



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

FACULTAD DE MEDICINA

DIVISION DE POSGRADO
HOSPITAL DE ESPECIALIDADES
“DR. ANTONIO FRAGA MOURET”
CENTRO MÉDICO NACIONAL “LA RAZA”

“UTILIDAD DE PRUEBAS PSIQUIÁTRICAS PARA IDENTIFICAR A
PACIENTES CON BAJA PROBABILIDAD DE CAUSAS ORGÁNICAS DE LA
PERDIDA DE PESO INVOLUNTARIA”

T E S I S

PARA OBTENER EL GRADO DE
ESPECIALISTA EN MEDICINA INTERNA

P R E S E N T A :

DRA. BELINDA CRISPIN LOPEZ

ASESOR: DR MOISES CASARRUBIAS RAMIREZ



MÉXICO, D. F. 2010



Universidad Nacional
Autónoma de México



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.

DR. JESUS ARENAS OSUNA
Jefe de la División de Educación Médica
UMAE “DR. ANTONIO FRAGA MOURET”
CENTRO MÉDICO “LA RAZA”

DRA. OLGA LIDIA VERA LASTRA
Profesor Titular del curso de Postgrado en Medicina Interna
UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

DRA. BELINDA CRISPIN LOPEZ
Médico Residente de Medicina Interna

Número definitivo del protocolo:
R-2008-3501-111

ÍNDICE

I.	RESUMEN	.....	4
II.	SUMMARY	.....	5
III.	ANTECEDENTES CIENTÍFICOS	.....	6
IV.	MATERIAL Y MÉTODOS	.....	11
V.	RESULTADOS	.....	13
VI.	DISCUSION	.....	15
VII.	CONCLUSIONES	.....	18
VIII.	BIBLIOGRAFIA	.....	19
IX.	ANEXOS	.....	23

I. RESUMEN.

Título: “Utilidad de pruebas psiquiátricas para identificar a pacientes con baja probabilidad de causas orgánicas de pérdida de peso involuntaria”

Introducción: Los trastornos psiquiátricos son responsables de hasta 33% de las pérdidas de peso involuntario (PPI) destacando la depresión, ansiedad.

Objetivo: Evaluar la utilidad de una batería de pruebas psiquiátricas estandarizadas para identificar pacientes con baja probabilidad de causa orgánica de PPI.

Material y Métodos: Estudio de cohorte, se incluyeron a pacientes con diagnóstico de PPI. Se aplicó el test Minimental, Hamilton para depresión y ansiedad. Se midió el grado de asociación entre el resultado de las pruebas psiquiátricas y el diagnóstico final, mediante el cálculo de un RR con IC 95% y la prueba de X^2 .

Resultados: Se incluyeron 33 pacientes, 11 de 13 pacientes con test de ansiedad negativo tuvo un diagnóstico orgánico y en 2 se encontró una causa no orgánica, con RR de 3.059 para enfermedad no orgánica (IC 95%= 0.777–12.049) $P= 0.068$; 25 pacientes con test para depresión negativo, 18 tuvieron diagnóstico de causa orgánica y 5 pacientes con una prueba de depresión positiva 2 tuvieron una causa orgánica, obteniendo RR de 2.14 (IC 95%= 0.827-5.55) $P= 0.166$.

Conclusiones: Las pruebas psiquiátricas estandarizadas negativas tienen alta probabilidad para identificar causa orgánica de PPI. Habrá que realizar más estudios juntando la batería de pruebas psiquiátricas con índices de PPI de causa orgánica, para aumentar la probabilidad de diagnóstico de causa orgánica.

Palabras Claves: pérdida de peso involuntaria, escala Hamilton para depresión y ansiedad.

SUMMARY

Title: "Utility of psychiatric tests to identify patients with low probability of organic causes of involuntary weight loss"

Introduction: Psychiatric disorders were responsible for 11% to 33% of unintentional weight loss (UWL) highlighting the depression, anxiety and dementia.

Objectives: To evaluate the usefulness of a battery of psychiatric tests to identify patients with low probability of organic cause of UWL.

Material and methods: we included 33 patients in a cohort study, which joined the UWL admitted to Internal Medicine of HECMR in october 2007 to october 2008. Were applied to admission test minimental and Hamilton depression and anxiety. We measured the degree of association between the outcome of psychiatric tests and the final diagnosis, classified as causing "organic" or "psychiatric" through the calculation of a RR with 95% CI and the X^2 test

Results: 11 of 13 patients with negative test anxiety had an organic diagnosis; was found in 2 non-organic cause, with RR of 3.059 for non-organic disease (CI 95%= 0.777-12.049) P= 0.068. In 25 patients tests for depression were negative, 18 were diagnosed with organic cause, 5 patients with a positive depression test, and 2 had an organic cause, getting RR 2.14 (CI 95%= 0.827-5.55) P= 0.166.

Conclusions: The negative standardized psychiatric tests are associated with increased likelihood of organic cause of UWL. Further studies should be conducted joining the battery of psychiatric tests with UWL indices organic cause, to increase the likelihood of diagnosis of organic cause.

Keyword: Unintentional weight loss, Hamilton scale for depression and anxiety.

II. ANTECEDENTES CIENTIFICOS

La definición más frecuentemente utilizada para pérdida de peso involuntaria clínicamente significativa es una disminución de al menos el 5% del peso corporal dentro de los 6 a 12 meses, en ausencia de una dieta intencional, terapias con diurético o laxantes, o condiciones que se saben causan pérdida de peso (diabetes mellitus descontrolada, hipertiroidismo, etc.). Su incidencia varía según la edad de los pacientes, se presenta en un 8% de los adultos y hasta en un 27% de las personas mayores de 65 años de edad, e incluso hasta en el 50 al 65% en personas que residen en asilos. Por lo general se presenta en el 1.3 a 3% de los pacientes ingresados a un servicio de medicina interna ⁷.

Según los resultados de 6 estudios, se encontró que las tres principales causas de pérdida de peso involuntario son la depresión, enfermedades gastrointestinales y el cáncer. En general, las causas de la pérdida de peso se pueden clasificar en médicas (por ejemplo, las neoplásicas, enfermedad no neoplásicas, uso de fármacos y cambios relacionados con la edad), Psicológicas (trastornos de depresión, ansiedad, demencia, trastornos de la alimentación, estrés) o no médicas (condiciones socioeconómicas). Hasta en un 25% de todos los casos no se identifica una causa, a pesar de una amplia investigación y observación.

Puesto que la pérdida de peso es una manifestación inespecífica y compatible con diversas posibilidades diagnósticas, que causa preocupación tanto para el paciente como para el médico, sobre todo debido a la posibilidad de una enfermedad grave subyacente, 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.

⁶. En la práctica clínica no hay un consenso o guías para el abordaje diagnóstico de los pacientes con este complejo síndrome; los médicos solamente se basan en su conocimiento

y experiencia clínica. Investigaciones previas han encontrado una amplia variación en el estilo del abordaje diagnóstico de estos pacientes en las distintas especialidades ¹⁶. Solo hay unos pocos estudios que han analizado este problema; la mayoría de ellos fueron realizados en la década de los ochentas. Dentro de los más destacados se encuentran los de Marton, Reife, Leduc, Huerta, entre otros. Bilbao et al, realizó un protocolo para el estudio de los pacientes con pérdida de peso involuntario. En este estudio encontraron que un 56% de los casos se debieron a neoplasias, enfermedades metabólicas y digestivas, 33% a problemas psiquiátricos y un 11% no se identificó la causa. Este autor propone un protocolo donde incluye una base de datos clínicos y de laboratorios básicos los que permitirá según las anomalías encontradas, continuar con procedimientos diagnósticos más invasivos, en sólo aquellos pacientes con alto riesgo de enfermedad orgánica, tales procedimientos incluyen endoscopia y tomografía computarizada ¹⁷. Hernández fue otro investigador que ha tratado de evaluar la eficacia de diversos estudios para el diagnóstico de las causas de pérdida de peso, el objetivo de él era establecer un método diagnóstico para descartar cáncer en pacientes que presentan pérdida de peso involuntario en ausencia de otros síntomas. Su estudio abarcó a 276 pacientes, de los cuales 38% tuvieron cáncer. Como línea primaria de diagnóstico utilizó exámenes de rutina que incluían citometría hemática completa, velocidad de sedimentación y perfil bioquímico, que según los hallazgos anormales, dio lugar a un procedimiento de diagnóstico más específico, como el ultrasonido abdominal tomografía computarizada y la endoscopia digestiva. Encontró que solo dos pacientes con cáncer habían tenido resultados normales en todas esas pruebas, 9 pacientes con cáncer no se identificaron durante la evaluación inicial. La conclusión de este estudio es que un enfoque clínico, que incluyera solo exámenes de laboratorios de

rutina y ecografía abdominal, es el más apropiado para la detección de la mayoría de cánceres en los pacientes con pérdida de peso involuntario ¹⁸.

Como ya se comentó los trastornos psiquiátricos son responsables de 11% a 33% de los casos con pérdida de peso involuntaria, de los cuales la depresión y la demencia son los trastornos más frecuentemente encontrados. En los estudios realizados por Marton, Rabinovitz y Thompson encontraron una causa psiquiátrica en el 9.8%, 6.4% y hasta en el 44% respectivamente ³⁹.

La falta de apetito y pérdida de peso tradicionalmente se han considerado como uno de los principales síntomas somáticos de la depresión y forma parte de los criterios para el diagnóstico de depresión, de hecho, es uno de sus criterios de diagnósticos más objetivo ²⁰, ²¹. En el estudio realizado en México por Huerta, se encontró que el principal trastorno psiquiátrico que causa pérdida de peso fue la depresión ²⁰. Se ha demostrado que casi el 15% de los ancianos que viven en la comunidad presentan síntomas depresivos y el 3.6% presentan depresión mayor. Esta incidencia de depresión es aún mayor en los ancianos que se encuentran en asilos ¹⁵. En general la prevalencia de depresión en la población general es de 3% en los varones y de 4 a 9% en las mujeres ³⁸. La depresión fue el diagnóstico más prevalente en varios estudios de pacientes con pérdida de peso involuntaria y es responsable de la pérdida de peso no intencionada en alrededor del 19% de los ancianos que viven en comunidad y en el 36% de de los ancianos que residen en los asilos ²². En los estudios realizados por DiPietro, Anda, Williamsom y Stukard, los hombres y mujeres mayores de 55 años, con síntomas depresivos perdieron más peso que los no deprimidos y en el estudio realizado por Haukkala, se encontró que los síntomas depresivos predijeron la disminución de peso en personas de mediana edad en un lapso de 3 años de seguimiento ²³. La depresión puede asumir la forma de una molestia vaga, sin que se percate el

paciente de que ha comenzado a mostrar anomalías emocionales o psicológicas. Todo ello puede producir apatía, anorexia y pérdida ponderal. Los individuos deprimidos tienen una menor capacidad de cuidar de sí mismos, y pueden perder el interés por los alimentos. La depresión puede ser difícil de diagnosticar porque quizá muestre características atípicas como serían pseudodemencia, somatización o síndromes dolorosos. Los métodos de detección sistemática estandarizados son útiles para confirmar el diagnóstico. Dentro de ellos la más utilizada es la escala de Hamilton que se desarrolló a fines del decenio 1950 para evaluar la eficacia de los antidepresivos de primera línea, y desde entonces se ha convertido en el estándar de oro para evaluar la depresión. Su alta sensibilidad (78.1%) y especificidad (74.6%) hace de esta escala el instrumento más adecuado para fines de diagnóstico y seguimiento de la depresión^{24, 25, 26}.

La ansiedad es una causa menos común de pérdida ponderal. La mayor agitación puede ocasionar incremento de las necesidades metabólicas, además de que muchos de estos pacientes presentan trastornos gastrointestinales, como el síndrome de intestino irritable, gastritis, úlceras pépticas, que por sí mismo ocasionan pérdida de peso. Dicho trastorno puede ser evaluado por medio de la escala de ansiedad de Hamilton ya que evalúa tanto sus síntomas somáticos como psíquicos.^{3, 27}

Por otra parte se ha observado que los pacientes con la enfermedad de Alzheimer tienden a ser más delgadas que las personas sanas. La demencia se encuentra en aproximadamente entre el 2% y el 3% de los pacientes de 65 a 79 años; éste aumenta al 20% en los mayores de 80 años. La pérdida de peso en estos pacientes tiene implicaciones pronósticas negativas, siendo asociados con una mayor gravedad de la enfermedad, un curso clínico más rápido y aumento de la mortalidad^{29, 30}. Stewart et al, aportan pruebas de que los hombres que desarrollan demencia tienden a perder peso, al menos, varios años antes de su

diagnóstico clínico (pérdida de 0.36 kgs/año) y esta pérdida se acelera previo al diagnóstico de demencia ³¹. A la misma conclusión llegaron los estudios de Johnson et al, donde encontraron que 4 a 6 años previo al diagnóstico de demencia hubo una pérdida de peso de 0.68 libras por año, aumentando esta pérdida a 1.34 libras, un año previo al diagnóstico y que estos pacientes tenían en promedio 8 libras menos que los pacientes sin demencia ³². Los datos actuales sugieren que en muchos pacientes la pérdida de peso inicia en la etapa de las alteraciones cognitivas en los pacientes con enfermedad de Alzheimer o incluso antes ^{29,33}. Por lo anterior todos los pacientes ancianos con pérdida de peso deben someterse a un cribado para demencia, para la cual contamos con una serie de tests, uno de ellos, es el mini examen del estado mental (MMSE) que fue diseñado por Folstein y McHung en 1975, con la idea de proporcionar un análisis breve y estandarizado del estado mental que sirviera para diferenciar, en pacientes psiquiátricos, los trastornos funcionales orgánicos. Hoy en día, se utiliza sobre todo para detectar y evaluar la progresión de demencia. Los ítems del MMSE exploran 5 áreas cognitivas: Orientación, Fijación, Concentración y Cálculo, Memoria y Lenguaje. La puntuación total del MMSE es ampliamente aceptado como un indicador de la gravedad del deterioro cognitivo ^{34, 35}. Es muy sensible (85%), y altamente específicos (89%), en la detección de la demencia ³⁶. Esta prueba ha sido ampliamente utilizada en la práctica clínica y en la investigación ³⁴.

Por otra parte son varios los autores que hacen hincapié en las causas psiquiátricas de pérdida de peso, sin embargo las valoraciones de estos trastornos los realizan en los estadios finales del protocolo tales como la Clínica de Mayo que propone utilizar el Examen de Minimental en la tercera fase del protocolo ². Huffman, a su vez propone aplicar escala para depresión en ancianos con pérdida de peso. Sin embargo ningún estudio propone pruebas psiquiátricas en la primera línea de investigación de la pérdida de peso.

³⁷. Consideramos que una batería de pruebas de tamizaje para ansiedad, depresión y demencia pueden ser de utilidad para el abordaje diagnóstico inicial del paciente con pérdida de peso involuntaria pues permitiría el diagnóstico temprano de aquellos causas con alta probabilidad de causa psiquiátrica de la pérdida de peso y por lo tanto, con bajo riesgo de enfermedad orgánica o neoplásica oculta.

Por lo tanto se decidió llevar a cabo un estudio para evaluar el valor predictivo de una batería de pruebas psiquiátricas positivo, para predecir una menor probabilidad de causa orgánica de pérdida de peso involuntaria en pacientes del Hospital de Especialidades del Centro Médico La Raza.

MATERIAL Y METODOS

Se evaluó la utilidad de una batería de pruebas psiquiátricas estandarizadas para identificar a pacientes con baja probabilidad de causa orgánica de pérdida de peso involuntaria. Es un estudio observacional, prospectivo, longitudinal, causa a efecto. Se identificaron a todos los pacientes que ingresaron al servicio de Medicina Interna del Hospital de Especialidades del Centro Médico Nacional “La Raza”, durante el período, comprendido de octubre 2007 a octubre 2008, con el diagnóstico de pérdida de peso involuntaria de acuerdo a los criterios propuestos por Hernández y cols ¹⁸. Se incluyeron a pacientes con pérdida de más de 5% de peso corporal en menos de 6 meses, sin una causa aparente, mayores de 16 años de edad, derechohabientes del IMSS. No se incluyeron a pacientes que en una evaluación inicial tuvieran un diagnóstico que pudiera explicar la pérdida de peso (por ejemplo, Neoplasia maligna, hipertiroidismo), pacientes con otras enfermedades concomitantes descompensadas (Diabetes mellitus, Insuficiencia cardíaca congestiva). Uso de dietas hipocalóricas, uso de fármacos como diuréticos, laxantes, levotiroxina, medicamentos para reducción de peso como Orlistat. Así como a pacientes con diagnóstico previo de enfermedades neoplásicas, infección por virus de la inmunodeficiencia humana y a pacientes embarazadas.

Una vez seleccionados, se firmó una hoja de confidencialidad, se realizó la ficha de identificación con los datos personales y número de seguridad social; se aplicó el test de minimental para el estado mental y las escalas de Hamilton para depresión y ansiedad. También se elaboró una hoja de registro, en la cual se registraron edad, género, tiempo de evolución de la pérdida de peso, kilogramos de pesos perdidos, resultados de escala de Hamilton para depresión y ansiedad así como Test de Minimental para el estado mental y diagnóstico definitivo de la causa de la pérdida de peso al término del protocolo de estudios

clínicos. Debido a que es un estudio de tipo observacional, los estudios paraclínicos solicitados como parte del protocolo, quedaron a criterio del médico tratante de acuerdo a los síntomas clínicos acompañantes y las anormalidades en los estudios iniciales. Se dio seguimiento a cada caso durante su estancia intrahospitalaria hasta llegar a la conclusión diagnóstica. En los casos en que no se documentara alguna causa que justificara la pérdida de peso, durante su internamiento, se les citó en forma periódica a la consulta externa de medicina interna para continuar su vigilancia y para la realización de estudios de extensión hasta el diagnóstico definitivo o la recuperación de la pérdida de peso. Por tal motivo se continuaron revisando subsecuentemente los expedientes para registrar algún hallazgo adicional que identificara la causa de la pérdida de peso. Se consideraron “casos sin diagnóstico” aquellos sin causa identificada después de 6 meses de seguimiento. El diagnóstico final se clasificó en las siguientes categorías: Causa psiquiátrica: diagnóstico establecido de ansiedad, depresión y/o demencia con la batería de test psiquiátrica, confirmadas por la valoración psiquiátrica y sin otra causa identificable de pérdida de peso involuntario; Causa orgánica no neoplásica: diagnóstico final de alguna enfermedad orgánica conocida como causa de pérdida de peso involuntario, con excepción de cualquier tumor maligno y causa orgánica neoplásica: y finalmente se consideró como causa neoplásica al diagnóstico final de algún tumor maligno.

El análisis descriptivo incluyó la distribución de frecuencias, media \pm desviación estándar, mediana y amplitud de acuerdo a las escalas de medición y tipo de distribución de las variables estudiadas. Se calculó también la sensibilidad, especificidad, valores predictivos positivos y negativos de la batería de pruebas psiquiátricas para la identificación de la causa orgánica vs no orgánica de la pérdida de peso. Se estimó el RR para causa orgánica de la pérdida de peso, en pacientes con pruebas psiquiátricas negativas, con intervalos de

confianza del 95% de acuerdo al método de límites exactos y la significancia estadística del riesgo mediante una prueba de X^2 . Se calculó un tamaño muestral de 50 pacientes que por convención es el mínimo requerido para la evaluación de una prueba diagnóstica.

RESULTADOS

Las características basales de los pacientes se resumen en la **tabla 1**. Se reclutaron un total de 33 pacientes, de los cuales 18 (54.5%) eran del sexo femenino y 15 (45.5%) del sexo masculino. La edad media fue de $53.9 \pm SD 15.7$ años. La pérdida de peso cuantificada al momento de la evaluación inicial fue de $14.73 \pm SD 9.7$ Kg. Con una mediana del tiempo de evolución de 6.58 meses (rango 1 a 24 meses). En 11 (33.3%) de los pacientes se encontró una causa orgánica no neoplásica, 9 (27.3%) tuvieron una enfermedad neoplásica y en 10 (30.3%) de los pacientes la pérdida de peso se debió a causa psiquiátrica de los cuales 4 fueron por trastorno mixto, ansioso depresivo; finalmente 3 (9.1%) no se encontró una causa específica. Las causas de pérdida de peso, se presenta en la **tabla 2**.

El riesgo basal de causa neoplásica de acuerdo al índice de Hernández se resume en la **gráfica 1**. El 21% tenía bajo riesgo de neoplasia, 10 casos (30.3%) riesgo intermedio y 2 (6.1%) de los pacientes con riesgo alto de neoplasias. De los 16 pacientes que tuvieron una batería psiquiátrica positiva, 14 pacientes obtuvieron un índice de Hernández bajo para enfermedad neoplásica. Por otro lado, de los 7 pacientes que tuvieron una batería psiquiátrica negativa, 2 de ellos tuvieron un riesgo alto de neoplasias según el índice de Hernández.

El test de Hamilton para ansiedad tuvo una sensibilidad de 80% y una especificidad de 55%, con un valor predictivo positivo de 47% y un valor predictivo negativo de 84.6%. Lo cual sugiere que la principal utilidad de la prueba consiste en la capacidad de una prueba negativa para descartar causa orgánica de la pérdida de peso. De acuerdo a esto, se llevó a cabo un análisis de riesgos, para medir el grado de asociación entre una prueba de ansiedad negativa con una causa no orgánica de la pérdida de peso. Se observó que 11 de 13 pacientes con un test de ansiedad negativo tuvieron una causa orgánica y sólo en 2

pacientes se encontró una causa no orgánica, lo cual da un RR de 3.059 para enfermedad no orgánica (IC 95% = 0.777 – 12.049) y un valor de $p= 0.068$. Esto significa que los pacientes con prueba de ansiedad negativa tuvieron 3 veces más probabilidad de una causa orgánica aunque no se alcanzó significancia estadística.

El Test de Hamilton para depresión tuvo una sensibilidad de 30% para causa no orgánica y una especificidad de 90%, con un valor predictivo positivo de 60% y un valor predictivo negativo de 72%. Igualmente la utilidad principal de la prueba fue la de clasificar a los sujetos con prueba de depresión negativo, como aquellos con mayor riesgo de causa orgánica.

En el análisis de riesgos se observó que de 25 pacientes con un test de Hamilton para depresión negativo, 18 de ellos tuvieron como diagnóstico una causa orgánica, mientras que de 5 pacientes que tuvieron una prueba de depresión positiva 2 de ellos tuvieron una causa orgánica. El RR fue de 2.14 para causa orgánica en pacientes con prueba negativa, (IC 95% = 0.777 – 12.049) con una $P= 0.166$. De nuevo la asociación no fue estadísticamente significativa.

La sensibilidad para ambas pruebas psiquiátricas para identificar una causa no orgánica fue de 90% y una especificidad de 35%, con un valor predictivo positivo de 40% y un valor predictivo negativo de 87.5%. Nuevamente, fue la presencia de ambas pruebas negativas la que mostró asociación con un diagnóstico de causa orgánica de la pérdida de peso.

De los 8 pacientes que tuvieron ambas pruebas negativas 7 tuvieron una causa orgánica con un RR para causa orgánica de 1.48 con un (IC 95% = 0.958-2.28) con una $P=0.144$, sin alcanzar significancia estadística.

Finalmente sólo se encontró a un paciente con deterioro del estado cognitivos en el Test de Miminetal para el estado mental por lo que no se pudo demostrar ninguna asociación entre

una prueba positiva para demencia y un diagnóstico de causa orgánica o no orgánica de la pérdida de peso involuntaria. Ver **Tabla 3**.

DISCUSIÓN

El objetivo del presente estudio fue evaluar la utilidad de una batería de pruebas psiquiátricas estandarizadas dentro del abordaje diagnóstico inicial del paciente con pérdida de peso inexplicada, con la finalidad de ayudar en la discriminación de pacientes con causa orgánica vs psiquiátrica de la pérdida de peso.

Este síndrome plantea un reto diagnóstico, en el que la preocupación tanto para el paciente como para el clínico es descartar alguna enfermedad maligna subyacente. Esto obliga a utilizar procedimientos diagnósticos caros o invasivos, a pesar de que se sabe que hasta en el 25% de los casos no se logra conocer la etiología de la pérdida de peso¹, y aproximadamente un 30% de los casos tienen un origen psiquiátrico²¹.

En la práctica clínica no hay un consenso o guías para el abordaje diagnóstico de los pacientes con este complejo síndrome; los médicos solamente se basan en su conocimiento y experiencia clínica. Investigaciones previas han encontrado una amplia variación en el estilo del abordaje diagnóstico de estos pacientes en las distintas especialidades¹⁶.

En nuestro estudio encontramos que en 33.3% de los pacientes se encontró una causa orgánica no neoplásica, 27.3% tuvieron una enfermedad neoplásica y en 30.3% de los pacientes la pérdida de peso se debió a causa psiquiátrica; finalmente 9.1% no se encontró una causa específica, estos resultados son comparables a los reportados por otros autores tanto en el extranjero como los pocos datos disponibles en México; como el estudio realizado en 1981 por Marton y Cols en el cual incluyeron a 91 pacientes, el 70% de los cuales estuvieron hospitalizados, y que tenían una edad promedio de 59 años. Prácticamente la totalidad de los pacientes fueron hombres, encontrando en el 50% de los casos una causa orgánica distinta de cáncer, 19% de los casos se documentó algún tipo de cáncer, en 9% se atribuyó a causas psiquiátricas y en 26% de los casos no se pudo

identificar una causa específica de la pérdida de peso; o el estudio realizado en nuestro hospital en el 2006 por Mata quien encontró que de 1414 pacientes que ingresaron al servicio de Medicina Interna en un periodo de un año solo 59 pacientes cumplían con criterios para pérdida de peso involuntaria, donde el 40.7% tuvieron una causa neoplásica y el 59.3% una causa diferente al cáncer.^{17, 18, 19, 20, 39,40}

Como se ha comentado anteriormente los trastornos psiquiátricos son responsables de 11% a 33% de los casos con pérdida de peso involuntaria, de los cuales la depresión, ansiedad y la demencia son los trastornos más frecuentemente encontrados²¹. Resultados similares encontramos en nuestro estudio ya que 30.3% de los pacientes tuvieron un trastorno psiquiátrico siendo el síndrome mixto ansioso depresivo el diagnóstico más frecuente en un 12%. La demencia se encuentra aproximadamente entre el 2% y el 3% de los pacientes de 65 a 79 años; éste aumenta al 20% en los mayores de 80 años^{29,30}. En este estudio solo se encontró a un paciente con deterioro cognitivo debido a que tuvimos a una población más joven con una edad media de 53.9 años.

Para evaluar la presencia de depresión en los pacientes se utilizó la escala de Hamilton que cuenta una sensibilidad (78.1%) y especificidad (74.6%) lo que la convierte en el instrumento más adecuado para fines de escrutinio diagnóstico y seguimiento de la depresión^{24, 25,26}.

Al analizar el rendimiento diagnóstico de las pruebas para ansiedad y depresión, para identificar causa no orgánica de la pérdida de peso, encontramos que la sensibilidad fue aceptable para la escala de ansiedad y para la combinación de la escala de ansiedad y depresión, (80-90% respectivamente) no así para la escala de depresión sola (30%). Este hallazgo, probablemente se deba a la frecuente coexistencia de trastorno depresivo en pacientes con enfermedades orgánicas²², así como al hecho de que algunas enfermedades

orgánicas, pueden producir síntomas que se confunden con las manifestaciones clínicas de depresión que son evaluadas en estos instrumentos.

Los resultados de los valores predictivos de los tests para identificar causa no orgánica (valores predictivos negativos más altos de 84.6% y 72% para las pruebas de ansiedad y depresión respectivamente) apoyan que la mejor utilidad posible de estas pruebas consiste en usar los resultados negativos de las mismas para identificar a pacientes con alta probabilidad de causa orgánica de la pérdida de peso, ya que se observó una asociación entre los resultados negativos de las pruebas con un diagnóstico final de causa orgánica: RR= 3.059 (IC 95% = 0.777 – 12.049) para el test de ansiedad y RR = 2.14 (IC 95% = 0.777 – 12.049) para el test de depresión, aunque esta asociación no alcanzó significancia estadística.

La incidencia de pérdida de peso involuntaria significativa varía según la edad de los pacientes, se presenta en un 8% de los adultos y hasta en un 27% de las personas mayores de 65 años de edad, e incluso hasta en el 50 al 65% en personas que residen en asilos. Por lo general se presenta en el 1.3 a 3% de los pacientes ingresados a un servicio de medicina interna (7), y en el Hospital de Especialidades del Centro Médico Nacional La Raza ingresan aproximadamente de 20 pacientes por año con dicho diagnóstico, por lo que la inclusión de una cohorte de pacientes de estas características requiere un tiempo largo. Es por ello que los resultados de nuestro estudio requieren confirmarse en estudios posteriores con un tamaño de muestra mayor, lo que ayudaría a definir la utilidad potencial de estas pruebas en la etapa inicial del estudio diagnóstico de pacientes con pérdida de peso involuntario. Igualmente, incluir estas pruebas simultáneamente con otras evaluaciones tales como el índice de Marton y de Hernández, las cuales también son de utilidad en la selección de los casos con pérdida de peso, que por su alta probabilidad de enfermedad

orgánica, ameriten una evaluación diagnóstica más exhaustiva. De esta forma podría eficientarse el uso de recursos para el abordaje diagnóstico de estos pacientes.

CONCLUSIONES:

En base a lo encontrado en el presente estudio, podemos concluir:

- Establecer la causa de la pérdida de peso involuntaria significativa es un reto, más aún cuando no existe un abordaje diagnóstico claramente establecido.
- La batería de pruebas de tamizaje para ansiedad y depresión puede ser de utilidad para el abordaje diagnóstico inicial del paciente con pérdida de peso involuntaria, ya que las pruebas psiquiátricas estandarizadas negativas tienen alta probabilidad para identificar causa orgánica de la pérdida de peso.
- Los pacientes con PPI con pruebas psiquiátricas estandarizadas negativas son candidatos para un protocolo diagnóstico más exhaustivo en búsqueda de una causa orgánica.
- Habrá que realizar más estudios quizá juntando dicha batería de pruebas psiquiátricas con índices de PPI de causa orgánica como el de Hernández o el de Marton, con los cuales podríamos aumentar la probabilidad de diagnóstico de causa orgánica. Por lo que proponemos investigaciones complementarias que permitan incluir todas las herramientas de abordaje diagnóstico inicial, tales como los índices de Marton, de Hernández y las pruebas psiquiátricas de manera integral lo que podría aumentar su rendimiento diagnóstico.

BIBLIOGRAFIA

1. Roubenoff R, Heymsfield SB, Kehayias JJ, Cannon JG, Rosenberg IH. Standardization of nomenclature of body composition in weight loss. *Am J Clin Nutr* 1997; 6: 192-196.
2. Bouras EP, Lange SM, Scolapio JS. Rational approach to patients with unintentional weight loss. *Mayo Clin Proc* 2001; 6: 923-929.
3. Alibhai SM, Greenwood C, Payette H. An approach to the management of unintentional weight loss in elderly people. *CMAJ* 2005 Mar 15; 172: 773-780.
4. Moriguti JC, Moriguti EK, Ferriolli E, De Castilho - Cação J, Iucif N, Marchini JS. Involuntary weight loss in elderly individuals: assessment and treatment. *Sao Paulo Med J* 2001; 119: 72-77.
5. Wallace J, Schwartz R. Epidemiology of weight loss in humans with special reference to wasting in the elderly. *International Journal of Cardiology* 2002; 85: 15-21.
6. Bouras E, Lange S, Scolapio J. Rational approach to patients with unintentional weight loss. *Mayo Clin Proc* 2001; 76: 923-929.
7. Knudtson MD, Klein BE, Klein R, Shankar A. Associations with weight loss and subsequent mortality risk. *Ann Epidemiol* 2005; 15: 483- 491.
8. Vanderschueren S, Geens E, Knockaert D, Bobbaers H. The diagnostic spectrum of unintentional weight loss. *European Journal of Internal Medicine* 2005; 16: 160-164.
9. Yaari S, Goldbourt U. Voluntary and involuntary weight loss: Associations with long-term mortality in 9228 middle-aged and elderly men. *Am J Epidemiol* 1998; 148: 546 –555.

10. Wannamethee SG, Shaper AG, Walker M. Weight change, weight fluctuation, and mortality. *Arch Intern Med* 2002; 162: 2575–2580.
11. French SA, Folsom AR, Jeffery RW, Williamson DF. Prospective study of intentional weight loss and mortality in older women: the Iowa Women's Health Study. *Am J Epidemiol* 1999; 149: 504-514.
12. Williamson DF, Pamuk E, Thun M, Flanders D, Byers T, Heath C. Prospective study of intentional weight loss and mortality in overweight white men aged 40-64 years. *Am J Epidemiol* 1999; 149: 491-503.
13. Reife CM. Pérdida de peso. En: Kasper DL, Braunwald E, Fauci AS, Hauser SL, Longo DL, Jameson JL, Fauci As, editors. *Harrison: Principio de Medicina Interna*, 16ª edición. Distrito Federal, México: Interamericana McGraw-Hill. 2006; 264-266.
14. Robbins LJ. Evaluation of weight loss in the elderly. *Geriatrics* 1989; 44: 31–37.
15. Blazer D, Williams CD. Epidemiology of dysphoria and depression in an elderly population. *Am J Psychiatry* 1980; 137:439- 444.
16. Lin 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. *Fam Pract* 1999; 16: 586–590.
17. Bilbao-Garay J, Barba R, Losa-García JE, Martín H, García de Casasola G, Castilla I, et al. Assessing clinical probability of organic disease in patients with involuntary weight loss: a simple score. *Eur J Intern Med* 2002; 13 : 240-245.
18. Hernández JL, Matorras P, Riancho JA, Gonzalez J. Involuntary weight loss without specific symptoms: a clinical prediction score for malignant neoplasm. *Q J Med* 2003; 96: 649– 665.

19. Metalidis C, Daniël C, Knockaert D, Bobbaers H, Vanderschueren S . Involuntary weight loss. Does a negative baseline evaluation provide adequate reassurance?. Eur J Intern Med 2007; xx: 1-5.
20. Huerta G, Viniegra L. La pérdida ponderal involuntaria como problema clínico. Rev Inv Clin 1989; 41: 5-9.
21. Morley JE, Kraenzle D. Causes of weight loss in a community nursing home. J Am Geriatr Soc.1994; 42: 583-585.
22. Polivy J, Herman CP. Clinical depression and weight change: A complex relation, Journal of Abnormal Psychology 1976; 85: 338–340.
23. Haukkala A, Uutela A, Salomaa V. Depressive Symptoms, Cynical Hostility, and Weight Change: A 3-Year Follow-Up Among Middle-Aged Men and Women. Int J Behav Med 2001; 8: 116–133.
24. Heo M, Myrphy CF, Meyers BS. Relationship Between the Hamilton Depression Rating Scale and the Montgomery-Åsberg Depression Rating Scale in Depressed Elderly: A Meta-analysis. Am J Geriatr Psychiatry 2007; 15: 899-905.
25. Bagby RM, Ryder AG, Schuller DR, Marshall MB. The Hamilton Depression Rating Scale: Has the Gold Standard Become a Lead Weight. Am J Psychiatry 2004; 161: 2163–2177.
26. Toshi A, Furukawa TA, Akechi T, Azuma H, Okuyama T, Higuchi T. Evidence Based Guidelines for Interpretation of the Hamilton Rating Scale for Depression. Journal of Clinical Psychopharmacology 2007; 27: 533- 535.
27. Reife M. Involuntary weight loss. Med Clin North Am 1995; 79: 299 – 313.
28. Thompson MP, Morris LK. Unexplained weight loss in the ambulatory elderly. J Am Geriatr Soc 1991; 39: 497 - 500.

29. Grundman M. Weight loss in the elderly may be a sign of impending dementia. Arch Neurol 2005; 62: 20 - 22.
30. Morley JE, Silver AJ. Anorexia in the elderly. Neurobiol Aging. 1988; 9: 9 - 16.
31. Stewart R, Masaki K, Xue QL, Peila R, Petrovitch H, Withw LR, et al. A 32-year prospective study of change in body weight and incident dementia: the Honolulu-Asia Aging Study. Arch Neurol 2005; 62: 55 - 60.
32. Johnson DK, Wilkins CH, Morris JC. Accelerated weight loss may precede diagnosis in Alzheimer disease. Arch Neurol 2006; 63: 1312-1317.
33. Feldman H, Scheltens P, Scarpini E, Hermann N, Mesenbrink P, Mancione L. et al. Behavioral symptoms in mild cognitive impairment. Neurology 2004; 62: 1199 - 1201.
34. Folstein MF, Folstein SE, McHugh PR. "Mini-mental state". A practical method for grading the cognitive state of patients for the clinician. J Psychiatr Res 1975; 12: 189 - 198.
35. Yesavage JA, Brink TL, Rose TL, Lum O, Huang V, Adey M, et al. Development and validation of a geriatric depression screening scale: a preliminary report. J Psychiatr Res 1983; 17: 37-49.
36. Grigoletto F, Zappalà G, Anderson DW, Barry D, Lebowitz BD. Norms for the Mini-Mental State Examination in a healthy population. Neurology 1999; 53: 315-315.
37. Huffman GB, Evaluating and Treating Unintentional Weight Loss in the Elderly. Am Fam Physc 2002; 65:630-650.
38. Goldman H. Psiquiatría general. Manual Moderno, Quinta edición 2001; 337-343.

39. Marton KI, Sox HC Jr, Krupp JR. Involuntary weight loss: diagnostic and prognostic significance. *Ann Intern Med* 1981; 95:568–74.
40. Mata Marín. Variables asociadas con diagnóstico de cáncer en pacientes con pérdida de peso involuntaria. México, DF, 2006.

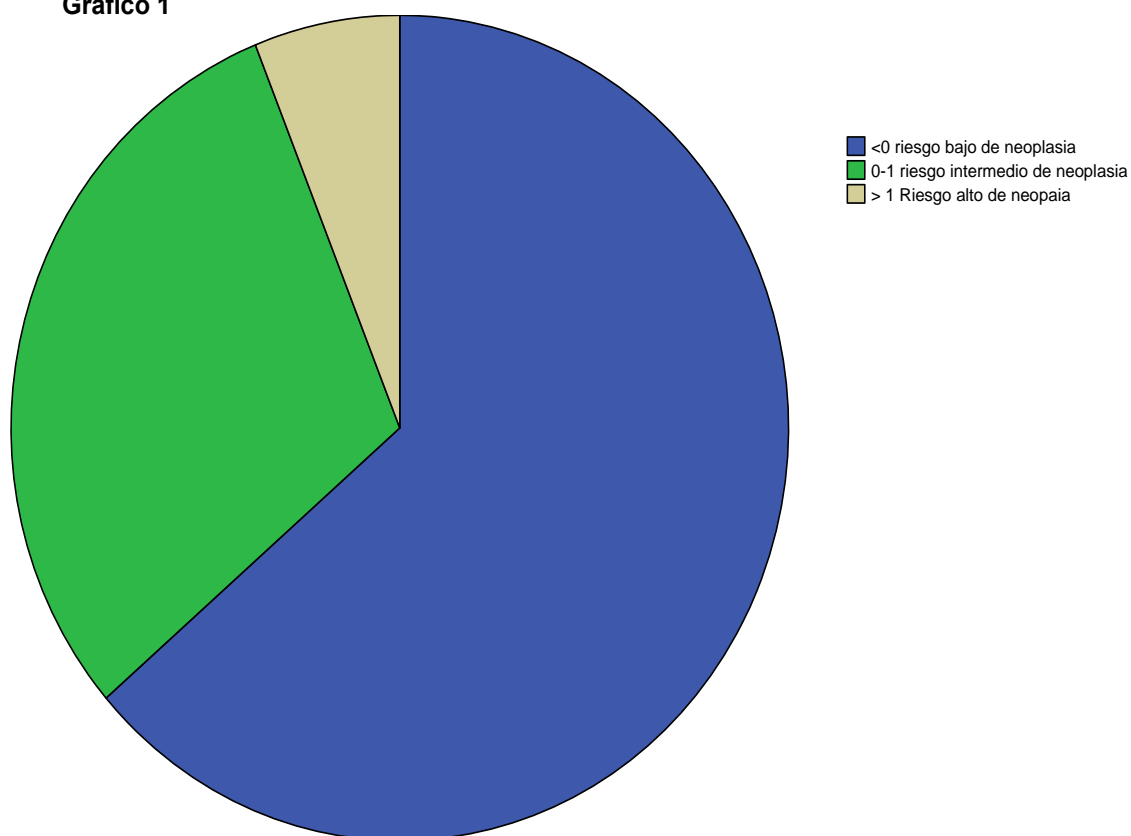
I. ANEXOS

Tabla 1. Características basales de los pacientes					
	N	Mínimo	Máximo	Media	Desv. típ.
Años de Edad	33	17	89	53.9697	15.70327
Meses de evolución	33	1	24	6.5758	4.75020
Kilogramos de peso perdidos	33	5	50	14.7273	9.76369
Albúmina g/dL	33	1.30	5.10	3.6364	.98197
Leucocitos miles/ μ l	33	500.00	13100.00	5765.4545	2738.8650
Fosfatasa Alcalina UI/ml	33	31.00	503.00	123.3636	112.25357
DHL UI/ml	33	52.00	804.00	235.3939	134.56131
N válido	33				

Tabla 2. Causas de pérdida de peso

Diagnóstico	Frecuencia	Porcentaje
Sin diagnostico	3	9.1
Enfermedad orgánica	11	33
Infección por virus de la inmunodeficiencia humana	1	3
Miopatía sin miositis	2	6
Hipertiroidismo	1	3
Síndrome de intestino irritable	1	3
Síndrome de POEMS	1	3
Diabetes mellitus	1	3
Lupus Eritematoso sistémico	2	6
Enfermedad de Berger	1	3
Enfermedad ácido péptica	1	3
Neoplasia	9	27.3
Tumor de páncreas	1	3
Cistoadenocarcinoma	1	3
Linfoma No Hodgkin	1	3
Cáncer de tiroides	1	3
Tumor de mediastino	1	3
Leiomiomasarcoma	1	3
Adenocarcinoma	1	3
carcinoma de primario desconocido	1	3
Tumor de próstata	1	3
Psiquiátrica	10	30.3
Trastorno mixto ansioso depresivo	4	12
Distimia	1	3
Depresión moderada	1	3
Episodio depresivo mayor	1	3
Trastorno de ansiedad generalizado	1	3
Trastorno disociativo de conversión	1	3
Trastorno por dolor somatomorfo	1	3
Total	33	100.0

Grafico 1



Índice de Hernández para riesgo de causa de pérdida de peso involuntaria de causa neoplásica

Tabla 4. Asociación pruebas psiquiátricas y diagnóstico de pérdida de peso involuntaria significativa de causa orgánica.			
VARIABLE	RR	IC 95%	<i>p</i>
Test de Hamilton para ansiedad	3.059	0.777 – 12.049	0.068
Test de Hamilton para depresión	2.14	0.827 -5.55	0.166
Test de Minimental para el estado Mental	-	-	-