmente comprometidos y estudiados tales como el consumo de tabaco. (40)

La edad es un factor trascendental para la presencia de desnutrición y modificación de forma negativa en la deglución (4). En esta publicación se puede observar un acrecentamiento notorio en la prevalencia de desnutrición en pacientes menores los 64 años (27,7%) en comparación con los pacientes mayores de 65 años (72,3%). De acuerdo con algunas investigaciones de neoplasia de cabeza y cuello suele presentarse a partir de los 50 años (14).

Se encontró que la mayor asiduidad de neoplasia según la localización afecta a la cabeza (36%) y el cuello (64%); y por sub - localización la tiroides en más frecuente (29,8%). Es importante la identificación de la ubicación al ser puntos donde se realiza el proceso de la masticación y tragado, los cuales se ven involucrados por la presencia del tumor y posiblemente sean los principales factores causales que contribuyan a una mayor frecuencia de riesgo y/o desnutrición severa. (48)

Se identificó la pérdida de peso con el paso del tiempo, en aproximadamente 3 meses atrás. Esta investigación encontró que el 32% de los pacientes disminuyó su peso en un 5% y el 13% perdieron un peso

superior al 5%; estos resultados se corroboran a lo reportado por García et al. (18) que obtuvieron entre el 30 al 80% de los pacientes con cáncer descienden de peso y aproximadamente un 15% presenta pérdida del peso superior al 10%; Huhmann et al. (19) con el 34,1% y Fernández et al. (20) con el 35,8%.

Otro indicador para analizar el estado nutricional son los parámetros bioquímicos a través de las proteínas plasmáticas. (42) En condiciones de desarrollo de volumen se puede percibir una hipoalbuminemia por atenuación; como se aprecia en enfermos graves (sepsis, lesiones y operaciones quirúrgicas) y en casos de feedback alimentario (en esta ocurrencia es manifestación de una grave expectativa). De todas maneras, la albuminemia, en conjunto con la herramienta, es el óptimo análisis indicador de la estimación alimentaria al inicio de los enfermos, porque tiene una mayor validez y es predictivo positivo para prever dificultades agregadas a la desnutrición. En el presente estudio se recogieron los valores de albúmina encontrándose que el 72% con normalidad, con depleción leve 32% y con depleción grave el 2%.

Las limitaciones en la ingesta alimentaria como comer menos de lo habitual se presentó en el 45% de los estudiados; estos valores son similares a los reportados por Gómez-Candela et al. con el 45,9%, Sotelo et al., con el 46,1%, Fuchs et al., con el 48,5%. Además, sólo el 43% de los pacientes consumen pocos alimentos sólidos.

La sintomatología del impacto nutricional según la valoración global subjetiva generada por el paciente obtuvo que cerca de un tercio de los pacientes no presenta problemas en su alimentación (36,2%); uno de cada

cuatro investigados tiene dificultad para tragar los alimentos o disfagia y dolores de cabeza y garganta (25,5%), la sequedad en la boca y la percepción del sabor de los alimentos con el 10,6%; la falta de apetito, estreñimiento, problemas dentales y la depresión con el 8,5%. Estos resultados son inferiores a lo reportado por Araújo dos Santos (50,0%) y García-Luna con el 46,7%.

Los resultados de la capacidad funcional según la VSG-GP, es decir, la actividad física, se encontró con limitaciones (36%).

En la exploración física se obtuvo un 17% de pérdida de tejido adiposo, una disminución notable de la masa grasa debajo de la piel refiere una carencia energética notable. Los pacientes con pérdida de masa muscular (29,8%), es pertinente la valoración del tono y la funcionalidad. La presencia de edemas se presentó en el 11% de los pacientes, en estos casos debido a las alteraciones del equilibrio hídrico, asimismo de encontrarse una participación ajena inusual, según un consumo alimentario y de hidratación inapropiado, el suministro de fluidos al tratamiento intravenoso o quimioterapia.

Respecto a la relación entre el estado nutricional según la valoración global subjetiva con la pérdida de peso en los pacientes oncológico; el mayor porcentaje se presenta en aquellos pacientes con un peso estable y un buen estado nutricional. Seguido del 81,8% de los pacientes con malnutrición grave y que perdieron más del 5% de su peso habitual. El 47,1% de los enfermos presentó riesgo de malnutrición, sin embargo, mantuvo su peso estable; el 29,5% de éstos presentó riesgo de malnutrición y perdieron el 5% de su peso habitual, el 23,5% presentó riesgo de

malnutrición y perdieron más del 5% de su peso. El 18,2% presentó malnutrición grave y perdieron más del 5% de su peso habitual. Con una significancia de $X^2 = 11,2$; $gl = 4$ y $p = 0.013$. Estos datos son similares a lo reportado por Argiles et al (50) y Zhou T (51).

La repercusión de cáncer se eleva a medida que avanza la edad. (48). Con la vejez y con un trastorno crónico como el cáncer, aumenta la tasa de desnutrición de sarcopenia, de caquexia y de debilidad (46). Si el paciente anciano muestra una desnutrición, ésta puede modificar la calidad de vida, la terapia médica y nutricional debe desarrollarse de forma individualizada, desde el abordaje dietético hasta las formas más profundas de tratamiento como la suplementación oral, la nutrición enteral o la nutrición parenteral. (44).

VII. CONCLUSIONES

1. La evaluación nutricional mediante la aplicación de la VGS-GP en los pacientes con tumores de cabeza y cuello prequirúrgicos del Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas, se obtuvo que el 41% se encontró normo nutrido (A), el 36% moderadamente malnutrido (B) y 23% con severamente malnutrido (C).
2. De acuerdo con la clasificación de la valoración global, la pérdida de peso (< 5% de su peso habitual) se presentó en el 32% de los pacientes y la pérdida de peso (> 5% de su peso habitual) en el 13%. Respecto a la ingesta alimentaria, el 45% consume menos de lo habitual y el 43% pocos alimentos sólidos durante el último mes. El 36% presenta limitaciones para desarrollar su actividad física cotidiana. El 25,5% de los pacientes presenta problemas para tragar, tiene sequedad en la boca (10,6%), los alimentos no le saben a nada (10,6%), estreñimiento (8,5%) y la falta de apetito en el 8,5%.
3. Existe relación significativa ($X^2 = 11,2$; $gl = 4$ y $p = 0,013$) entre el estado nutricional según la valoración global subjetiva con la pérdida de peso en los pacientes oncológicos, destacando que el 81,8% de los pacientes con malnutrición grave han perdido más del 5% de su peso habitual.
4. Según la localización del cáncer, el 64% de los pacientes evaluados presentan NM en cuello, seguido de NM cabeza (36%).

VIII. RECOMENDACIONES

1. Plantear un proyecto de trabajo que conceda restablecer la calidad de vigilancia con el abordaje en nutrición desde el diagnóstico oncológico del paciente.
2. Realizar trabajos investigación donde se profundice en la ingesta alimentaria y para identificar la adecuación de los nutrientes.
3. Compartir los resultados del reciente estudio con la jefatura del servicio de nutrición y el personal nutricionista para que en el proceso de mejora continua proceda con el planeamiento en el abordaje nutricional en los pacientes oncológicos.
4. Proponer nuevas metodologías de atención al paciente y presentar guías clínicas y de manejo nutricional del paciente oncológico.

IX. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Sotelo S.; Sánchez P.; Carrasco J. Parámetros antropométricos en la evaluación de la malnutrición en pacientes oncológicos hospitalizados; utilidad del índice de masa corporal y del porcentaje de pérdida de peso. *Nutr Hosp.* 2013;28(3):965-968.
2. Gómez C.; Martín P; et al. Unidad de Nutrición Clínica y Dietética. Hospital Universitario La Paz. Universidad Autónoma Madrid * Unidad de Nutrición. Hospital de Móstoles. Universidad San Pablo CEU. Madrid.
3. Ottery FD. Nutritional Oncology: A proactive integrates approach to the cancer patient. In: Shikora SA Blackburn GL (eds). *Nutrition Support*. New York. Chapman-Hall,1997.
4. De La Montaña M.; Areal S;. Míguez BM. Evaluación del riesgo nutricional mediante el MNA en una población anciana no institucionalizada. *ALAN*, 2009. 59 (4), pp 390-395.
5. Villares M.; San Román Carbajo J.; Fernández Pello M. E.; Tapia Risueño M.; Domínguez Calvo J. El estado nutricional en pacientes con cáncer de cabeza y cuello: implicaciones pronosticas. *Nutr. Hosp.* (2003) XVIII (2) 91- 94.
6. OMS: Organización Mundial de la Salud [Internet]. Ginebra: OMS; 2013. [citado 23 de abril del 2019]. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/cancer>
7. NIH: Instituto Nacional del Cáncer [Internet]. EEUU: NIH; 2015. [actualizado 08 marzo 2018, citado 23 de abril del 2019]. Disponible en: <https://www.cancer.gov/about-cancer/understanding/statistics>
8. Instituto Nacional Enfermedades Neoplásicas INEN. Perú: editor; 2017. [Internet][Consultado 23 abril 2019]. Disponible en: <https://portal.inen.sld.pe/indicadores-anuales-de-gestion-produccion-hospitalaria/>
9. Reynoso-Noverón N.; Torres-Domínguez J. *Revista Latinoamericana de Medicina Conductual*. 2017. Vol. 8, Núm. 1, Agosto 2017-Enero 2018.
10. Pérez D.; Allende S.; et al. Frecuencia de anorexia-caquexia y su asociación con síntomas gastrointestinales, en pacientes paliativos del

- Instituto Nacional de Cancerología, México. Nutr Hosp. 2014;30(4):891-895.
11. Barrios E.; Garau M.; Alonso R.; Musetti C. IV Atlas de incidencia de cáncer en el Uruguay 2007-2011. Montevideo: Comisión Honoraria de Lucha Contra el Cáncer; 2014. 117 p.
 12. Barrios E.; Musetti C.; Alonso R.; Garau M. V Atlas de mortalidad por cáncer en el Uruguay 2009-2013. Montevideo: Comisión Honoraria de Lucha Contra el Cáncer; 2015.
 13. Ministerio de Salud. Estadísticas Vitales [Internet]. [Citado 23 abril 2019]. Disponible en: <http://www.msp.gub.uy/EstVitales/#services>.
 14. Análisis de la situación del cáncer en Colombia [Internet]. Colombia: Instituto Nacional de Cancerología; 2015. Disponible en: [https://www.cancer.gov.co/Situacion del Cancer en Colombia 2015.pdf](https://www.cancer.gov.co/Situacion%20del%20Cancer%20en%20Colombia%202015.pdf).
 15. Pinillos-Ashton L. Cáncer en el Perú: retos para el milenio. Acta Med Per. 23(2) 2006.
 16. Instituto Nacional Enfermedades Neoplásicas INEN. Registro de cáncer de lima metropolitana incidencia y mortalidad 2010 – 2012. [Internet]. Volumen5. Lima 2016 [Citado 23 abril 2019]. Disponible en: http://www.inen.sld.pe/portal/documentos/pdf/banners_2014/2016/Registro%20de%20C%C3%A1ncer%20Lima%20Metropolitana%202010%20-%202012_02092016.pdf.
 17. García-Luna PP.; Parejo J. y Pereira J. Causas e impacto clínico de la desnutrición y caquexia en el paciente oncológico. Nutr. Hosp. (2006) 21 (Supl. 3) 10-6.
 18. García A.; Álvarez J.; Calvo MV.; Ulíbarri JI.; Río J.; Galbán C et al. Conclusiones del II Foro de Debate SENPE sobre desnutrición hospitalaria. Nutr Hosp 2005; 20 (2): 82-7.
 19. Huhmann MB.; Cunningham RS. Importance of nutritional screening in treatment of cancer-related weight loss. Lancet Oncol 2005; 6: 334-43.
 20. Fernández MT.; Sáenz C.; Sás M. Desnutrición en pacientes con cáncer; una experiencia de cuatro años. Nutr Hosp. 2013;28(2):372-381.

21. Gómez-Candela C.; Luengo LM.; Cos AI.; Martínez-Roque V.; Iglesias C.; Zamora P et al. Valoración global subjetiva en el paciente neoplásico. *Nutr Hosp* 2003;18(6): 353-7.
22. Isenring E.; Cross G.; Daniels L.; Kellett E.; Koczwara B. Validity of the malnutrition screening tool as an effective predictor of nutritional risk in oncology outpatients receiving chemotherapy. *Support Care Cancer* 2006; 14: 1152-1156.
23. Rosli D.; Shahar S.; Abdul Manaf Z.; Majid HA.; Haron MR. Estado nutricional y calidad de vida de los pacientes oncológicos antes de la radioterapia pélvica. *Revista Malaya de Nutrición*. 2017; 23 (3): 361-373.
24. Opanga Y.; Kaduka L.; Bukania Z.; Mutisya R.; Korir A.; Thuita M.; Mwangi M.; Erastus Muniu E.; Charles Mbakaya. Nutritional status of cancer outpatients using scored patient generated subjective global assessment in two cancer treatment centers, Nairobi, Kenya. *BMC Nutr* (2017) 3: 63
25. Oreggioni L.; Ortiz L.; Joy L.; Morinigo M. Desnutrición a partir de la valoración global subjetiva generada por el paciente (VGS-GP) en pacientes con cáncer de cabeza y cuello. *Mem. Inst. Investig. Cienc. Salud*. 2016;14(1):86-93.
26. Araújo dos Santos C. et al. Patient-Generated Subjective Global Assessment and classic anthropometry: comparison between the methods in detection of malnutrition among elderly with cancer. *Nutr Hosp*. 2015;31(1):384-392
27. Sotelo S.; Sánchez P.; Carrasco J. Parámetros antropométricos en la evaluación de la malnutrición en pacientes oncológicos hospitalizados; utilidad del índice de masa corporal y del porcentaje de pérdida de peso. *Nutr Hosp*. 2013;28(3):965-968.
28. Arribas L.; Hurtós L.; Milà R.; Fort E.; Peiró I. Factores pronóstico de desnutrición a partir de la valoración global subjetiva generada por el paciente (VGS-GP) en pacientes con cáncer de cabeza y cuello. *Nutr Hosp*. 2013;28(1):155-163.
29. Fernández M, Saenz C, Sás M, Alonso S, Bardasco M, Alves M et al. Desnutrición en pacientes con cáncer: una experiencia de cuatro años. *Nutr. Hosp*. [Internet]. 2013 [citado 2021 Feb 9]; 28(2): 372-381. Disponible en:

- http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S021216112013000200015&lng=es. <http://dx.doi.org/10.3305/nh.2013.28.2.6239>.
30. Fuchs V., Barbosa V., Mendoza J., Vargas A., Amancio O., Hernández-Cuéllar A. et al. Evaluación del impacto de un tratamiento nutricional intensivo sobre el estado nutricional de pacientes con cáncer de cabeza y cuello en estadio III y IV. *Nutr Hosp.* 2008;23(2):134-140.
 31. Alvarenga L, Ruiz M, Pavarino-Bertelli E, Ruback J, Maniglia J, Goloni-Bertollo M. Avaliação epidemiológica de pacientes com câncer de cabeça e pescoço em um hospital universitário do noroeste do estado de São Paulo. *Rev. Bras. Otorrinolaringol.* [Internet]. 2008 [citado 2021 Feb 2]; 74(1): 68-73. Disponible em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-72992008000100011&lng=pt
 32. Chon I.; Roca C.; Vilaú L.; Rubio C.; Rodríguez R.; León R. et al. Soporte nutricional durante el tratamiento con radiaciones ionizantes en pacientes con tumores de cabeza y cuello en estadios avanzados. *Rev. cubana med.* v.44 n.5-6 Ciudad de la Habana sep.-dic. 2005.
 33. Villamayor L.; Rausell G.; Vidal J.; Pérez C.; Navalón C.; SirventMC et al. Valoración nutricional al ingreso hospitalario: Iniciación al estudio entre distintas metodologías. *NutrHosp.* 2006;21(2):163-72.
 34. Villarino M. Programa de intervención nutricional en el paciente oncológico. [Tesis doctoral]. Madrid: Universidad Complutense de Madrid; 2015. 8 p.
 35. Rivera S. *Oncología General*. Sociedad Mexicana de Oncología. 2017. Editorial Permanyer. México.
 36. Shan JP, Patel S, Singh B. editores. Jatin Shah's. *Head and Neck Surgery and Oncology*. Filadelfia. Elsevier Mosby; 2012 p. 12-20.
 37. Gallegos-Hernandez JF. El cáncer de cabeza y cuello. Factores de riesgo y prevención. *Cir Ciruj.* 2006; 74:287-93.
 38. Otzen, T. & Manterola C. Técnicas de muestreo sobre una población a estudio. *Int. J. Morphol.*, 35(1):227-232, 2017.
 39. Ottery FD. Definition of standardized nutritional assessment and interventional pathways in oncology. *Nutrition* 1996; 12 (1 Suppl.): S15-9

40. Pedersen JK, Engholm G, Skytthe A, Christensen K; Academy of Geriatric Cancer Research (AgeCare). Cancer and aging: epidemiology and methodological challenges. *Acta Oncol* 2016; 55; 1:7-12.
41. Hernández MG, Matía P, Cabrerizo L, Larrad A, Soria P, Manzano A. Malnutrition prevalence in elders with cancer. *Clinical Nutrition Week (ASPEN)*. *J Parenter Enteral Nutr* 2012; 36:122
42. Cederholm T, Barazzoni R, Austin P, Ballmer P, Biolo G, Bischoff SC, et al. ESPEN guidelines on definitions and terminology of clinical nutrition. *Clin Nutr* 2017;36(1):49-64.
43. Arends J, Bachmann P, Baracos V, Barthelemy N, Bertz H, Bozzetti F, et al. ESPEN guidelines on nutrition in cancer patients. *Clin Nutr* 2017;36(1):11-48.
44. Cambor-Álvarez M, Ocón-Bretón MJ, Luengo-Pérez LM, Viruzuela JA, Sendrós-Maróño MJ, Cervera-Peris M, et al. Nutritional support and parenteral nutrition in the oncological patient: an expert group consensus report. *Nutr Hosp* 2018;35(1):224-33.
45. De las Peñas R, Majem M, Pérez-Altozano J, Virizuela JA, Cancer E, Diz P, et al. SEOM clinical guidelines on nutrition in cancer patients (2018). *Clin Transl Oncol* 2019;21(1):87-93.
46. Arribas L, Hurtós L, Sendrós MJ, Peiró I, Salleras N, Fort E, et al. NUTRISCORE: a new nutritional screening tool for oncological outpatients. *Nutrition* 2017; 33:297-303.
47. Mislang AR, Di Donato S, Hubbard J, Krishna L, Mottino G, Bozzetti F, et al. Nutritional management of older adults with gastrointestinal cancers: an International Society of Geriatric Oncology (SIOG) review paper. *J Geriatr Oncol* 2018;9(4):382-92.
48. Lacau St-Guily J, Bouvard É, Raynard B, Goldwasser F, Maget B, Prevost A, et al. NutriCancer: a French observational multicentre cross-sectional study of malnutrition in elderly patients with cancer. *J Geriatr Oncol* 2018;9(1):74-80.
49. Contreras-Bolívar V, Sánchez-Torralvo FJ, Ruiz-Vico M, González-Almendros I, Barrios M, Padín S, et al. GLIM criteria using hand grip strength adequately predict six-month mortality in cancer inpatients. *Nutrients* 2019;11(9).

50. Argilés JM, Betancourt A, Guàrdia-Olmos J, Però-Cebollero M, López-Soriano FJ, Madeddu C, et al. Validation of the CAchexia SCORe (CASCO). Staging Cancer patients: the use of miniCASCO as a simplified tool. *Front Physiol* 2017; 8:92.
51. Zhou T, Wang B, Liu H, Yang K, Thapa S, Zhang H, et al. Development and validation of a clinically applicable score to classify cachexia stages in advanced cancer patients. *J Cachexia Sarcopenia Muscle* 2018;9(2):306-14.

X. ABREVIATURAS

MINSA	: Ministerio de Salud
OMS	: Organización Mundial de la Salud
INEN	: Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas
VGS	: Valoración Global Subjetiva
VGS-GP	: Valoración Global Subjetiva Generada por el Paciente

XI. ANEXOS

ANEXO 1

VALORACIÓN GLOBAL SUBJETIVA – GENERADO POR EL PACIENTE

Por favor, conteste el siguiente formulario escribiendo los datos que se le piden o señalando la opción correcta, cuando se le ofrecen varias.

Nombre y apellidos:

Edad: _____

Fecha: _____

Peso actual: _____ Kg

Talla: _____ cm

Peso hace 3 meses: _____ Kg

Peso habitual: _____ Kg

ALIMENTACIÓN respecto a hace 1 mes

- Como más
- Como igual
- Como menos

Tipo de alimentos

- Dieta normal
- Pocos sólidos
- Solo líquidos
- Solo preparados nutricionales
- Muy poco

ACTIVIDAD COTIDIANA en el último mes

- Normal
- Menor de lo habitual
- Sin ganas de nada
- Paso más de la mitad del día en cama o sentado

DIFICULTAD PARA ALIMENTARSE

- Sí
- NO

Si la respuesta era Sí, señale cuál/cuáles de los siguientes problemas presenta:

- Falta de apetito
- Ganas de vomitar
- Vómitos
- Estreñimiento
- Diarrea
- Olores desagradables
- Los alimentos no tienen sabor
- Sabores desagradables
- Me siento lleno enseguida
- Dificultad para tragar
- Problemas dentales
- Dolor. ¿Dónde?

- Depresión

ALBÚMINA antes de tratamiento oncológico: _____ g/dL
PREALBÚMINA tras el tratamiento oncológico: _____ mg/dl

ENFERMEDADES: _____ _____ _____
TRATAMIENTO ONCOLÓGICO: _____ _____ _____ _____

EXPLORACIÓN FÍSICA:
Pérdida de tejido adiposo
<input type="radio"/> Sí. Grado _____
<input type="radio"/> No
Pérdida de masa muscular:
<input type="radio"/> Sí. Grado _____
<input type="radio"/> No
Edemas y/o ascitis:
<input type="radio"/> Sí. Grado _____
<input type="radio"/> No
Úlceras por presión:
<input type="radio"/> Sí
<input type="radio"/> No

Fuente: Soporte Nutricional en el Paciente Oncológico

ANEXO 2
MATRIZ DE CONSISTENCIA

TÍTULO	FORMULACIÓN DEL PROBLEMA	OBJETIVOS	VARIABLES	TIPO DE ESTUDIO	POBLACIÓN
Evaluación del riesgo nutricional en pacientes con neoplasias de cabeza y cuello pre quirúrgicos del Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas - Lima, 2020	¿Existe riesgo nutricional en pacientes con neoplasia de cabeza y cuello prequirúrgicos del Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas – Lima, 2020?	3.1. Objetivo general: <ul style="list-style-type: none"> • Evaluar el riesgo nutricional en pacientes con neoplasias de cabeza y cuello prequirúrgicos del Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas durante el 2020. 3.2. Objetivos específicos: <ul style="list-style-type: none"> • Aplicar VGS-GP al momento de la admisión hospitalaria a pacientes con neoplasias de cabeza y cuello prequirúrgicos del Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas – Lima, 2020. • Calificar ítems 	Independiente: Riesgo nutricional	El tipo de estudio fue cuali-cuantitativo, descriptivo, observacional, de corte transversal prospectivo.	Pacientes con neoplasias de cabeza y cuello mayores de 18 años prequirúrgicos del Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas – Lima, 2019.

		<p>evaluados según escala de valoración de VGS-GP aplicada en pacientes con neoplasias de cabeza y cuello prequirúrgicos del Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas – Lima, 2020.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Categorizar la valoración final de la VGS-GP aplicada en pacientes con neoplasias de cabeza y cuello prequirúrgicos del Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas – Lima, 2020. • Clasificar pacientes con neoplasias de cabeza y cuello prequirúrgicos del Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas según tipo de valoración final de VGS-GP – Lima, 2020. 			
--	--	---	--	--	--

ANEXO 3: CONSENTIMIENTO INFORMADO

Consentimiento Informado

Título de la investigación: Evaluación del riesgo nutricional en pacientes con neoplasias de cabeza y cuello prequirúrgicos del Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas -Lima, 2020.

Tenga usted buenos días. Mi nombre es Iris Maritza Yaicurima Ramirez, soy tesista de la carrera de Nutrición y dietética de la Universidad Científica del Sur. Dentro de mi proceso formativo estoy desarrollando la presente investigación que tiene por finalidad evaluar el riesgo nutricional en pacientes con neoplasias de cabeza y cuello prequirúrgicos del Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas durante el 2019. La investigación está dirigida a colocar a pacientes con neoplasias de cabeza y cuello prequirúrgicos y consiste en la realización de la recolección de datos mediante la Valoración Global Subjetiva generada por el paciente. Ambas pruebas se desarrollarán indicar el lugar y la fecha. El tiempo de estos no debería exceder los 20 minutos.

Le indico que la participación en esta investigación no le provocará algún perjuicio, de ninguna manera su no participación en la investigación lo afectará de forma alguna. Al finalizar la investigación, compartiré con la comunidad los resultados de la investigación. La participación no implica la entrega de algún beneficio económico.

La participación en esta investigación es voluntaria, puede incluso retirarse de la misma luego de haber aceptado inicialmente, sin la necesidad de dar alguna explicación. Todos los datos obtenidos serán manejados exclusivamente por mí y los codificaré para que no se pierda la confidencialidad de los mismos; asimismo, no se realizarán otras investigaciones diferentes a lo detallado en este documento.

Si tuviera alguna duda adicional, puede comunicarse conmigo al correo electrónico: maritza_13_1403@hotmail.com, que estaré gustosa de poder contestarle.

Como participante declaro que:

Se me ha explicado y he comprendido la naturaleza y los objetivos de la investigación presentada por la Iris Maritza Yaicurima Ramírez. Se me ha aclarado que mi participación en la investigación no me ocasionará ningún tipo de gasto. Firmo este documento como prueba de mi aceptación voluntaria habiendo sido antes informado sobre la finalidad del trabajo y que puedo retirarme de la investigación cuando yo lo decida.

Fecha:

Apellidos y Nombres:

Firma: _____