

11227



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA
DE MEXICO**

FACULTAD DE MEDICINA
DIVISION DE ESTUDIOS DE POSTGRADO
CENTRO MEDICO NACIONAL "20 DE NOVIEMBRE",
I.S.S.S.T.E.

¿CUALES SON LAS PRINCIPALES CAUSAS DE PERDIDA DE
PESO INEXPLICABLE EN EL SERVICIO DE MEDICINA
INTERNA DURANTE 4 AÑOS EN EL CMN.
"20 DE NOVIEMBRE".

T E S I S

PARA OBTENER EL TITULO DE:

ESPECIALISTA EN MEDICINA INTERNA

P R E S E N T A

DRA. MARIA DE LOURDES SEGURA RODRIGUEZ

ASESOR: DRA. MARISELA ESCARELA SERRANO

MEXICO, D. F.

FEBRERO 2004



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.

ESTA TESIS NO SALE
DE LA BIBLIOTECA

Autorizo a la Dirección General de Bibliotecas de la UNAM a difundir en formato electrónico e impreso el contenido de mi trabajo recepcional.

NOMBRE: Segura Rodríguez Lourdes

FECHA: 13 Feb, 2004

FIRMA: _____

Segura

[Signature]

DR. MAURICIO DI SILVIO LOPEZ
SUBDIRECTOR DE ENSEÑANZA E INVESTIGACION



Marcos Cabrera

DR. RAFAEL SÁNCHEZ CABRERA
PROFESOR TITULAR DEL CURSO DE MEDICINA INTERNA



I. S. S. S. T. E.
CENTRO MEDICO NACIONAL
"20 DE NOVIEMBRE"

Mariela Escarela Serrano

DRA. MARISELA ESCARELA SERRANO
ASESORA DE TESIS

Segura

DRA. MARIA DE L. SEGURA RODRÍGUEZ
RESPONSABLE DE LA INVESTIGACIÓN



DEDICATORIA

A DIOS POR BRINDARME UNA SEGUNDA OPORTUNIDAD

**A MI MADRE MI PADRE,HERMANAS,HERMANO,CUÑADO POR ESTAR
CONMIGO Y POR CREER SIEMPRE EN MI.**

**A MIS PROFESORES POR TRANSMITIR DIA CON DIA SUS
CONOCIMIENTOS,SU EXPERIENCIA DURANTE LA PRACTICA CLINICA**

**EJEMPLOS ACADÉMICOS PROFESORES Y AMIGOS ENTRAÑABLES
DR.ELGUERO PINEDA ENRIQUE
DRA.MARISELA ESCARELA SERRANO
DR.JOSE LUIS AKAKI BLANCAS.**

**A MIS PACIENTES QUE CREYERON EN MI Y QUE ME PERMITIERON CRECER
ACADÉMICAMENTE .**

**A MIS COMPAÑEROS POR SU GRAN APOYO ,SU AMISTAD Y SU
CONFIANZA EN EL TIEMPO QUE COMPARTIMOS JUNTOS.**

INDICE

I.- INTRODUCCIÓN

II.-MATERIAL Y METODOS

III.-RESULTADOS

IV.-ANÁLISIS Y DISCUSIÓN

V.-CUADROS Y GRAFICAS

VI.-BIBLIOGRAFIA

CENTRO MEDICO NACIONAL " 20 DE NOVIEMBRE"

TITULO: ¿ CUALES SON LAS PRINCIPALES CAUSAS DE PERDIDA .
DE PESO INEXPLICABLE EN EL SERVICIO DE MEDICINA INTERNA
DURANTE 4 AÑOS, EN EL CMN 20 DE NOVIEMBRE .

MARCO TEÓRICO

La pérdida de peso no intencional es un problema poco frecuente en la práctica clínica, la pérdida de peso y la reducción de masa corporal representa un serio problema.

Estos pacientes con pérdida de peso tienen que mantener en observación, ya que son múltiples las posibles etiologías y los factores a considerar en este grupo tan selecto, el estudio racional de estos pacientes intrahospitalariamente esta basado en la importancia biológica, psicológica y factores sociales, identificados durante la historia clínica y el examen físico. La revisión de la fisiopatología en previos estudios unidireccionales de pérdida de peso plantean una formula práctica para realizar un protocolo de evaluación y manejo. En los diversos estudios recopilados se observa que el objetivo es evidenciar las etiologías de la pérdida de peso, por lo que no se tiene una adecuada línea de trabajo para diagnóstico, el último estudio reportado en Medline de origen latinoamericano fue 1989, publicado en la Revista de Investigación Clínica .

Se describe que la pérdida de peso esta determinada por una compleja interacción entre la ingesta de calorías, la absorción y la utilización .Múltiples factores influyen en la interacción, la presentación de pérdida de peso se eleva en pacientes de la quinta y sexta década de la vida .Estudios longitudinales acerca de pérdida de peso demuestran que por cada década se pierden de 1 a 2 K después de los 30 años.

Se define clínicamente como pérdida de peso no intencional, cuando se pierde (10 libras),4.5 k, ó más que significa el 5% del peso corporal total en un tiempo de 6 a 12 meses, especialmente si la pérdida de peso es progresiva.

I.-INTRODUCCION

FISIOPATOLOGÍA DE LA PERDIDA DE PESO

El mecanismo de la pérdida de peso en la mayoría de los pacientes se relaciona con la ingesta calórica, la absorción, y su utilización; La ingesta balanceada que requiere cada individuo, la alteración de los diferentes componentes tiene efectos directos en el peso de los pacientes por ejemplo: la disminución de ingesta calórica modifica las células intestinales causando náuseas, anorexia, anormal saciedad temprana. La absorción puede ser modificada puede ser alterada por una modificación de la motilidad gástrica, intestinal alteraciones de la función exocrina del páncreas, alteraciones de la capacidad de absorción de la mucosa intestinal, el cambio de ph con modificación de flora intra lumbinales, ingesta de medicamentos y otros.

Los mediadores de la anorexia son las (inter leucinas) IL1, (el factor de necrosis tumoral)FNT, la caquectina y sustancias humorales ,que son agentes anorexigenicos que estimulan la corticotropina,y condicionan pérdida de masa ponderal.

ETIOLOGÍAS ORGANICAS DE LA PERDIDA DE PESO

Se enlistan en orden decreciente de frecuencia, en una revisión realizada a 88 artículos de 6 países:

CANCER

Las tumoraciones malignas se presentan en 1 de cada 3 pacientes con pérdida de peso inexplicable ,los signos y síntomas no son siempre sugestivos de una tumoración y el cuadro clínico se expresa con pérdida de peso, se relacionan con tumores: gastrotointestinales,hepatobiliares, hematológicos,pulmonares,bronquiales, genitourinarios , de próstata y ovario.

DESORDENES GASTROINTESTINALES

Son las más comunes etiologías no malignas identificadas en 15 pacientes de cada 100 casos , las etiologías descritas son úlcera péptica, síndrome de dismotilidad, enfermedad inflamatoria inespecífica, pancreatitis crónica, enfermedad celiaca, constipación, atrofia de células intestinales, problemas orales, se detectan los signos y síntomas desde la historia clínica adecuada y se integra con la exploración física.

ENFERMEDADES ENDOCRINAS

La diabetes mellitus y el hipertiroidismo son las más comunes de las endocrinopatías causantes directas de pacientes con pérdida de peso ,los diagnósticos más comunes incluyen feocromocitoma, panhipopituitarismo, insuficiencia adrenal, eh hiperparatiroidismo.

INFECCIONES

La tuberculosis, enfermedades por hongos, parasitosis, endocarditis bacteriana, SIDA y otras enfermedades que se presentan en pacientes con inmunodeficiencia. En este rubro destaca la ocupación, parejas sexuales, nivel económico, además de estilo de vida.

MEDICAMENTOS

Todos los medicamentos tienen un potencial para ocasionar pérdida de peso, destacando los efectos en pacientes geriátricos ya que causan estado nauseoso, anorexia, vómito, diarrea, disgeusia, mala absorción y utilización de nutrientes.

ENFERMEDADES CARDIOVASCULARES

El primer mecanismo por el que el paciente presenta pérdida de peso es el incremento del metabolismo y disminución del apetito, además de la reducción de ingesta calórica. La caquexia es una frecuente complicación de la Insuficiencia Cardíaca Congestiva, con un incremento del gasto cardíaco inicialmente y posteriormente su reducción, además de asociarse también con la presencia de Isquemia Mesentérica, Angina Intestinal, estas dos últimas tienen un cuadro agudo.

ENFERMEDADES NEUROLÓGICAS

Cuando existe daño al sistema nervioso ó degeneración (EVC, Esclerosis Múltiple, Demencia) contribuyen a la disfunción visceral causando disfagia, constipación otra limitación importante es la disminución de la ingesta calórica. Otro ejemplo es el Parkinson que se asocia con dismotilidad intestinal, disfunción para la defecación e incremento de las demandas calóricas, aunándose la xerostomía, anorexia y saciedad temprana comprometiendo la ingesta de nutrientes, la disfunción cognoscitiva como la demencia disminuye el interés por la ingesta de alimentos la que lleva a los pacientes a pérdida de peso.

ENFERMEDADES PULMONARES

La Enfermedad pulmonar Obstructiva Crónica incrementa las demandas de oxígeno y por lo tanto realiza consumo del metabolismo basal por la utilización de músculos accesorios para la respiración, la disnea y aerofagia son efectos adversos, la medicación en estos pacientes produce saciedad temprana, anorexia, dispepsia y otros factores que influyen para reducir la ingesta de nutrientes.

ENFERMEDADES RENALES

Los pacientes con uremia presentan anorexia, náuseas, cursan con pérdida crónica de proteína por la orina, en pacientes con Síndrome nefrótico el balance calórico es negativo. Los pacientes que cuentan con tratamiento sustitutivo como la hemodiálisis se acompaña de aumento del metabolismo basal y pérdida de masa corporal total.

ENFERMEDADES DEL TEJIDO CONECTIVO

Las enfermedades inflamatorias crónicas y agudas incrementan la demanda del metabolismo y se asocian con anorexia, con mucho desorden en el balance nutricional, estas enfermedades tienen alteraciones en el gusto (esclerodermia, además de producir muchos disturbios de la motilidad intestinal, disfagia, pseudobstrucción, constipación y vaciado gástrico precoz, dando como resultado disminución de bacterias intra luminales.

ETIOLOGÍAS PSICOSOCIALES.

Blazer y Williams reportaron en 1990 que el 15% de toda la población con depresión tenía pérdida de peso, teniéndolo como criterio mayor únicamente en el 4% del total, el 2 a 3% de paciente que tienen pérdida de peso cursaban con algún tipo de demencia y se encontraban entre los 65 y 79 años, incrementándose a un 20% en pacientes mayores de 80 años.

La depresión y la demencia son problemas diagnosticados en la práctica clínica, los pacientes se caracterizan por apatía, irabilidad, disminución del raciocinio y pérdida de peso por último.

En estudios longitudinales y 8 estudios de revisión en los cuales se estudiaron pacientes portadores de Alzheimer se relaciono la pérdida de peso directamente con las condiciones medicas del paciente como son demencia, depresión deficiencias de folatos y vitamina B12 además de tiamina.

La ansiedad también se asocia con un severo desorden de la función gastrointestinal incluyendo el síndrome de rumiación y dispepsia.

II.-MATERIAL Y METODOS

3.-IDENTIFICACION Y DELIMITACION DEL PROBLEMA

En el servicio de medicina interna al año se registran de 6 a 8 casos de pérdida de peso, para los cuales el seguimiento y abordaje del problema es diferente, por lo que se identifico el problema de costos muy elevados ,mayor tiempo de hospitalización no justificado y utilización inadecuada de recursos. Por lo que pretendemos plantear un protocolo de estudio para estos pacientes para llegar a un diagnóstico precoz.

Se incluyeron pacientes con diagnóstico a su ingreso al servicio de Medicina Interna de pérdida de peso inexplicable.

Se analizaran las patologías más frecuentes que son causantes de pérdida de peso en los pacientes que fueron internados al servicio de Medicina Interna.

Los pacientes que ingresan con pérdida de peso, han sido ya tratados por diversos facultativos lo cual hace su diagnóstico etiológico confuso y tardío.

Los recursos invertidos en estos pacientes en por lo menos el 50% ,son innecesarios y se ahorrarían costos si se tuviese un protocolo de estudio y se correlacionará con una exploración clínica minuciosa.

4.-OBJETIVOS PARTICULARES

- 1.- Identificar un adecuado abordaje en pacientes con pérdida de peso para disminuir su tiempo de hospitalización, gasto de recursos humanos y económicos.
- 2.- Reconocer las etiologías más frecuentes del Síndrome de pérdida de peso en el total de pacientes que fueron hospitalizados de 1999 al 2002.
- 3.- Al finalizar el estudio plantear un protocolo para dar seguimiento a un paciente con pérdida de peso.

DISEÑO DEL ESTUDIO

5.-VARIABLES

Cualitativas:

Nominales Sexo se incluirán masculino y femenino.

Edad de 18 a 100 años

Nacionalidad y Profesión indistinto.

Ordinales Nivel Socioeconómico bajo medio y alto, de acuerdo al reporte de trabajo social.

Cuantitativas.

Discontinuas Se incluirán a todos los pacientes que habiten en casa ,que estén al cuidado de sus hijos ó enfermeras
Se excluirán los que habiten asilos .

Continuas
Peso actual y peso previo
Talla
IMC
Laboratoriales de la **Primera fase** de estudio
BH, QS, ES. Pruebas de funcionamiento hepático
Rx de tórax.
Segunda fase
Marcadores específicos, Mediciones de medicina nuclear
Pruebas de radiología específicas.
Serie esofagogastroduodenal
Transito intestinal
Tercera fase
Hormona del crecimiento, Perfil tiroideo, leucos marcados
niveles de Testosterona, DHL, Proteína purificada .

7.- DISEÑO

Diseño descriptivo ya que pretende mostrar las características de la pérdida de peso en un paciente sin intervenir en los acontecimientos.

Se acudió a archivo clínico del CMN 20 de Noviembre y se realizó un registro sobre los datos clínicos, laboratoriales y de diagnóstico.

Prospectivo se recabaron periódicamente información ya que se planeaba realizar este estudio desde que se reabrió el Hospital por la mayor frecuencia de presentación y los altos costos para el servicio de Medicina Interna.

No experimental ya que se limita a la observación de las diferentes variables, y los resultados no son manipulados por el investigador.

Es un diseño epidemiológico y multivariable.

8.- MUESTRA

Desde Enero de 1999 a Abril del 2002 el total de ingresos registrados en el servicio de Medicina interna fueron 836, de los cuales 318 fueron hombres y 518 mujeres.

Se incluyeron a todos los pacientes que ingresaron al servicio de Medicina Interna con el diagnóstico de pérdida de peso en el periodo de 1999 al 2002.

contando con una edad de 18 a 100 años, que tuviesen una pérdida de peso del 5% ó más en un tiempo de 6 a 12 meses. El objetivo es observar el tipo de estudio y abordaje desde su ingreso, las variables que se controlaron peso, talla, ingesta calórica, y abordaje psicológico, instrumentos estudios de gabinete y laboratorio, medicina nuclear, subrogación.

El total de pacientes incluidos en el periodo de 1999 a 2002 que ingresaron con el diagnóstico de pérdida de peso fueron 109, de los cuales solo se incluyeron 62, 31 mujeres y 31 hombres. El resto de la muestra de población se excluyó debido a que su pérdida de peso era menor de 5% necesario para clasificarlo dentro del estudio.

9.- DETERMINACIÓN DE RECURSOS Y CRONOGRAMA

Con los que cuenta el CMN "20 d Noviembre" para diagnóstico y seguimiento de cualquier paciente.

Se considera que se cuenta con el expediente del paciente en el cual se encuentra ficha de identificación exploración física y laboratoriales de rutina como son

biometría hemática, química sanguínea ,Electrolitos séricos, Pruebas de funcionamiento hepático.

Estudios Rayos x, Estudios de medicina nuclear, marcadores tumorales, marcadores específicos (leucocitos marcados),Evaluación radiológica y por endoscopia, con toma de biopsia y apoyo de patología para estudios Histopatológicos.

Estudios especiales como Medula ósea.

Apoyo por parte del servicio de Psiquiatría y psicología para los pacientes con diagnóstico de demencia y Enfermedad de Alzheimer.

10.-ESTIMACION DE PELIGRO CONSIDERADO

Ninguno ya que el estudio es observacional y multifactorial,se da seguimiento al grupo de estudio sin intervenir en tratamiento ó iniciar farmacoterapia de experimentación.

11.-REPORTE ESTADÍSTICO

El interés del estudio es señalar los día de estancia intra hospitalaria y la utilización indiscriminada de estudios ,como en el estudio se incluyen variables numéricas como % pérdida de peso y tiempo de estancia puede realizarse el cálculo de algunas medidas tales como frecuencia acumulada,media,moda y varianza con coeficiente de correlación, en el caso de ser cualitativa como nivel socioeconómico edad y sexo se podrá utilizar del tipo de ji cuadrada.

III .-RESULTADOS

En el periodo comprendido de febrero 1999 a febrero 2002, se ingresaron al servicio un total de 836 pacientes 318 hombres y 518 mujeres ,de los cuales 109 pacientes eran portadores del diagnóstico de **pérdida de peso en estudio**, excluyéndose para el estudio 37 pacientes (40,33%) por motivos justificados como pérdida de peso menor del 5% de peso corporal total en un tiempo de 6 a 12 meses previos a su ingreso al servicio (37.21%) y pacientes que provenian de asilos (3.7%).

El Universo del estudio se documento en 62 pacientes ,31 hombres (50%) y 31 mujeres (50%),la edad promedio oscilo en 45.65 años con una desviación estandar de 20.74 años (Tabla 2 Figura II).

Los estados comorbidos presentes como primera causa :CANCER de diferente estirpe encontrándose en 20 pacientes (32.25%) ,la segunda causa fue TRANSTORNOS GASTROINTESTINALES no malignos presente en 10 pacientes (16.21%) y como tercera causa ENFERMEDADES INFECCIOSAS en donde resalta el SIDA Y Tuberculosis en 5 pacientes (7.69%),el resto fueron secundarias a Enfermedades del Tejido Conectivo, Neurológicas y Psicosociales.

El nivel socioeconómico denoto una mayor presentación el el nivel alto (41.9%),seguido por nivel medio (40.3%) y nivel bajo 17.7%) . (Tabla 4 Figura IV)

El promedio de estancia de días en hospitalización en los pacientes ingresados por el diagnóstico de pérdida de peso fue de 28 días con una media de 86 días y desviación estandar de 36.12 días. (Tabla 5 Figura V)

El porcentaje de pérdida de peso promedio fue de 7.10% ,encontrándose a 17 pacientes en un rango de perdida de peso de 5 % a 5.80%, 12 pacientes entre el rango de 6% a 6.9%, 13 pacientes entre 7% a 7.80%,3 pacientes 8 a 8.80%, 14 pacientes oscilaron en un rango de 9% a 31%. (Tabla 6 Figura VI)

Los estudios de rutina realizados en el total de la muestra de pacientes con pérdida de peso reporto una media de 93.10 estudios reportados en el expediente médico y electrónico,con una moda de 67 y una desviación estandar de 44.19.Los estudios de primera fase que se describen como Depuración de creatinina,proteínas totales,calcio y fosfatos,hemocultivos seriados refieren una media de 17.60, moda de 12,y una desviación estandar de 41.62. (Tabla 8 Grafica VIII)

Los estudios de la segunda fase que abarcan a los Estudios de medicina nuclear,(folatos complejo B12) Electroforesis, proteínas, Anticuerpos específicos, niveles de vitaminas liposolubles, Leucocitos marcados, Evaluación gastroenterológica, SEG, Transito intestinal, Endoscopia; Angiografía mesentérica y Doppler mesentérico, Pruebas de absorción gástrica, encontrándose una media de 109 pruebas, con una moda de 12, y una desviación estandar de 20.29.

Los estudios que conforman la tercera fase se describen como cuantificación de proteínas purificadas, Perfil tiroideo, cuantificación de Hormona del crecimiento, perfil antiinflamatorio, VSG, Ac antinucleares, Anticuerpos de fase aguda y crónica, células LE, y reporte Histopatológico se concluyo con una media de 41.5, moda estadística 2 y desviación estandar de 25.86.

IV.- ANÁLISIS Y DISCUSIÓN

En los 62 pacientes incluidos en el estudio con el diagnóstico de pérdida de peso se encontro homogeneidad por sexo, Los resultados del estudio realizado en el CMN 20 de Noviembre tuvieron resultados similares en cuanto a causas de comorbilidad ,con el estudio multicéntrico de la Clínica Mayo Septiembre 2001, que enmarcan como primera causa el CANCER que se presento en 1 de cada 3 pacientes con pérdida de peso, en el actual estudio reporta un porcentaje de 32.25% del total de la muestra, la segunda causa documento desordenes gástricos con un porcentaje de 16.21% ,en el estudio multicéntrico se presento en 15 de 100 pacientes ,la tercera causa Enfermedades infecciosas, con un porcentaje para pacientes de SIDA de 7.69% y para pacientes portadores de Tb de 6.45% las causas que se reportaron como otras se presentaros con 2 casos ó menos enfermedades endocrinas, enfermedades del tejido conectivo, enfermedades neurológicas y por último enfermedades con etiología psicosocial.

Analizando los resultados del estudio resaltan que a mayor número de días de estancia intrahospitalaria es mayor el número de estudios de rutina ,utilizándose indiscriminadamente los recursos básicos del Hospital como son laboratorio central y de urgencias ,también se concluye que disminuye la utilización de estudios de segunda y tercera fase ,aún cuando la estancia intrahospitalaria sea prolongada probablemente por lo condicionado de la realización de estos estudios,de este estudio se podría desprender una segunda parte en el cual se determine el tipo de estudios más frecuentemente solicitado que pertenece en la 1º,2º y tercera fase ,las indicaciones y justificación descrita en la nota de evolución, de esta manera se fortalecería la planeación de un protocolo de seguimiento de un paciente con el diagnóstico de pérdida de peso y su seguimiento de acuerdo a estadios descartándose por frecuencia los procesos de comorbilidad más frecuentes a los que tienen una presentación poco común.

ESTA TESIS NO SALE
DE LA BIBLIOTECA

TABLA 1. FRECUENCIAS POR SEXO.

SEXO	FRECUENCIA	FRECUENCIA ACUMULADA	%	% ACUMULADO
MASCULINO	31	31	50%	50%
FEMENINO	31	62	50%	100%
TOTAL.	62		100%	

GRAFICA I REPORTE DE FRECUENCIAS POR SEXO

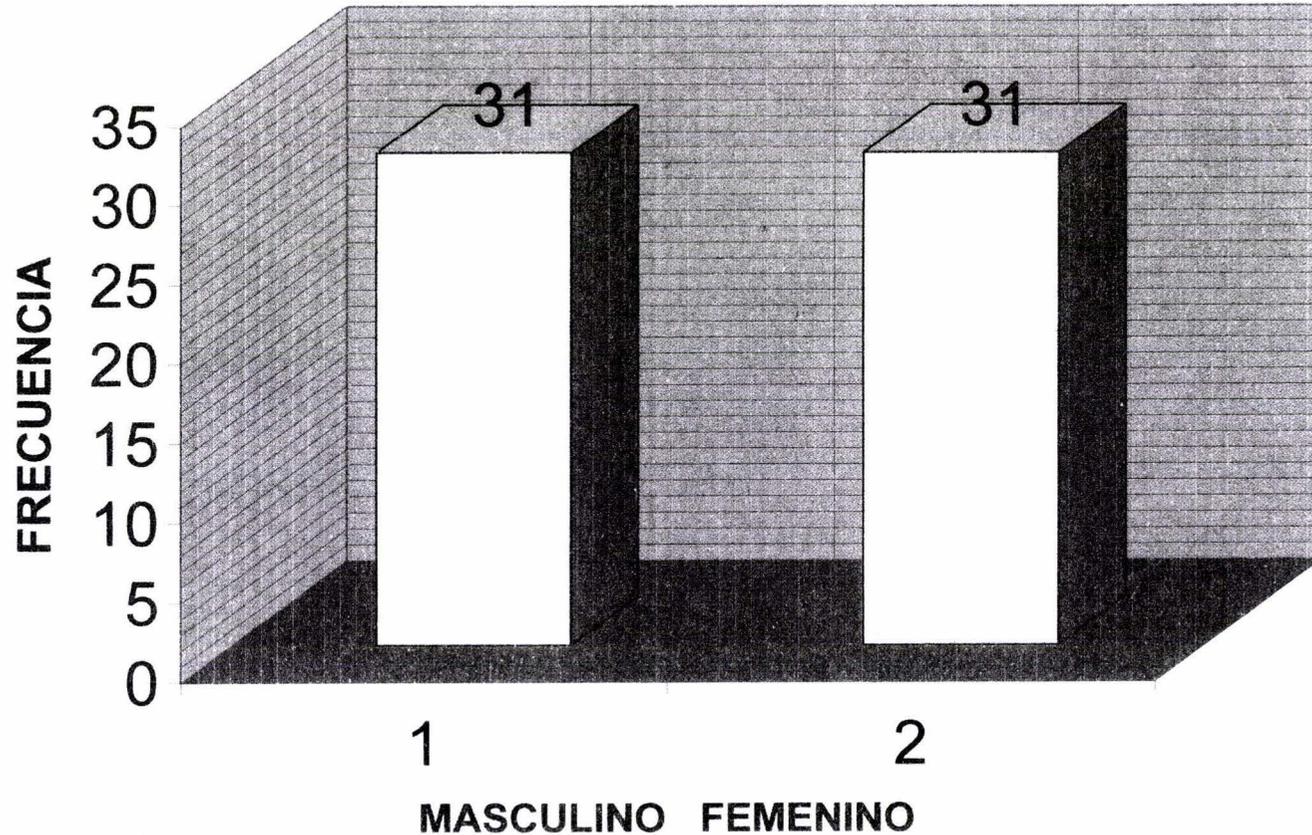


TABLA 2. FRECUENCIAS POR EDADES.

EDAD	FRECUENCIA	FRECUENCIA	PORCENTA	%
		ACUMULADA	JE	ACUMULADO
17	2	2	3.2%	3.2%
18	1	3	1.6%	4.8%
19	1	4	1.6%	6.5%
20	1	5	1.6%	8.1%
30	1	6	1.6%	9.7%
32	1	7	1.6%	11.3%
33	1	8	1.6%	12.9%
34	1	9	1.6%	14.5%
35	1	10	1.6%	16.1%
36	1	11	1.6%	17.7%
38	1	12	1.6%	19.4%
40	1	13	1.6%	21.0%
42	2	15	3.2%	24.2%
44	2	17	3.2%	27.4%
46	2	19	3.2%	30.6%
48	2	21	3.2%	33.9%
49	2	23	3.2%	37.1%
50	1	24	1.6%	38.7%
51	1	25	1.6%	40.3%
54	2	27	3.2%	43.5%
56	3	30	4.8%	48.4%
57	1	31	1.6%	50.0%
58	1	32	1.6%	51.6%
59	1	33	1.6%	53.2%
62	1	34	1.6%	54.8%
64	1	35	1.6%	56.5%
65	2	37	3.2%	59.7%
66	1	38	1.6%	61.3%
68	2	40	3.2%	64.5%
71	1	41	1.6%	66.1%
72	5	46	8.1%	74.2%
73	2	48	3.2%	77.4%
74	1	49	1.6%	79.0%
75	1	50	1.6%	80.6%
76	1	51	1.6%	82.3%
77	1	52	1.6%	83.9%
78	2	54	3.2%	87.1%
80	1	55	1.6%	88.7%
82	1	56	1.6%	90.3%
84	1	57	1.6%	91.9%
86	1	58	1.6%	93.5%
87	2	60	3.2%	96.8%
88	2	62	3.2%	100%
		62	100%	

MEDIA

45.65845795

**DESVIACION
ESTANDAR**

20.7418612

GRAFICA II FRECUENCIAS POR EDADES

MEDIA 45.66

DESVIACION STD 20.64

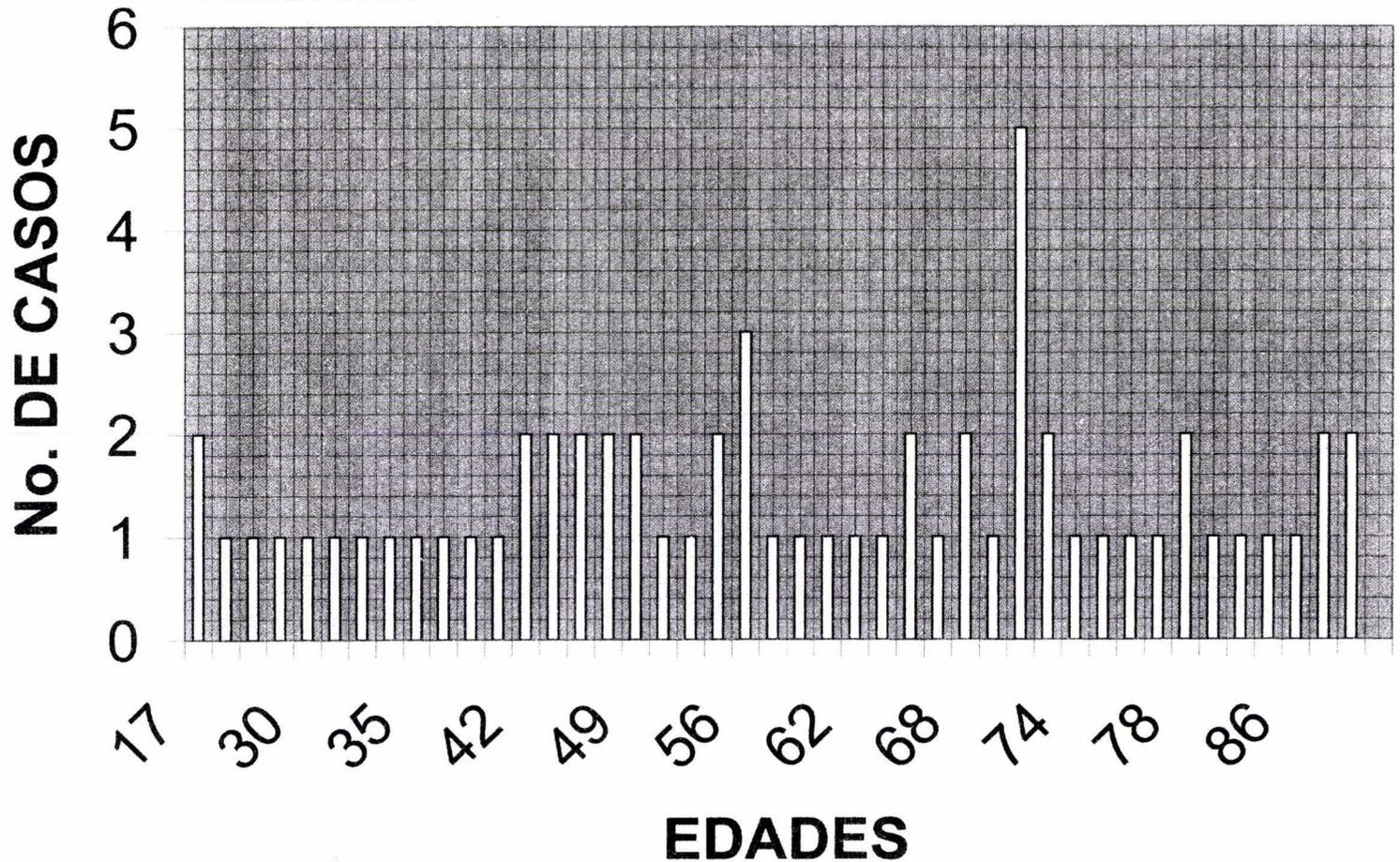


TABLA 3. ENFERMEDADES CONCOMITANTES.

	NUMERO DE CASOS	TIPO DE ENFERMEDAD	FRECUENCIA	FRECUENCIA ACUMULADA	PORCENTAJE %
1	1.0	1	1.0	1.0	1.6%
2	1.0	2	1.0	2.0	1.6%
3	1.0			2.0	0.0%
4	1.0	3	2.0	4.0	3.2%
5	1.0	4	1.0	5.0	1.6%
6	1.0			5.0	0.0%
7	1.0	5	2.0	7.0	3.2%
8	1.0	6	1.0	8.0	1.6%
9	1.0	7	1.0	9.0	1.6%
10	1.0			9.0	0.0%
11	1.0			9.0	0.0%
12	1.0	8	3.0	12.0	4.8%
13	1.0			12.0	0.0%
14	1.0			12.0	0.0%
19	1.0	9	3.0	15.0	4.8%
15	1.0			15.0	0.0%
20	1.0	10	2.0	17.0	3.2%
16	1.0	11	1.0	18.0	1.6%
17	1.0	12	1.0	19.0	1.6%
18	1.0	13	1.0	20.0	1.6%
21	1.0	14	1.0	21.0	1.6%
22	1.0	15	1.0	22.0	1.6%
23	1.0	16	1.0	23.0	1.6%
24	1.0	17	1.0	24.0	1.6%
25	1.0	18	1.0	25.0	1.6%
26	1.0			25.0	0.0%
27	1.0	19	2.0	27.0	3.2%
28	1.0	20	1.0	28.0	1.6%
29	1.0	21	1.0	29.0	1.6%
30	1.0	22	1.0	30.0	1.6%
31	1.0	23	1.0	31.0	1.6%
32	1.0	24	1.0	32.0	1.6%
33	1.0	25	1.0	33.0	1.6%
34	1.0	26	1.0	34.0	1.6%
35	1.0	27	1.0	35.0	1.6%
36	1.0			35.0	0.0%
37	1.0			35.0	0.0%
38	1.0	28	3.0	38.0	4.8%
39	1.0	29	1.0	39.0	1.6%
40	1.0	30	1.0	40.0	1.6%
41	1.0	31	1.0	41.0	1.6%
42	1.0	32	1.0	42.0	1.6%
43	1.0			42.0	0.0%
44	1.0			42.0	0.0%
45	1.0			42.0	0.0%
46	1.0			42.0	0.0%
47	1.0	33	5.0	47.0	8.1%
48	1.0	34	1.0	48.0	1.6%
49	1.0			48.0	0.0%
50	1.0	35	2.0	50.0	3.2%
51	1.0	36	1.0	51.0	1.6%
52	1.0	37	1.0	52.0	1.6%
53	1.0	38	1.0	53.0	1.6%
54	1.0	39	1.0	54.0	1.6%
55	1.0	40	1.0	55.0	1.6%
56	1.0	41	1.0	56.0	1.6%
57	1.0			56.0	0.0%
58	1.0			56.0	0.0%
59	1.0	42	3.0	59.0	4.8%
60	1.0	43	1.0	60.0	1.6%
61	1.0	44	1.0	61.0	1.6%
62	1.0	45	1.0	62.0	1.6%

CANCER	32.21%
GASTROINTEST	16.21%
INFECTUOSAS	7.69%
DIVERSOS	43.89%
100.00%	

62.0	62.0	62.0	100.0%
-------------	-------------	-------------	---------------

GRAFICA III PRESENTACION DE CASOS Y ENFERMEDADES CONCOMITANTES

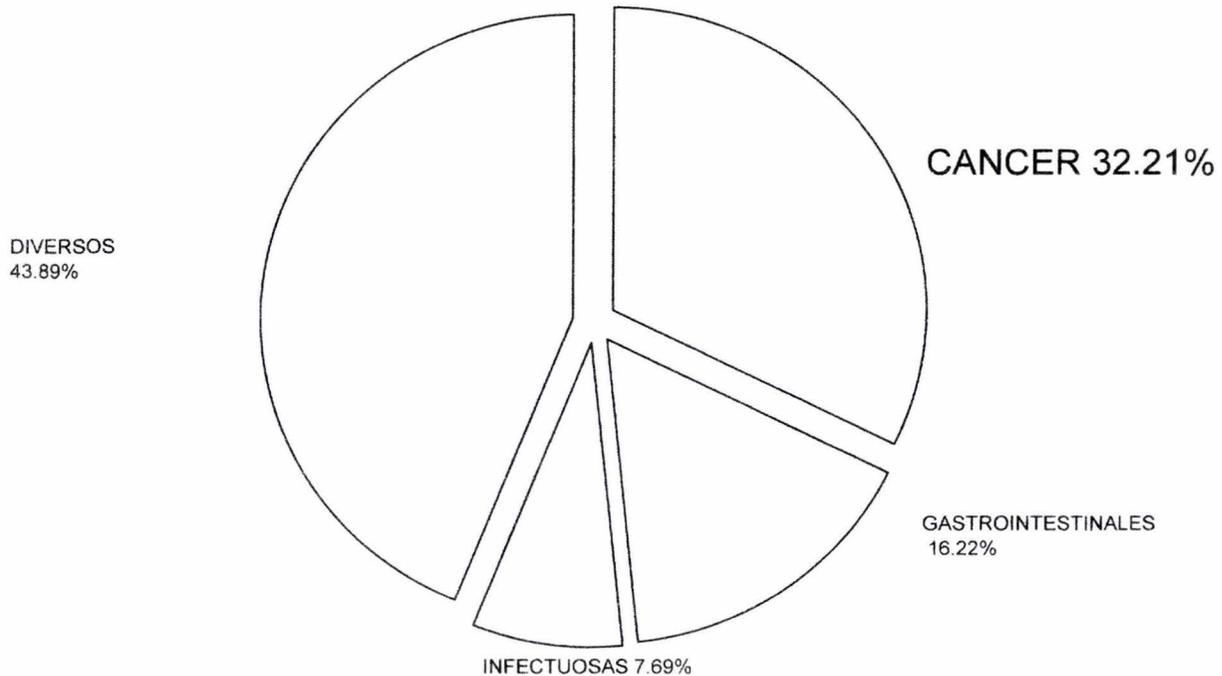


TABLA 4. NIVEL SOCIOECONOMICO.

	FRECUENCIA	FRECUENCIA ACUMULADA	PORCENTAJE	PORCENTAJE ACUMULADA
ALTO	26	26	41.9%	41.9%
MEDIO	25	51	40.3%	82.3%
BAJO	11	62	17.7%	100.0%
TOTAL	62		100%	

**GRAFICA IV FRECUENCIA DE CASOS DE ACUERDO
AL NIVEL SOCIOECONOMICO**

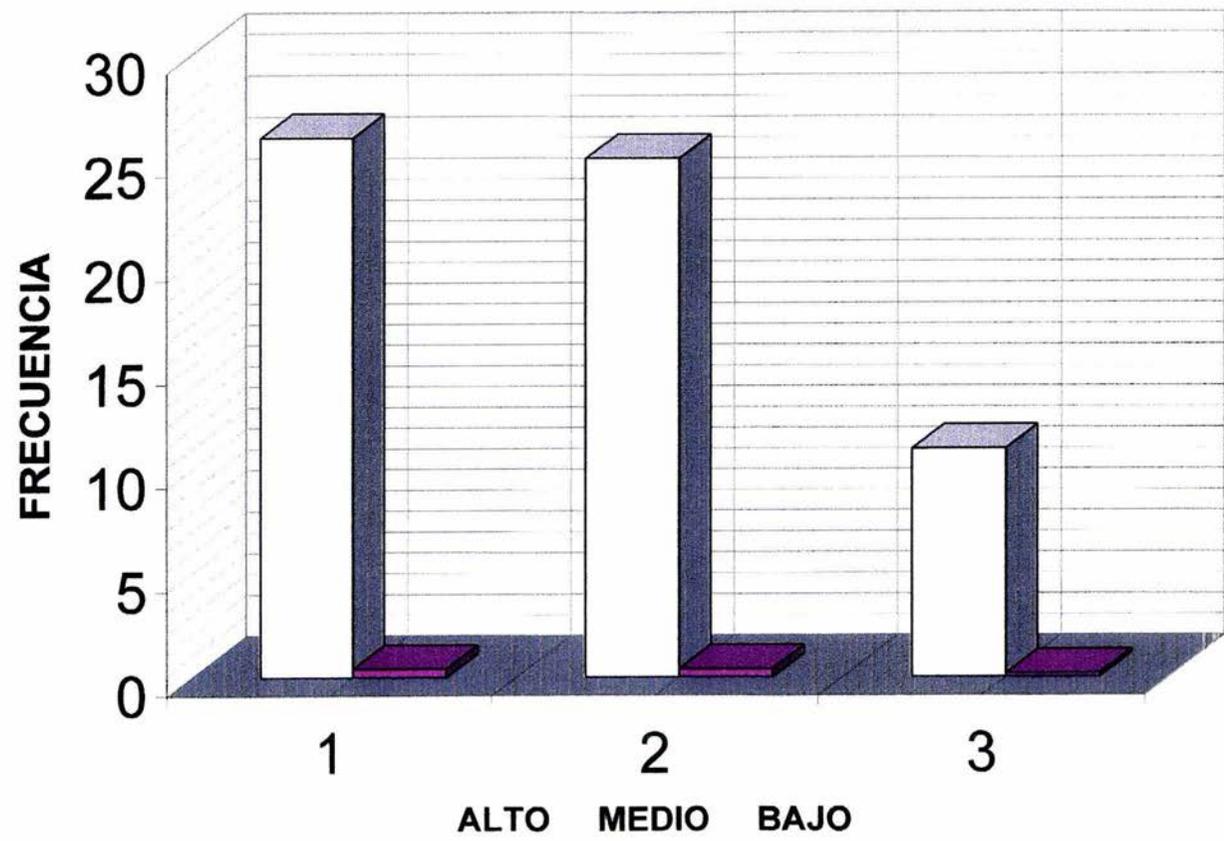


TABLA 5. DIAS ESTANCIA INTRAHOSPITALARIA

DIAS EIH	FRECUENCIA	FRECUENCIA ACUMULADA	PORCENTAJE
3	1	1	1.6%
7	1	2	1.6%
8	1	3	1.6%
9	1	4	1.6%
10	1	5	1.6%
12	1	6	1.6%
13	2	8	3.2%
14	1	9	1.6%
15	1	10	1.6%
17	3	13	4.8%
18	2	15	3.2%
19	2	17	3.2%
20	2	19	3.2%
21	2	21	3.2%
22	1	22	1.6%
25	1	23	1.6%
26	1	24	1.6%
27	1	25	1.6%
28	2	27	3.2%
34	2	29	3.2%
35	3	32	4.8%
36	2	34	3.2%
38	1	35	1.6%
39	1	36	1.6%
41	1	37	1.6%
44	1	38	1.6%
45	1	39	1.6%
50	2	41	3.2%
53	1	42	1.6%
54	2	44	3.2%
55	2	46	3.2%
56	1	47	1.6%
57	2	49	3.2%
61	2	51	3.2%
62	1	52	1.6%
64	1	53	1.6%
67	1	54	1.6%
83	2	56	3.2%
85	1	57	1.6%
113	1	58	1.6%
120	1	59	1.6%
149	1	60	1.6%
167	1	61	1.6%
172	1	62	1.6%
TOTAL	62		100.0%

GRAFICA V RELACION DE ESTANCIA INTRAHOSPITALARIA Y NUMERO DE PACIENTES

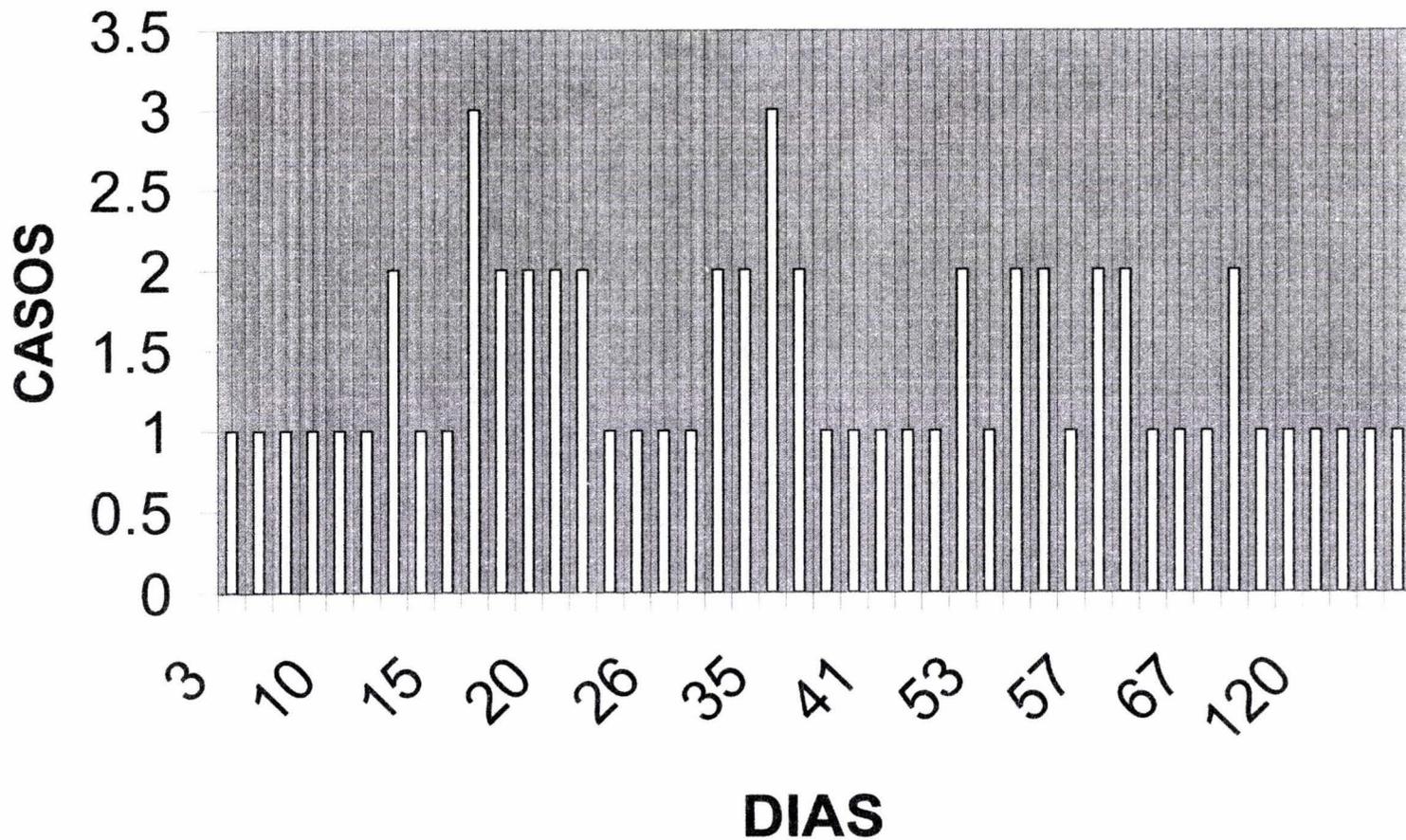


TABLA 6. PORCENTAJE DE PERDIDA DE PESO.

% PERDIDA DE PESO	FRECUENCIA	FRECUENCIA ACUMULADA	%
5.00%	2	2	3.2%
5.10%	2	4	3.2%
5.20%	3	7	4.8%
5.30%	3	10	4.8%
5.60%	1	11	1.6%
5.70%	3	14	4.8%
5.80%	3	17	4.8%
6.00%	1	18	1.6%
6.10%	1	19	1.6%
6.20%	1	20	1.6%
6.30%	1	21	1.6%
6.40%	1	22	1.6%
6.50%	1	23	1.6%
6.60%	2	25	3.2%
6.70%	3	28	4.8%
6.90%	1	29	1.6%
7.00%	1	30	1.6%
7.10%	4	34	6.5%
7.20%	1	35	1.6%
7.50%	3	38	4.8%
7.60%	2	40	3.2%
7.80%	2	42	3.2%
8.00%	1	43	1.6%
8.50%	1	44	1.6%
8.80%	1	45	1.6%
9.00%	2	47	3.2%
9.60%	1	48	1.6%
10.50%	1	49	1.6%
10.90%	1	50	1.6%
11.10%	1	51	1.6%
12.30%	1	52	1.6%
12.50%	1	53	1.6%
12.70%	2	55	3.2%
12.90%	1	56	1.6%
13.90%	1	57	1.6%
15.60%	1	58	1.6%
15.80%	1	59	1.6%
24.70%	1	60	1.6%
29.00%	1	61	1.6%
31.00%	1	62	1.6%
TOTAL	62		100.0%

TABLA 7. NUMERO DE ESTUDIOS DE RUTINA.

ESTUDIOS DE RUTINA	FRECUENCIA	FRECUENCIA ACUMULADA	%
28	1	1	1.6%
34	1	2	1.6%
36	1	3	1.6%
54	1	4	1.6%
56	1	5	1.6%
58	1	6	1.6%
59	1	7	1.6%
65	1	8	1.6%
67	4	12	6.5%
69	1	13	1.6%
74	2	15	3.2%
76	3	18	4.8%
78	1	19	1.6%
84	1	20	1.6%
94	2	22	3.2%
95	3	25	4.8%
96	3	28	4.8%
98	2	30	3.2%
103	2	32	3.2%
104	1	33	1.6%
105	1	34	1.6%
106	1	35	1.6%
108	3	38	4.8%
109	1	39	1.6%
113	1	40	1.6%
117	2	42	3.2%
127	1	43	1.6%
137	1	44	1.6%
139	1	45	1.6%
145	2	47	3.2%
147	1	48	1.6%
148	1	49	1.6%
153	1	50	1.6%
157	1	51	1.6%
175	1	52	1.6%
187	2	54	3.2%
203	1	55	1.6%
204	1	56	1.6%
208	1	57	1.6%
268	1	58	1.6%
304	1	59	1.6%
309	1	60	1.6%
803	1	61	1.6%
904	1	62	1.6%
TOTAL	62		100%

MEDIA 93.10
 MODA 67.00
 DESV. ESTANDAR 144.19
 VARIANZA 20455.26

GRAFICA VII NUMERO DE ESTUDIOS DE RUTINA POR PACIENTE

MEDIA 93.10

MODA 67.00

DESV.STD. 144.19

VARIANZA 20455.26

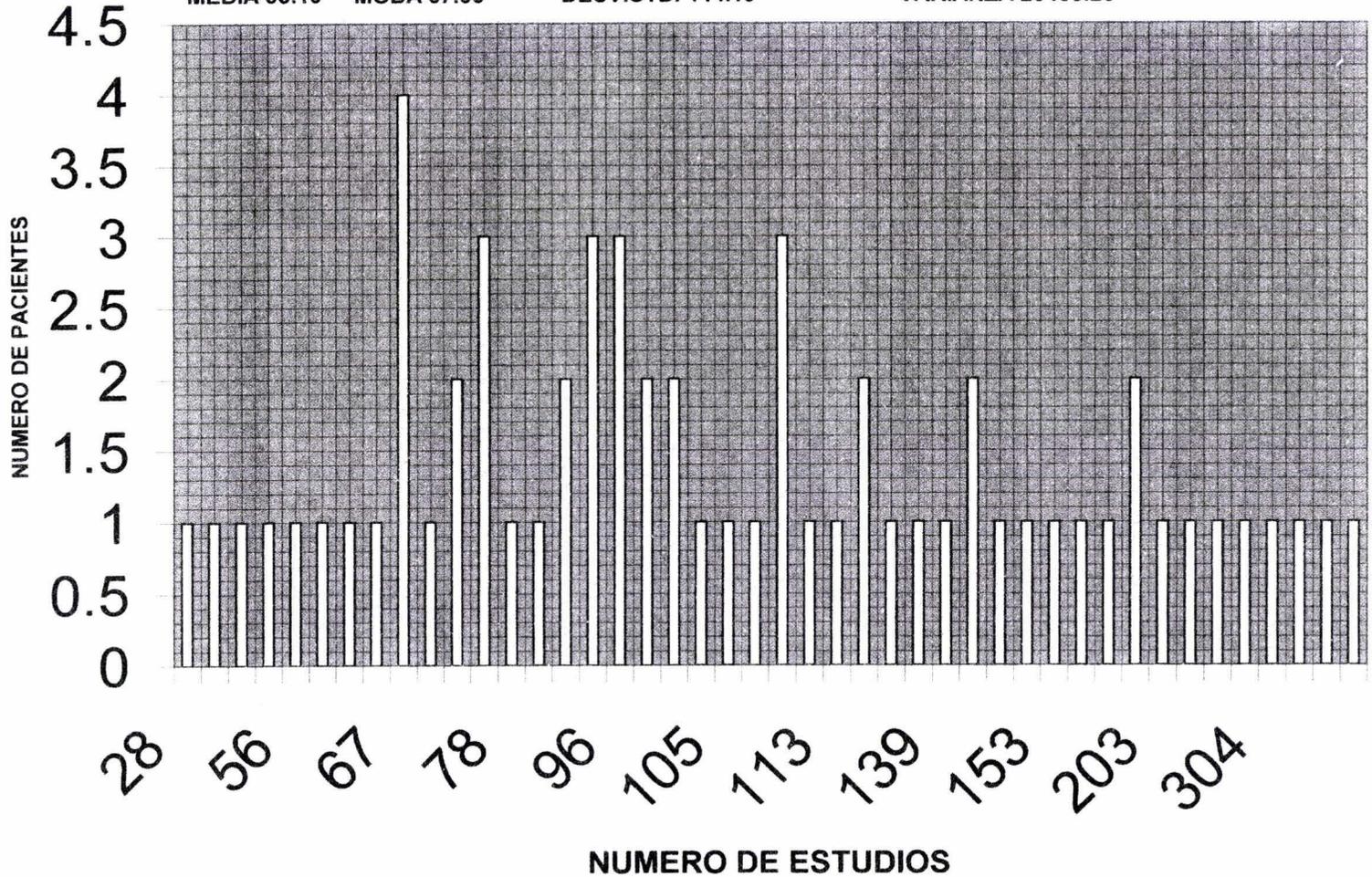


TABLA 8. NUMERO DE ESTUDIOS 1a FASE.

ESTUDIOS DE 1a FASE	FRECUENCIA	FRECUENCIA ACUMULADA	%
4	2	2	3.2%
6	2	4	3.2%
7	2	6	3.2%
10	1	7	1.6%
11	1	8	1.6%
12	9	18	14.5%
13	2	20	3.2%
16	1	21	1.6%
18	1	22	1.6%
21	2	24	3.2%
23	3	27	4.8%
24	2	29	3.2%
25	1	30	1.6%
27	1	31	1.6%
28	2	33	3.2%
32	4	37	6.5%
33	1	38	1.6%
34	3	41	4.8%
35	3	44	4.8%
36	1	45	1.6%
38	1	46	1.6%
39	1	47	1.6%
42	1	48	1.6%
43	2	50	3.2%
45	3	53	4.8%
54	1	54	1.6%
56	1	55	1.6%
64	1	56	1.6%
95	1	57	1.6%
103	1	58	1.6%
118	1	59	1.6%
145	1	60	1.6%
204	1	61	1.6%
209	1	62	1.6%
TOTAL	62		100%

MEDIA 17.60
 MODA 12.00
 DESV. ESTANDAR 41.02
 VARIANZA 1655.66

TABLA 9. NUMERO DE ESTUDIOS 2a FASE.

ESTUDIOS DE 2a. FASE	FRECUENCIA	FRECUENCIA ACUMULADA	%
0	7	7	11.3%
1	2	9	3.2%
2	3	12	4.8%
3	3	15	4.8%
4	5	20	8.1%
5	6	26	9.7%
6	4	30	6.5%
7	5	35	8.1%
8	1	36	1.6%
9	3	39	4.8%
10	1	40	1.6%
11	2	42	3.2%
12	6	48	9.7%
13	1	49	1.6%
14	2	51	3.2%
17	1	52	1.6%
18	2	54	3.2%
22	1	55	1.6%
23	1	56	1.6%
24	1	57	1.6%
28	1	58	1.6%
32	1	59	1.6%
72	1	60	1.6%
105	1	61	1.6%
107	1	62	1.6%
TOTAL	62.00		100%

DESV. ESTANDAR 20.29
VARIANZA 411.69

TABLA 10. NUMERO DE ESTUDIOS 3a FASE.

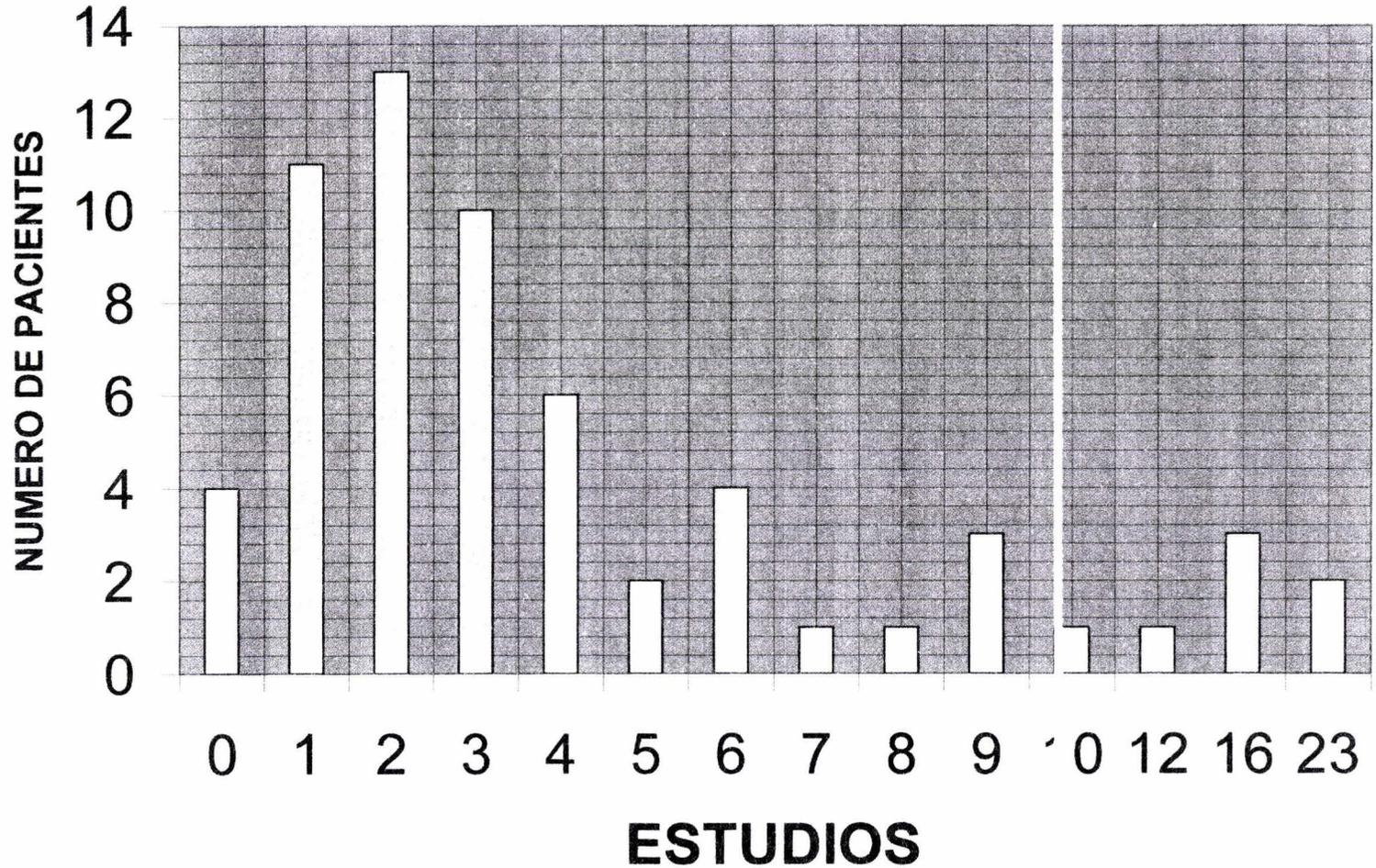
ESTUDIOS DE 3a. FASE	FRECUENCIA	FRECUENCIA ACUMULADA	%
0	4	4	6.5%
1	11	15	17.7%
2	13	28	21.0%
3	10	38	16.1%
4	6	44	9.7%
5	2	46	3.2%
6	4	50	6.5%
7	1	51	1.6%
8	1	52	1.6%
9	3	55	4.8%
10	1	56	1.6%
12	1	57	1.6%
16	3	60	4.8%
23	2	62	3.2%
TOTAL	62		100%

DESV. ESTANDAR 5.08
VARIANZA 25.86

GRAFICA X NUMERO DE ESTUDIOS 3a. FASE POR PACIENTE

DESV. STD. 5.08

VARIANZA 25.86



RECOLECCION DE DATOS POR EXPEDIENTE

FICHA DE IDENTIFICACIÓN

NOMBRE.-----

EDAD.-----

GENERO.-----

NIVEL SOCIOECONÓMICO SEGÚN NOTA DE TRABAJO SOCIAL.-----

FECHA DE INGRESO

FECHA DE EGRESO

CARACTERÍSTICAS CLINICAS

PESO PREVIO----- PESO ACTUAL----- TALLA-----
—IMC----- % PERDIDA DE PESO-----

ANOREXIA	SI	NO
DISGEUSIA	SI	NO
DISFAGIA	SI	NO
DIARREA	SI	NO
ENFERMEDAD CRÓNICA	DM ₂	HAS EPOC I RENAL CRÓNICA
DEPRESIÓN	CANCER	
DEMENCIA	DIAGNOSTICO 1 AÑO PREVIO	
INGESTA DE DROGAS Ó ALCOHOL	SI	NO
DIETA EN CALORÍAS	DIAGNOSTICO 1 AÑO PREVIO	

EXPLORACIÓN FÍSICA SE SEÑALA ÚNICAMENTE ALGO POSITIVO.

APARIENCIA	CARDIOVASCULAR
TALANTE	PULMONAR
PIEL Y LINFÁTICOS	PÉLVICO Y GENITAL
GASTROINTESTINAL	TACTO RECTAL
MUSCULOESQUELÉTICO	NEUROLÓGICO (MMSE)
PROSTATA	

HB	HTO	VCM	CMHC	LEUCOS	LINFOS
QS	CALCIO	FOSFATO	PFH		
CREATININA		DEP DE CREATININA		PROTEINAS	
TOTALES					
ALBÚMINA.					

RX DE TORAX

HEMOCULTIVOS SERIADOS.

SEGUNDA FASE DE DIAGNOSTICO

ESTUDIOS NUCLEARES	FOLATOS	COMPLEJO B ₁₂
ELECTROFÓRESIS DE PROTEINAS	ANTICUERPOS ESPECIFICOS-----	

NIVELES DE VITAMINAS LIPOSOLUBLES
LEUCOCITOS MARCADOS

EVALUACIÓN GASTROENTEROLOGICA

SERIE ESOFAGOI GASTRODUODENAL SI NO RESULTADO
TRANSITO INTESTINAL SI NO RESULTADO
ENDOSCOPIAS CON TOMA DE BIOPSIA SI NO RESULTADO
ANGIOGRAFIA MESENTERICA
DOPLER MESENTERICO

INVESTIGACIÓN FUNCIONAL DE ABSORCIÓN GÁSTRICA SI NO
INVESTIGACIÓN FUNCIONAL DE ABSORCIÓN INTESTINAL SI NO

TERCERA FASE DE EVALUACIÓN

LABORATORIOS ESPECIFICOS

PROTEINA PURIFICADA DERIVATIVA	SI	NO
HORMONA DEL CRECIMIENTO	SI	NO
HORMONAS TIROIDEAS	SI	NO
PERFIL INFLAMATORIO	VSG AC.ANTINUCLERARES	CELULAS LE
	PCR PARA TUBERCULOSIS	AMIOIDOSIS
HISTOPATOLÓGICOS	CAVIDAD ORAL	
	ESÓFAGO	
	ESÓMAGO	
	COLON	
VALORACIÓN PSIQUIATRICA	SI	NO
VALORACIÓN PSICOLÓGICA.	SI	NO

DIAGNOSTICO FINAL
DIAS DE ESTANCIA INTRAHOSPITALARIA-

VI.- BIBLIOGRAFIA

- 1.-GARCIA R.Involuntary weight loss as a clinical problem.-Revista de Investigación Clínica 41(1): 5-9 Jan .Mar 1989.
- 2.-MARTIN D.C. B12 and folate deficiency dementia.Clin Geriatri Med 1988 4:841-852. Med line.
- 3.-COLE M,Prchal JF.Low serum vitam B12 in Alzheimer-type dementia and Weigth Loss,Am J Clin 1984 (Med Link)
- 4.-BOURAS,M.D,Lange M.D, Rational Approach to Patients With Unintentional Weight Loss.Mayo Clinic Proceedings Review ,76,Sep 2001,923 -929.
- 5.-ROBBINS LJ,Evaluation of weight in the loss in the elderly.Geriatrics . 1989,Vol 44:31 ,pp 31- 34
- 6.-LANKISCH P.Gerzmann J.F- Unintentional weight loss diagnosis and prognosis.Journal of Internal Medicine. 249(1) 41-6,2001 Jan.
- 7.-WANNAMMETHEE SG,Shaper AG,Characteristics of older men who lose weight intentionally or unintentionally.American Journal of Epidemiology.-151 (7):pp 665-675 . 2000 Apr 1.