



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO**

---

**DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO  
FACULTAD DE MEDICINA  
INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL  
DELEGACIÓN SUR DEL DISTRITO FEDERAL  
UNIDAD MÉDICA DE ALTA ESPECIALIDAD  
HOSPITAL DE ESPECIALIDADES  
“CENTRO MÉDICO NACIONAL SIGLO XXI”**

**“GUÍA DE PRÁCTICA CLÍNICA PARA EL  
DIAGNÓSTICO DE PÉRDIDA DE PESO  
INEXPLICABLE”**

**T E S I S**

PARA OBTENER EL TÍTULO EN  
LA ESPECIALIDAD DE:

**MEDICINA INTERNA**

PRESENTA:

**DR. GUSTAVO JONY RAMOS BLAS**

ASESOR:

**DRA. MARÍA EUGENIA GALVÁN PLATA**



MÉXICO, D. F.

FEBRERO 2008



Universidad Nacional  
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

**Biblioteca Central**



**UNAM – Dirección General de Bibliotecas**  
**Tesis Digitales**  
**Restricciones de uso**

**DERECHOS RESERVADOS ©**  
**PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL**

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL  
DELEGACIÓN SUR DEL DISTRITO FEDERAL  
UMAE HOSPITAL DE ESPECIALIDADES CMN SIGLO XXI  
MEDICINA INTERNA

**“GUÍA DE PRÁCTICA CLÍNICA PARA EL DIAGNÓSTICO DE  
PÉRDIDA DE PESO INEXPLICABLE”**

TESIS QUE PRESENTA

**DR. GUSTAVO JONY RAMOS BLAS**

PARA OBTENER EL DIPLOMA EN LA  
ESPECIALIDAD EN MEDICINA INTERNA

ASESOR

**DRA. MARÍA EUGENIA GALVÁN PLATA**

MÉXICO, DF.

FEBRERO 2008

---

DRA. DIANA G. MENEZ DÍAZ  
JEFE DE DIVISIÓN DE EDUCACIÓN E INVESTIGACIÓN EN SALUD.  
UMAE HOSPITAL DE ESPECIALIDADES CMN SIGLO XXI.

---

DR. HAIKO NELLEN HUMMEL  
PROFESOR TITULAR DEL CURSO DE MEDICINA INTERNA  
HOSPITAL DE ESPECIALIDADES CMN SIGLO XXI

---

DRA. MARÍA EUGENIA GALVÁN PLATA  
ASESOR DE TESIS  
MÉDICO ADSCRITO AL SERVICIO DE MEDICINA INTERNA  
HOSPITAL DE ESPECIALIDADES CMN SIGLO XXI

## **AGRADECIMIENTOS**

---

### **A Dios:**

Por el don maravilloso de la vida.

### **A mis padres:**

A quienes sin escatimar esfuerzo alguno, han sacrificado gran parte de su vida para formarme y educarme y a quienes nunca podré pagar todos sus desvelos ni con las riquezas más grandes del mundo.

### **A mis abuelos:**

Por creer en mí y apoyarme en momentos difíciles con consejos y cariño incondicional.

### **A mis hermanos:**

Por estar siempre conmigo, apoyándome en todo.

### **A mis tías:**

Un gran ejemplo a seguir dentro de mi familia; mis consejeras y amigas.

### **A mis maestros:**

Grandes guías y respetables personas, encargados de mi formación y educación, sin los cuales esto no hubiera sido posible... Dra. Galván, mil gracias.

### **A mis amigos:**

Por todos los momentos compartidos, su ferviente apoyo y por estar conmigo en este caminar del ser médico... muchas gracias.

No existe conflicto de intereses para la realización de la presente Guía de Práctica Clínica.

## ÍNDICE

---

RESUMEN.....	1
INTRODUCCIÓN.....	2
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	6
JUSTIFICACIÓN.....	7
OBJETIVOS.....	8
USUARIOS DE LA GUÍA.....	8
POBLACIÓN BLANCO.....	8
DEFINICIÓN OPERATIVA.....	8
SELECCIÓN DE LA EVIDENCIA.....	9
COMENTARIOS AL ALGORITMO Y RECOMENDACIONES.....	10
ALGORITMO.....	15
ANEXOS.....	17
BIBLIOGRAFÍA.....	19

## RESUMEN.

---

### “GUÍA DE PRÁCTICA CLÍNICA PARA EL DIAGNÓSTICO DE PÉRDIDA DE PESO INEXPLICABLE”

**Introducción:** La pérdida de peso involuntaria se define como una disminución de 4.5 kilogramos, o más del 5% del peso corporal habitual en un periodo de seis a doce meses. La etiología de la pérdida de peso involuntaria es variable. El cáncer continúa siendo la causa más frecuente, siguiéndole las enfermedades psiquiátricas.

**Metodología:** Se realizó una búsqueda sistematizada de la bibliografía, donde las palabras claves fueron: Diagnosis of weight loss, Involuntary weight loss, unintentional body weight loss (MESH), concatenadas con el operador Booleano AND y las palabras Guideline, Diagnóstico, Diagnosis (sh), en las bases de datos PUBMED, OVID, Medline, EMBASE, DARE, Cochrane Library Database of Systemic Reviews.

Se buscó en bases de datos como IMBIOMED, DOYMA, publicaciones en español sobre Guías y ensayos clínicos de Pérdida de peso inexplicable, Diagnóstico.

Dado que no se encontraron guías de práctica clínica de pérdida de peso inexplicable ni ensayos clínicos controlados, la evidencia utilizada incluyó lo siguiente: revisiones clínicas y estudios descriptivos, lo cual concluye una evidencia tipo III con fuerza de recomendación C.

La presente Guía de Práctica Clínica es aplicable a hospitales de segundo y tercer nivel que cuenten con el servicio de Medicina Interna.

## INTRODUCCIÓN.

La conservación del peso corporal está determinada por una compleja interacción entre la ingesta calórica, absorción de nutrientes y utilización de los mismos. Múltiples factores como la edad, el estado de salud, medicamentos, influyen de manera deletérea en esta interacción. En la población sana, el peso corporal tiende a incrementar entre la quinta y sexta décadas de la vida. Una vez que se ha alcanzado el peso máximo, hay una relativa estabilidad para mantenerlo, estudios longitudinales demuestran que la disminución de peso corporal posterior a este acmé, es de 0.5% anual en el hombre a partir de los 60 años y en la mujer a partir de los 65 años; o de 1 a 2 Kg por década. <sup>(1)</sup>

La pérdida de peso se divide en dos categorías: involuntaria y voluntaria. La primera se presenta en más del 13% en los pacientes geriátricos no hospitalizados y con frecuencia indica una condición patológica orgánica y/o psicológica. La pérdida voluntaria de peso es indicativa en muchas ocasiones de enfermedades psiquiátricas. <sup>(8)</sup>

La pérdida de peso en un 10% y más, se considera representativo de desnutrición calórico-proteica la cual se asocia con alteraciones en la homeostasis, por ejemplo: alteraciones de la inmunidad humoral y celular; y se ha observado que cuando la pérdida de peso excede el 20% implica una desnutrición calórico-proteica severa y se asocia con disfunción orgánica grave. <sup>(1)</sup>

La pérdida de peso inexplicable, que pertenece a la categoría de pérdida involuntaria, ha sido definida como una disminución de 4.5 kg o más del 5% del peso corporal habitual en un periodo de seis a doce meses, especialmente cuando es progresiva. <sup>(1-4,5)</sup>

Estas cifras fueron establecidas en base a la relación observada entre el porcentaje de pérdida ponderal y mortalidad. <sup>(2, 5, 6)</sup>

En la población general, la pérdida de peso puede ser la única manifestación de la enfermedad hasta en el 30% de los casos.

Es un problema frecuente en la práctica clínica, sobre todo en ancianos; en personas mayores de 65 años no hospitalizados, se ha encontrado que del 8% al 27% tienen pérdida ponderal significativa, incrementándose este porcentaje



(del 50 al 65%) en pacientes del mismo grupo de edad que se encuentran en asilos. <sup>(1, 3, 5)</sup>

La relación encontrada entre pérdida de peso, Índice de Masa Corporal (IMC) y mortalidad queda establecida por los siguientes datos obtenidos en estudios epidemiológicos: <sup>(1, 2, 3)</sup>

- La pérdida del 10% de peso corporal en 10 años esta consistentemente asociada con un incremento en la mortalidad y disminución de la capacidad funcional.
- En mujeres que pierden más del 5% de peso corporal en un periodo de 10 años, se incrementa el riesgo de muerte dos veces con respecto a la población general.
- En hombres mayores de 65 años con una pérdida de 4% de peso se incrementa el riesgo relativo de muerte a 2.43 (95% IC; 1.23-4.41) a dos años, con una sensibilidad de 75% y especificidad de 61%.<sup>(5)</sup>
- El incremento en la mortalidad se encuentra en un rango del 9% al 38% considerando 2.5 años posterior a la pérdida de peso.
- La pérdida de peso de 4% en un año obliga a descartar las siguientes causas: depresión, cáncer, alteraciones gastrointestinales y toxicidad por medicamentos.<sup>(6)</sup>

Las etiologías de la pérdida de peso son innumerables. Una revisión reciente de la pérdida de peso inexplicable reportó: <sup>(1)</sup>

1. El cáncer como la más frecuente entre las causas orgánicas.
2. Enfermedades psiquiátricas, como causa no orgánica.

En un estudio realizado en 100 pacientes con pérdida de peso inexplicable se encontró que el 61% de ellos tenía hiporexia, el 35% apetito conservado y el 4% incremento en el apetito. El 47% tenía desnutrición y el 10% presentaba caquexia. Las causas más frecuentemente encontradas de pérdida de peso inexplicable en este estudio fueron las neoplasias (34% de los pacientes) siendo las principales: pulmón, aparato digestivo, riñón, mama, cérvix, ovario, cerebro, próstata y hematológicos.

Las enfermedades comórbidas asociadas fueron: alcoholismo (26%), depresión (22%), Diabetes mellitus (20%), EPOC (11%), insuficiencia cardíaca, cirrosis y demencia (8% cada uno); en menor porcentaje se encontraron: insuficiencia renal crónica, hipertiroidismo, hipopituitarismo, insuficiencia suprarrenal, sarcoidosis y vasculitis. <sup>(10)</sup>

Wilson <sup>(11)</sup> estudió un total de 1,017 pacientes ambulatorios, de los cuales 408 eran mayores de 65 años y de éstos el 46% tenía pérdida de peso inexplicable, encontrando como causa principal la depresión (29.5%), el cáncer (9.1%) (pulmón, páncreas y estómago), la insuficiencia cardíaca y la EPOC (4.6%), demencia (4.5%), diabetes y alcohol (11.4%), concluyendo que la depresión debe ser considerada como una causa importante de pérdida de peso inexplicable, si la evaluación clínica inicial no revela anormalidad orgánica evidente y más aún si los estudios de laboratorio y gabinete básicos son normales. <sup>(11)</sup>

La medicación es causa de pérdida de peso inexplicable en el 8 a 14%, sobre todo en ancianos; las sustancias más frecuentemente implicadas son: tabaco, alcohol, cocaína, anfetaminas, opiáceos, digitálicos, laxantes, antibióticos, neurolepticos, psicotrpicos, AINEs y citostáticos. <sup>(11)</sup>

La causa de la pérdida de peso inexplicable, en general, es claramente evidente en el 75% de los casos con sólo una evaluación básica minuciosa. Las enfermedades psiquiátricas y las evaluaciones no diagnósticas son también muy comunes. <sup>(11)</sup>

No todos los pacientes con pérdida de peso involuntaria tienen una enfermedad grave, y la lista de posibles patologías va desde trastornos benignos, cambios fisiológicos asociados a la edad, hasta neoplasias <sup>(6,7)</sup>; en un 24% de los pacientes ancianos no hospitalizados, con pérdida de peso inexplicable no se logra identificar una causa hasta 24 meses después de seguimiento por medio de observación y evaluaciones clínicas. <sup>(5,6)</sup>

Puesto que la pérdida de peso es una manifestación inespecífica y compatible con diversas posibilidades diagnósticas, los pacientes usualmente son sometidos a extensas evaluaciones clínicas y algunas veces a periodos de hospitalización prolongados, antes de llegar a emitir un diagnóstico de certeza.

La Clínica Mayo en el 2001, propone que para iniciar el protocolo diagnóstico se debe:<sup>(1)</sup>

- Revisar el registro médico para confirmar pérdida de peso.
- Si no se puede confirmar la pérdida de peso, y la historia clínica completa, minuciosa y exhaustiva no aporta datos clínicos, entonces se sugiere vigilancia y realizar pruebas diagnósticas hasta que se presenten signos y/o síntomas, así como pérdida de peso confirmada en una cita de seguimiento.
- Calcular el índice de masa corporal (IMC) = peso corporal (kg)/talla (m<sup>2</sup>).
- IMC menor de 18.5 kg/m<sup>2</sup> se considera bajo peso y desnutrición.

El examen físico de un paciente con pérdida de peso inexplicable requiere una evaluación importante de la cavidad oral, así como de los aparatos respiratorio y digestivo. Se debe buscar intencionadamente depresión o demencia como causa de pérdida de peso.

Los estudios de laboratorio rara vez son fructíferos para el diagnóstico. No existe un protocolo de estudios para determinar pérdida de peso en un paciente, por lo que deberán adecuarse los paraclínicos de acuerdo con la historia clínica.

En la práctica clínica no hay un consenso o guías para el abordaje diagnóstico de los pacientes con pérdida de peso involuntaria <sup>(4,5-7)</sup>; la mayoría de los médicos solamente se basan en su conocimiento y experiencia clínica. Investigaciones previas han encontrado una amplia variación en el abordaje diagnóstico de estos pacientes en las distintas especialidades. <sup>(4)</sup>

---

## PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.

---

¿Cuál es el abordaje diagnóstico de los pacientes adultos mayores de 16 años con pérdida de peso inexplicable, para obtener un diagnóstico y establecer un tratamiento oportuno con una estancia hospitalaria menos prolongada?

La estructura de la pregunta de la Guía de Práctica Clínica contiene los elementos recogidos en el acrónimo PICO:

**P** (PROBLEMA: tipo de paciente o patología de donde surge la pregunta): Pacientes adultos mayores de 16 años con pérdida de peso inexplicable.

**I** (INTERVENCION: intervención que queremos analizar): Abordaje diagnóstico.

**C** (CIRCUNSTANCIAS: comparación con otra intervención, si procede): Con signos y síntomas inespecíficos.

**O** (OUTCOME/DESENLACE: resultados clínicos esperados): Reducción del tiempo de estancia hospitalaria y tratamiento oportuno.

## JUSTIFICACIÓN.

---

El protocolo de estudio de un paciente con pérdida de peso inexplicable, realizado en servicios de tercer nivel se ha considerado costoso para las instituciones de salud, por el tipo y número de estudios que deben ser solicitados; incómodo para el paciente por la necesidad, en ocasiones, de realizar maniobras invasivas, sin tener la certeza de que éstas puedan determinar la etiología de la pérdida de peso inexplicable.

Se ha propuesto y comprobado que un adecuado interrogatorio, una exploración física exhaustiva y la realización de exámenes de laboratorio dirigidos a los hallazgos clínicos (cuando éstos existen), podrían permitir en la mayoría de los casos realizar el diagnóstico final de la patología responsable de la pérdida de peso inexplicable. Esto disminuiría los costos, la estancia hospitalaria y las molestias ocasionadas a los pacientes.

No existen lineamientos ni guías para estudiar en forma protocolizada a los pacientes con pérdida de peso inexplicable, solamente se han encontrado en la literatura reportes de casos y análisis bibliográficos de los mismos, documentándose las causas principales de pérdida de peso inexplicable. En nuestro medio se han realizado algunos protocolos con tal finalidad; sin embargo, no se han podido establecer algoritmos diagnósticos encaminados a obtener un diagnóstico en forma rápida y brindar terapéutica específica en forma oportuna.

Con esta finalidad se ha creado la presente Guía de Práctica Clínica, para establecer los lineamientos que determinen la causa de pérdida de peso inexplicable en los pacientes que ingresan a los servicios de Medicina Interna en unidades de segundo y tercer nivel de atención.

## **OBJETIVOS**

---

### **OBJETIVO GENERAL:**

La presente guía de práctica clínica establece los lineamientos para el diagnóstico de la pérdida de peso inexplicable en los pacientes adultos mayores de 16 años.

## **USUARIOS DE LA GUÍA:**

---

La guía está dirigida a los profesionales de la salud (médicos) que tienen a su cuidado a pacientes adultos mayores de 16 años con pérdida de peso inexplicable, en hospitalización en las Unidades Médicas de Alta Especialidad (UMAE), hospitales generales de zona (HGZ) y hospitales regionales del IMSS.

## **POBLACIÓN BLANCO:**

---

Adultos mayores de 16 años de edad, de ambos géneros, con pérdida de peso inexplicable con signos y síntomas inespecíficos, hospitalizados en las UMAEs, hospitales generales de zona y hospitales regionales del IMSS.

## **DEFINICIÓN OPERATIVA:**

---

La pérdida de peso inexplicable se define como una disminución de 4.5 kg o más del 5% del peso corporal habitual en un periodo de seis a doce meses, especialmente cuando es progresiva.

---

## SELECCIÓN DE LA EVIDENCIA:

---

La pregunta clave para la búsqueda de la evidencia fue: ¿Cuál es el abordaje diagnóstico de los adultos mayores de 16 años con pérdida de peso inexplicable, para obtener un diagnóstico y establecer un tratamiento oportuno con una estancia hospitalaria menos prolongada?

Se realizó una búsqueda sistematizada de la bibliografía, donde las palabras claves fueron: Diagnosis of weight loss, Involuntary weight loss, unintentional body weight loss (MESH), concatenadas con el operador Booleano AND y las palabras Guideline, Diagnóstico, Diagnosis (sh), en las bases de datos PUBMED, OVID, Medline, EMBASE, DARE, Cochrane Library Database of Systemic Reviews.

Se buscó en bases de datos como IMBIOMED, DOYMA, publicaciones en español sobre Guías y ensayos clínicos de Pérdida de peso inexplicable, Diagnóstico.

Dado que no se encontraron guías de práctica clínica de pérdida de peso inexplicable ni ensayos clínicos controlados, la evidencia utilizada incluyó lo siguiente: revisiones clínicas y estudios descriptivos, lo cual concluye una evidencia tipo IIIC.

## CLASIFICACION DE LA EVIDENCIA Y DE LA FUERZA DE RECOMENDACIÓN:

Categoría de la evidencia	Fuerza de la recomendación
<b>Ia.</b> Evidencia por meta-análisis de estudios clínicos aleatorizados	<b>A.</b> Directamente basada en evidencia categoría I
<b>Ib.</b> Evidencia de por lo menos un estudio clínico controlado aleatorizado	
<b>Ila.</b> Evidencia de por lo menos un estudio controlado sin aleatorización	<b>B.</b> Directamente basada en evidencia categoría II o recomendaciones extrapoladas de evidencia I
<b>Ilb.</b> Al menos otro tipo de estudio cuasi-experimental o estudios de cohorte	
<b>III.</b> Evidencia de un estudio descriptivo no experimental, tal como estudios comparativos, de correlación y casos y controles. Revisiones clínicas.	<b>C.</b> Directamente basada en evidencia categoría III o en recomendaciones extrapoladas de evidencia categorías I o II
<b>IV.</b> Evidencia de comité de expertos, reportes, opiniones o experiencia clínica de autoridades en la materia o ambas	

Modificado por Shekelle P, Woolf S, Eccles M, Grimshaw J, Clinical Guidelines, Developing guidelines, BMJ 1999; 318:593-95.



## **COMENTARIOS AL ALGORITMO:**

---

### **1.- CRITERIOS PARA EL DIAGNÓSTICO:**

La pérdida de peso inexplicable es una pérdida significativa del peso ideal mayor o igual al 5% (4.5 Kg) en un periodo de 6 meses a un año, sin causa específica identificada de pérdida ponderal.

Documentar la pérdida de peso (4.5 Kg o más del 5% del peso corporal en < 12 meses). Para la estimación de la pérdida ponderal se considerarán tanto datos objetivos como subjetivos: comparación entre el peso corporal consignado previamente en el expediente clínico y el peso actual, modificación en el ajuste de la ropa (talla), medición del índice de masa corporal (IMC), no modificaciones en la ingesta de alimentos, historia médica, cirugías, tabaquismo y etilismo, medicamentos, edentulia, factores socioeconómicos (desempleo, abandono, dependencia económica), factores psiquiátricos (depresión, ansiedad, estrés, estado mental).

Recordar que la pérdida de peso puede ser la única manifestación de enfermedad hasta en el 30% de los casos.

### **2.- SÍNTOMAS ESPECÍFICOS QUE ORIENTAN AL DIAGNÓSTICO DE LA CAUSA DE PÉRDIDA DE PESO:**

Se deberán buscar intencionadamente aquellos datos clínicos que sugieran la causa de pérdida ponderal, para ello deberá realizarse un adecuado interrogatorio y posteriormente una exploración física exhaustiva. Ello permitirá encontrar la causa de la pérdida de peso en la mayoría de los casos. Existen pocos estudios que reporten relación entre síntomas, signos y diagnóstico etiológico de pérdida de peso.

### **3.- ESTUDIOS DE LABORATORIO Y GABINETE A REALIZAR DE MANERA INICIAL EN EL PACIENTE CON SOSPECHA DE PÉRDIDA DE PESO INEXPLICABLE:**

De acuerdo con las etiologías más frecuentemente encontradas de pérdida de peso, consideramos que los estudios a realizar en un paciente con pérdida de peso inexplicable debe incluir: citología hemática completa (BHC), química sanguínea (QS) preferentemente de 6 elementos (glucosa, urea, creatinina, colesterol, triglicéridos y ácido úrico), electrolitos séricos (ES), pruebas de funcionamiento hepático (PFH) completas (bilirrubinas, transaminasas, fosfatasa alcalina, gammaglutamiltransferasa, lactato deshidrogenada, amilasa, lipasa), examen general de orina (EGO), velocidad de sedimentación globular (VSG), proteína C reactiva (PCR), factor reumatoide (FR), hemocultivos (al menos 3), urocultivos (cuantitativo o semicuantitativo), estudios de materia fecal (coproparasitoscópico y coprocultivo), radiografía de tórax [en proyección posteroanterior (PA) y lateral] y ultrasonido (USG) abdominal y/o pélvico.

TABLA 1.- Paraclínicos a realizar en el paciente con pérdida de peso

<p><b>LABORATORIO:</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>→ Citología hemática completa</li><li>→ Química sanguínea de 6 elementos</li><li>→ Electrolitos séricos</li><li>→ Pruebas de funcionamiento hepático completas</li><li>→ Examen general de orina</li><li>→ Marcadores de inflamación: PCR, VSG, FR</li><li>→ Hemocultivos</li><li>→ Urocultivo</li><li>→ Estudios de materia fecal</li></ul> <p><b>GABINETE:</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>→ USG abdominal</li><li>→ Radiografía de tórax</li></ul>
--

#### **4.- ESTUDIOS ADICIONALES A REALIZAR EN UN PACIENTE CON PÉRDIDA DE PESO INEXPLICABLE:**

Si con los estudios preliminares recomendados para el abordaje diagnóstico de la pérdida de peso inexplicable no es posible llegar al diagnóstico etiológico, se sugiere buscar algún dato de laboratorio que oriente a la causa, con lo cual podrá dirigirse la búsqueda con realización de paraclínicos específicos.

Recomendamos, por la experiencia demostrada en los casos de pérdida de peso inexplicable documentados en la literatura, los siguientes: cinética de hierro, determinación de vitamina B12, folatos, electroforesis de proteínas, zinc, vitaminas liposolubles (A, D, E, K), anticuerpos antinucleares (ANA), anticuerpos anti-DNA, anticuerpos anti-Ro, anticuerpos anti-La, serología para virus de la inmunodeficiencia humana (VIH), estudios de absorción intestinal deficiente (prueba de D-xilosa, prueba de Schilling para determinar absorción deficiente de vitamina B12), citología vaginal, antígeno prostático específico (APE), tomografía (TAC) de tórax y/o abdomen de acuerdo a hallazgos específicos o estudios de imagen por resonancia magnética nuclear (IRMN). Asimismo y de acuerdo con los datos encontrados por clínica y paraclínicos, podrán realizarse estudios especiales de medicina nuclear.

TABLA 2.- Estudios adicionales a realizar en pacientes con pérdida de peso

<p><b>LABORATORIO:</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>→ Cinética de hierro</li><li>→ Determinación de vitamina B12</li><li>→ Determinación de folatos</li><li>→ Electroforesis de proteínas</li><li>→ Zinc</li><li>→ Determinación de vitaminas liposolubles</li><li>→ Serología anti-DNA, ANA, Anti-Ro, Anti-La</li><li>→ Serología para HIV y panel viral de hepatitis</li><li>→ Estudios para determinar malaabsorción</li><li>→ Citología vaginal</li><li>→ Antígeno prostático específico</li><li>→ Pruebas de funcionamiento tiroideo</li></ul> <p><b>GABIENTE:</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>→ Mastografía</li><li>→ Imagen por resonancia magnética nuclear</li><li>→ TAC de tórax y/o abdomen y/o pelvis</li><li>→ Estudios de medicina nuclear</li></ul>
---

## **5.- PROCEDIMIENTOS INVASIVOS:**

Una vez que se han agotado los recursos paraclínicos de laboratorio y gabinete, si no es posible documentar la etiología de la pérdida de peso inexplicable, procederemos a realizar estudios invasivos que incluyan: endoscopia digestiva alta y baja, aspirado de médula ósea y biopsia de hueso, biopsias de tejidos (piel, tejido celular subcutáneo, nervio, músculo, ganglios, etc.), todo ello con la intención de encontrar la causa de la pérdida ponderal. Dichos estudios invasivos se deberán realizar de acuerdo con la sospecha clínica, para encaminar la búsqueda y evitar someter al paciente a estudios invasivos innecesarios. En algunas situaciones, sin embargo, el paciente deberá ser sometido a diversos procedimientos de este tipo, dado que no encontraremos la etiología de la pérdida de peso.

## **6.- CAUSAS PSIQUIÁTRICAS DE PÉRDIDA DE PESO:**

Como se mencionó al inicio, una de las causas más frecuentes de pérdida de peso la constituyen los trastornos psiquiátricos; sin embargo, de manera inicial deberemos considerar a las causas orgánicas como la principal etiología de pérdida de peso inexplicable, por lo que el enfoque inicial de nuestro estudio será en función de diagnosticar enfermedades orgánicas. Si después de un estudio y análisis minucioso de los datos clínicos y paraclínicos no es posible llegar a un diagnóstico etiológico, podrá considerarse que la pérdida de peso puede deberse a causas psiquiátricas.

Los padecimientos psicósomáticos son de diagnóstico más complejo y requieren, en muchas ocasiones, que se haya realizado previamente una búsqueda exhaustiva de enfermedades orgánicas, por lo que el diagnóstico finalmente es de exclusión.

Existen algunos test o escalas que permiten evaluar la esfera neuropsiquiátrica de los pacientes y, mediante estos instrumentos, determinar si existe alguna alteración a este nivel. Algunas de estas escalas son el minimal test y las escalas de depresión. Al final de esta guía anexamos las más comúnmente utilizadas (anexos 1 y 2).

## **7.- LAPAROTOMÍA EXPLORADORA (LAPE):**

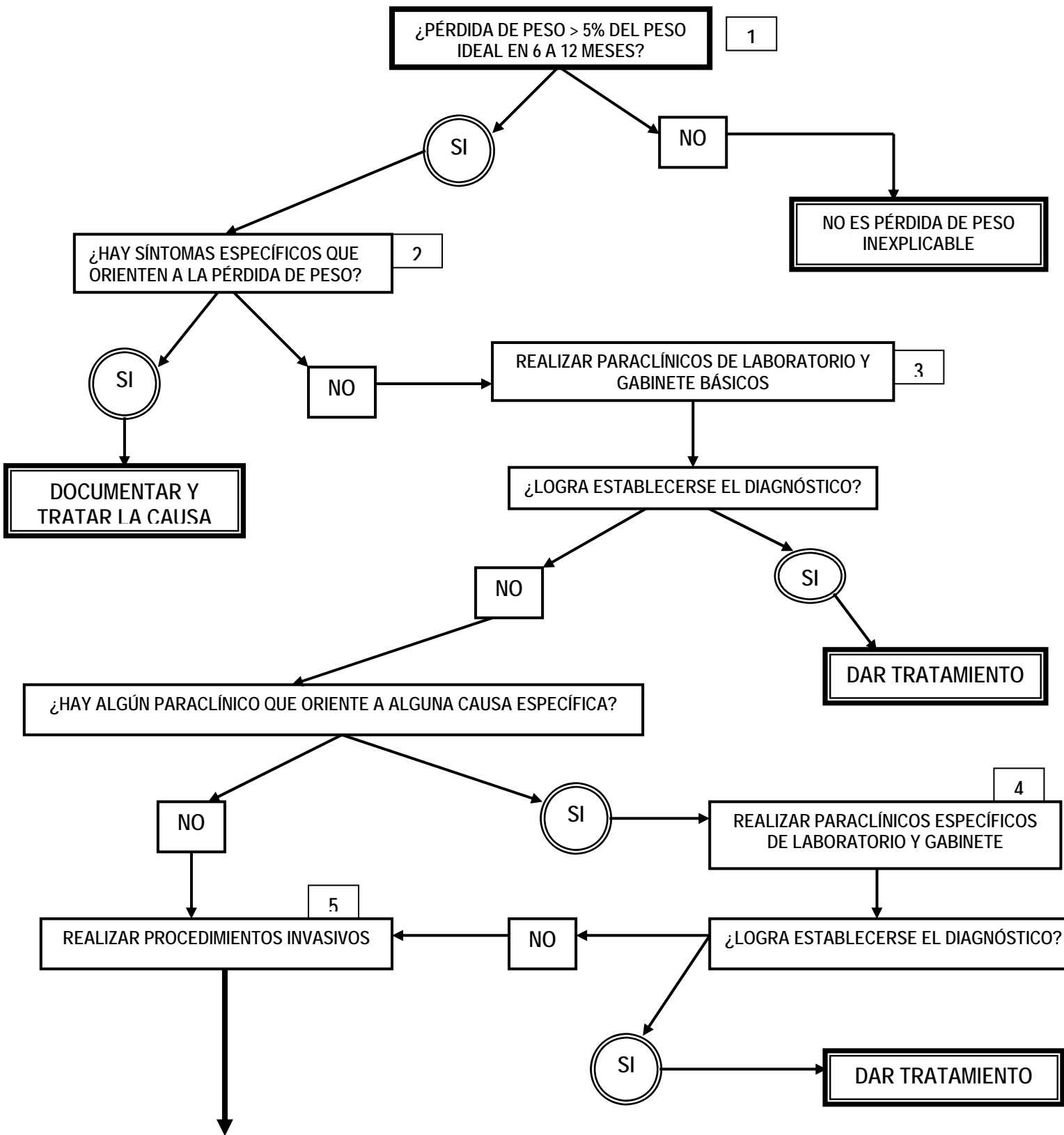
En caso de no ser concluyente el diagnóstico (y si la pérdida de peso pone en peligro la vida del paciente), se deberá realizar laparotomía exploradora con toma de biopsias a diferentes niveles: hígado, ganglios, hueso, peritoneo. Dicho procedimiento puede llevarse a cabo en forma laparoscópica o abierta.

## **8.- VIGILANCIA:**

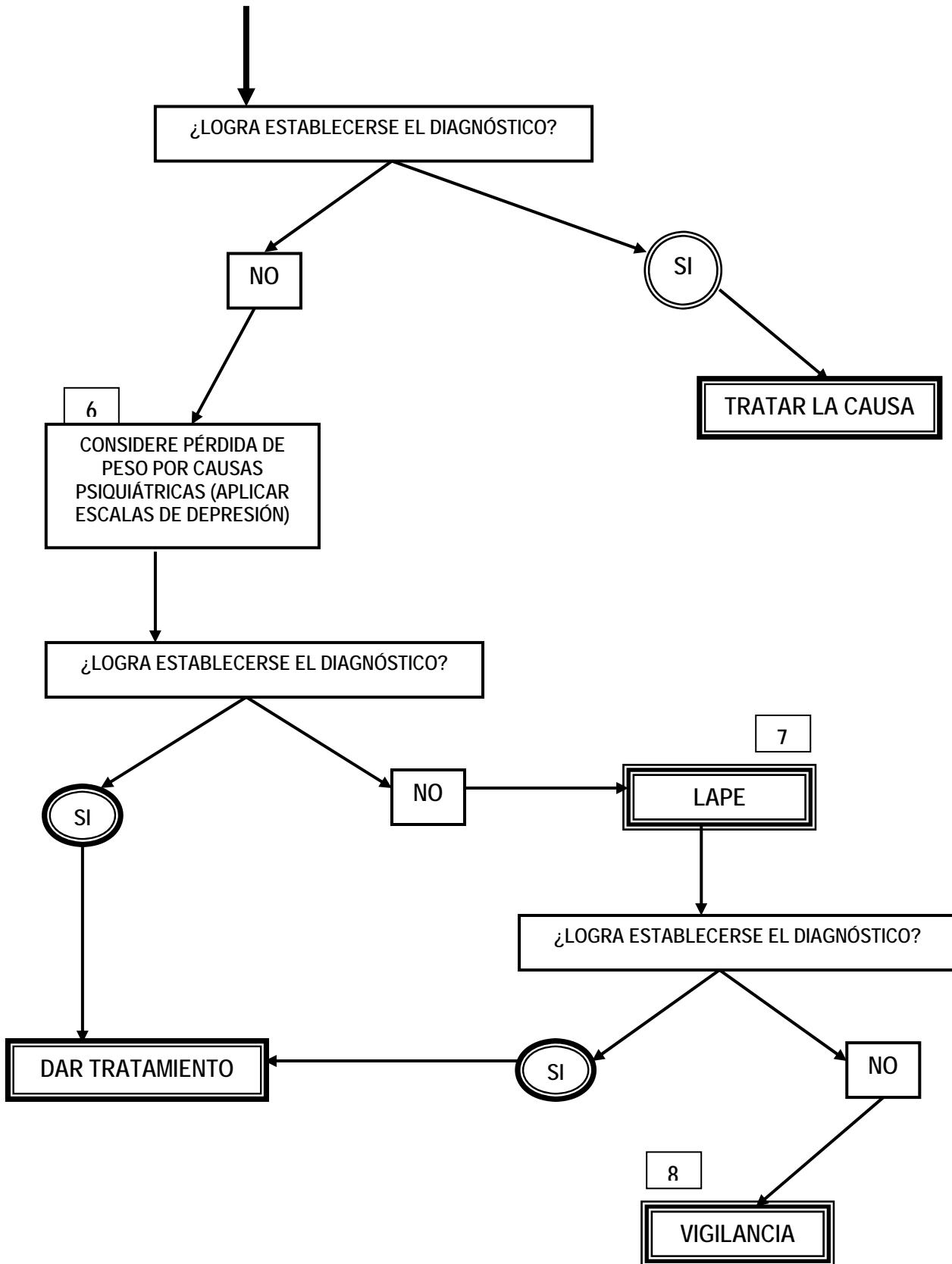
En caso de resultar negativa la laparotomía exploradora y si la pérdida de peso no pone en peligro la vida del paciente, se sugiere dar seguimiento por 3 a 6 meses (vigilando hábitos dietéticos y/o presencia de datos clínicos pivote). Generalmente, durante este tiempo, es posible documentar la etiología de la pérdida de peso.

Pasado este tiempo y pese a no documentarse la causa de la pérdida ponderal, el pronóstico es favorable para el paciente. <sup>(6, 7, 11)</sup>

# ALGORITMO DIAGNÓSTICO DE PÉRDIDA DE PESO INEXPLICABLE



ALGORITMO DIAGNÓSTICO DE PÉRDIDA DE PESO INEXPLICABLE (CONT.)



## ANEXO 1.- ESCALA DE DEPRESION GERIATRICA.

### GERIATRIC DEPRESSION SCALE (GDS) Brink et al. (1982), Yesavage et al. (1983)

Nombre:

Fecha:

Estudios/Profesión:

Observaciones:

Varón [ ] Mujer [ ]

F. nacimiento:

N. H<sup>º</sup>:

Edad:

1. ¿Está Ud. satisfecho con su vida?	sí	NO
2. ¿Ha abandonado muchos de sus intereses y actividades?	SI	no
3. ¿Siente que su vida está vacía?	SI	no
4. ¿Se siente Ud. frecuentemente aburrido?	SI	no
5. ¿Tiene Ud. mucha fe en el futuro?	sí	NO
6. ¿Tiene pensamientos que le molestan?	SI	no
7. ¿La mayoría del tiempo está de buen humor?	sí	NO
8. ¿Tiene miedo de que algo malo le vaya a pasar?	SI	no
9. ¿Se siente Ud. feliz la mayoría del tiempo?	sí	NO
10. ¿Se siente Ud. a menudo impotente?	SI	no
11. ¿Se siente a menudo intranquilo?	SI	no
12. ¿ Prefiere quedarse en su cuarto en vez de salir?	SI	no
13. ¿Se preocupa Ud. a menudo sobre el futuro?	SI	no
14. ¿Cree que tiene más problemas con su memoria que los demás?	SI	no
15. ¿Cree que es maravilloso estar viviendo?	sí	NO
16. ¿Se siente Ud. a menudo triste?	SI	no
17. ¿Se siente Ud. inútil?	SI	no
18. ¿Se preocupa mucho sobre el pasado?	SI	no
19. ¿Cree que la vida es muy interesante?	sí	NO
20. ¿Es difícil para Ud. empezar nuevos proyectos?	SI	no
21. ¿Se siente lleno de alegría?	sí	NO
22. ¿Se siente Ud. sin esperanza?	SI	no
23. ¿Cree que los demás tienen más suerte que Ud.?	SI	no
24. ¿Se pone Ud. muy nervioso por pequeñas cosas?	SI	no
25. ¿Siente a menudo ganas de llorar?	SI	no
26. ¿Es difícil para Ud. concentrarse?	SI	no
27. ¿Está contento de levantarse por la mañana?	sí	NO
28. ¿Prefiere evitar grupos de gente?	SI	no
29. ¿Es fácil para Ud. tomar decisiones?	sí	NO
30. ¿Está su mente tan clara como antes?	sí	NO
Sumar 1 punto por cada respuesta indicada en negrita y mayúscula No depresión 10 o menos Limite depresión/ depresión: 11 o más (Sensibilidad: 84%; Especificidad: 95%)	<b>Puntuación Total</b>	

a.e.g.(1999)

## ANEXO 2.- MINIMENTAL TEST.



# MINI MENTAL STATE EXAMINATION (MMSE)

*Basado en Folstein et al. (1975), Lobo et al. (1979)*

Nombre:

Varón [ ] Mujer [ ]

Fecha:

F. nacimiento:

Edad:

Estudios/Profesión:

N. H<sup>º</sup>:

Observaciones:

<p>¿En qué año estamos? 0-1                      ¿En qué estación? 0-1                      ¿En qué día (fecha)? 0-1                      ¿En qué mes? 0-1                      ¿En qué día de la semana? 0-1</p>	<b>ORIENTACIÓN TEMPORAL (Máx.5)</b>	
<p>¿En qué hospital (o lugar) estamos? 0-1                      ¿En qué piso (o planta, sala, servicio)? 0-1                      ¿En qué pueblo (ciudad)? 0-1                      ¿En qué provincia estamos? 0-1                      ¿En qué país (o nación, autonomía)? 0-1</p>	<b>ORIENTACIÓN ESPACIAL (Máx.5)</b>	
<p>Nombre tres palabras <b>Peseta-Caballo-Manzana</b> (o <b>Balón-Bandera-Árbol</b>) a razón de 1 por segundo. Luego se pide al paciente que las repita. Esta primera repetición otorga la puntuación. Otorgue 1 punto por cada palabra correcta, pero continúe diciéndolas hasta que el sujeto repita las 3, hasta un máximo de 6 veces.</p> <p style="text-align: center;"> <b>Peseta 0-1    Caballo 0-1    Manzana 0-1</b>  <b>(Balón 0-1    Bandera 0-1    Árbol 0-1)</b> </p>	<b>Nº de repeticiones necesarias</b> <b>FIJACIÓN-Recuerdo Inmediato (Máx.3)</b>	
<p>Si tiene 30 pesetas y me va dando de tres en tres, ¿Cuántas le van quedando?. Detenga la prueba tras 5 sustracciones. Si el sujeto no puede realizar esta prueba, pídale que deletree la palabra <b>MUNDO</b> al revés.</p> <p style="text-align: center;"> <b>30 0-1    27 0-1    24 0-1    21 0-1    18 0-1</b>  <b>(0 0-1    D 0-1    N 0-1    U 0-1    M 0-1)</b> </p>	<b>ATENCIÓN-CÁLCULO (Máx.5)</b>	
<p>Preguntar por las tres palabras mencionadas anteriormente.</p> <p style="text-align: center;"> <b>Peseta 0-1    Caballo 0-1    Manzana 0-1</b>  <b>(Balón 0-1    Bandera 0-1    Árbol 0-1)</b> </p>	<b>RECUERDO diferido (Máx.3)</b>	
<p><b>DENOMINACIÓN.</b> Mostrarle un lápiz o un bolígrafo y preguntar ¿qué es esto?. Hacer lo mismo con un reloj de pulsera. <b>Lápiz 0-1 Reloj 0-1</b></p> <p><b>REPETICIÓN.</b> Pedirle que repita la frase: "ni sí, ni no, ni pero" (o "En un trigal había 5 perros") 0-1</p> <p><b>ÓRDENES.</b> Pedirle que siga la orden: "coja un papel con la mano derecha, dóblelo por la mitad, y póngalo en el suelo".</p> <p><b>Coje con mano d. 0-1 dobla por mitad 0-1 pone en suelo 0-1</b></p> <p><b>LECTURA.</b> Escriba legiblemente en un papel "Cierre los ojos". Pídale que lo lea y haga lo que dice la frase 0-1</p> <p><b>ESCRITURA.</b> Que escriba una frase (con sujeto y predicado) 0-1</p> <p><b>COPIA.</b> Dibuje 2 pentágonos interseccionados y pida al sujeto que los copie tal cual. Para otorgar un punto deben estar presentes los 10 ángulos y la intersección. 0-1</p>	<b>LENGUAJE (Máx.9)</b>	
<p><b>Puntuaciones de referencia</b>    27 ó más: normal                      24 ó menos: sospecha patológica    12-24: deterioro                      9-12 : demencia</p>	<b>Puntuación Total (Máx.: 30 puntos)</b>	

a.e.g.(1999)

## BIBLIOGRAFIA:

---

1. Bouras EP, Stephen M, Scolapio J. **Rational approach to patients with unintentional weight loss.** Mayo Clin Proc 2001; 76(9): 923-929.
2. Gazewood J, Mehr D. **Diagnosis of weight loss in the elderly.** J Fam Prac 1998; 47(1): 19-25.
3. Alabhai S, Greenwood C, Payette H. **An approach to the management of unintentional weight loss in the elderly people.** CMAJ 2005; 172(6): 773-80.
4. Li HW, Li CM, Lee YC, Lee LT, Leung KK. **Differences in diagnostic approach between family physicians and other specialists in patients with unintentional body weight loss.** Family Practice 1999; 16: 586-590.
5. Rehman HU. **Involuntary weight loss in the elderly.** Clinical Geriatrics 2005; 7(13): 37-45.
6. Brooke G. **Evaluating and treating unintentional weight loss in the elderly.** Am Fam Physician 2002; 65: 640-650.
7. Moriguti JC, Kiyomi E, Ferriolli E, Castilho J, Lucif N, Marchini JS. **Involuntary weight loss in elderly individuals: assesment and treatment.** Sao Paulo Med J 2001; 2(119)
8. Wallace JI, Schwartz RS, LaCroix AZ, Uhlmann RF, Pearlman RA. **Involuntary weigh loss in older outpatients: incidence and clinical significance.** J. Am Geriatr Soc. 1995, 43:329-337.
9. Shekelle P, Woolf S, Eccles M, Grimshaw J. Clinical guidelines. Developing guidelines. BMJ 1999;318:593-595.

**10.** Masier G., Salomón S., Campodónico V., et al. Significado de la pérdida de peso en pacientes hospitalizados. Rev. Med. Univ. UNCuyo. Mendoza. Arg. Vol.2, Num.2, 2006.

**11.** Wilson M., Vaswani S., Liu D. Prevalence and causes of undernutrition in medial outpatients. Am J Med, 2004; 104:57-63.

**12.** Pfau P., Rombeau J. Nutrition. Med Clin North Am 2000 ; 84 : 1209-1230.

<sup>i</sup> Shekelle P, Woolf S, Eccles M, Grimshaw J. Clinical guidelines. Developing guidelines. BMJ 1999;318:593-595.

<sup>ii</sup> The AGREE Collaboration. AGREE Instrument Spanish version, [www.agreecollaboration.org](http://www.agreecollaboration.org)

<sup>iii</sup> Oxman A, Cook DJ, Gyatt G. User's Guides to the Medical Literature: VI. How to use an Overview. JAMA. 1994; 272(17):1367-71.

<sup>iv</sup> Guyatt G, Sackett D, Cook D. User's Guides to the Medical Literature: II. How to Use an Article About Therapy or Prevention: A. Are the Results of the Study Valid?. JAMA. 1993;270(21):2598-2601.

<sup>v</sup> Guyatt G, Sackett D, Cook D. User's Guides to the Medical Literature: II. How to Use an Article About Therapy or Prevention: B. What Are the Results and Will They Help Me in Caring for My Patients?. JAMA. 1994;271(1):59-63.

<sup>vi</sup> Dans A, Dans L, Guyatt G, Richardson S. User's Guides to the Medical Literature: XVI. How to Decide on the Applicability of Clinical Trial Results to Your Patient. JAMA. 1998; 279(7):545-549.

<sup>vii</sup> Jaeschke R, Guyatt G, Sackett D. User's Guides to the Medical Literature: III. How to Use an Article About a Diagnostic Test: A. Are the Results of the Study Valid?. JAMA. 1994;271(5): 389-391.

<sup>viii</sup> Guyatt G, Sackett D, Sinclair J, Hayward R, Cook D, Cook R. User's Guides to the Medical Literature: IX. A Method for Grading Health Care Recommendations. JAMA. 1995;274(22):1800-1804.