



**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"**

**"UTILIDAD DE PISTAS DIAGNOSTICAS EN EL ABORDAJE CLINICO DE  
PACIENTES CON PERDIDA DE PESO INVOLUNTARIA"**

**T E S I S**

QUE PARA OBTENER EL TITULO EN  
LA ESPECIALIDAD DE:

**MEDICINA INTERNA**

PRESENTA:

**DRA. CLAUDIA AZUCENA VOLANTIN CAMPOS**

**ASESORA DE TESIS :**

**DRA. MARÍA EUGENIA GALVÁN PLATA**



MÉXICO, D. F.

FEBRERO 2008



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.

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

DIVISION DE ESTUDIOS DE POSTGRADO  
FACULTAD DE MEDICINA  
INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL  
DELEGACION SUR DEL DISTRITO FEDERAL  
UMAE HOSPITAL DE ESPECIALIDADES CMN SIGLO XXI

**UTILIDAD DE PISTAS DIAGNOSTICAS EN EL ABORDAJE CLINICO DE  
PACIENTES CON PERDIDA DE PESO INVOLUNTARIA.**

TESIS QUE PRESENTA

**DRA. CLAUDIA AZUCENA VOLANTIN CAMPOS**

PARA OBTENER EL DIPLOMA EN LA  
ESPECIALIDAD EN MEDICINA INTERNA

ASESOR

**DRA. MARÍA EUGENIA GALVÁN PLATA**

MEXICO, DF.

FEBRERO 2008

---

DRA. DIANA G. MENEZ DÍAZ  
JEFE DE LA DIVISION DE EDUCACION E INVESTIGACIÓN EN SALUD.  
UMAE HOSPITAL DE ESPECIALIDADES CMN SIGLO XXI.

---

DR. JOSE HALABE CHEREM.  
PROFESOR TITULAR DEL CURSO DE MEDICINA INTERNA  
HOSPITAL DE ESPECIALIDADES CMN SIGLO XXI

---

DRA. MARÍA EUGENIA GALVÁN PLATA  
ASESOR DE TESIS  
MEDICO ADSCRITO HOSPITAL DE ESPECIALIDADES CMN SIGLO XXI

## **AGRADECIMIENTOS**

---

### **A mi madre:**

Por su incondicional amor y paciencia, por enseñarme a valorar los pequeños detalles de la vida.

### **A mi padre:**

En quien hasta el último momento fue un ejemplo de fortaleza y sabiduría.

### **A mi hermano:**

Por haber creído en mí todos estos años...

### **A Emiliano:**

Gracias por haber estado conmigo en los momentos más difíciles, sin ti esto no hubiera sido posible.

# INDICE

---

RESUMEN.....	1
INTRODUCCION.....	3
OBJETIVOS.....	4
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	5
MATERIAL Y METODOS.....	8
RESULTADOS.....	12
DISCUSIÓN.....	34
BIBLIOGRAFIA .....	38

## RESUMEN.

---

### “UTILIDAD DE PISTAS DIAGNOSTICAS EN EL ABORDAJE CLINICO DE PACIENTES CON PERDIDA DE PESO INVOLUNTARIA”

**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 continua siendo la causa más frecuente, siguiéndole las enfermedades Psiquiátricas.

**Pacientes y métodos:** Se revisaron los censos del servicio de Medicina Interna del Hospital de Especialidades del Centro Médico Nacional Siglo XXI, se seleccionaron a los pacientes que ingresaron con el diagnóstico de pérdida de peso involuntaria y que cumplieron con los criterios de inclusión, dentro del periodo de tiempo comprendido de enero 2002 a febrero 2007.

**Resultados:** Se revisaron 55 expedientes de pacientes con diagnóstico de pérdida de peso involuntario, se analizaron los síntomas y signos (cada uno o en combinación) y su relación con el diagnóstico final encontramos correlación positiva. Las enfermedades mas frecuentes fueron las Oncológicas 10 casos, (18.18%) siguiéndole Psiquiátricas 7 casos (12.73%) y de Aparato Digestivo 15 casos (27.27%); lo cual coincide con los resultados reportados en la literatura a nivel Mundial.

**Conclusiones:** Con los resultados obtenidos en este estudio determinamos que si existe correlación positiva entre las pistas clínicas (signos y síntomas) obtenidas de la historia clínica completa, y el diagnóstico definitivo realizado en estos pacientes.

## INTRODUCCION.

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, clínicamente importante 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>

Es un problema frecuente en la práctica clínica, sobre todo en ancianos; en personas mayores de 65 años no hospitalizados, se encontrado que del 8% al 27% tienen pérdida ponderal significativa; y, así mismo los pacientes del mismo

grupo de edad que se encuentran en asilos presentan pérdida de peso no intencionada en un porcentaje reportado del 50% al 65%.<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 involuntaria encontró:<sup>(1)</sup>

1. El cáncer como la más frecuente entre las causas orgánicas.
2. Enfermedades Psiquiátricas.

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 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 aportan 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.

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>; 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.<sup>(4)</sup>

Por lo tanto la importancia de realizar el presente estudio fue considerar cualquier signo, síntoma, resultado de laboratorio o gabinete, como pista diagnóstica, y valorar si éstos conducen a un diagnóstico de certeza.

## OBJETIVOS

---

### **OBJETIVO GENERAL:**

Determinar cuáles son las manifestaciones clínicas más frecuentes en los pacientes que ingresan con el diagnóstico de pérdida de peso involuntaria y su utilidad para establecer el diagnóstico final.

### **OBJETIVOS ESPECÍFICOS:**

1. Determinar cuál es la etiología más frecuentemente diagnosticada en los pacientes con pérdida de peso involuntaria.
2. Determinar la correlación entre las principales manifestaciones clínicas y el diagnóstico final de la patología responsable de la pérdida de peso.
3. Determinar el estudio paraclínico mediante el cual se realizó el diagnóstico de la patología responsable de la pérdida de peso

.

## PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.

Las pistas diagnósticas en el abordaje clínico de los pacientes con pérdida de peso involuntaria, ¿Reducen el tiempo de estudio y determinan un diagnóstico definitivo?

## JUSTIFICACIÓN.

El protocolo de estudio de un paciente con pérdida de peso involuntaria, 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.

Se ha propuesto que un adecuado interrogatorio, una exploración física exhaustiva y la realización de exámenes de laboratorio dirigidos a los hallazgos clínicos, podría permitir en la mayoría de los casos realizar el diagnóstico final de la patología responsable de la pérdida de peso. Esto disminuiría costos, estancia hospitalaria y molestias para los pacientes.

Se realizó el presente estudio retrospectivo, con el objetivo de determinar si el abordaje diagnóstico clínico (signos y síntomas pivote) y estudios paraclínicos han sido de utilidad para realizar el diagnóstico en los pacientes con pérdida de peso involuntaria, hospitalizados en el Servicio de Medicina Interna del Hospital de especialidades del Centro Médico Nacional Siglo XXI.

## MATERIAL Y METODOS

---

### 1. TIPO DE ESTUDIO.

Transversal, observacional, descriptivo y retrospectivo.

### 2. UNIVERSO DE TRABAJO.

Se revisaron los censos del servicio de Medicina Interna del Hospital de Especialidades del Centro Médico Nacional Siglo XXI, se seleccionaron a los pacientes que ingresaron con el diagnóstico de pérdida de peso involuntaria en estudio y que cumplieron con los criterios para pérdida de peso involuntaria dentro del periodo de tiempo comprendido de enero 2002 a febrero 2007.

### 3. DESCRIPCIÓN DE VARIABLES SEGÚN METODOLOGÍA.

#### A) VARIABLE INDEPENDIENTE:

- **Pérdida de peso involuntaria.**

*Definición conceptual:* Disminución del peso corporal sin una causa justificada (dieta, ejercicio).

*Definición operativa:* Disminución del 5% o más del peso corporal ó 4.5 kg en los últimos seis meses.

*Tipo de variable:* Categórica nominal.

## **B) VARIABLES DEPENDIENTES:**

- **Índice de masa corporal (IMC).**

*Definición conceptual:* Relación entre el peso y la talla que estima el contenido de grasa corporal por metro cuadrado de superficie corporal.

*Definición operativa:* Se calculará con el índice de Quetelet.  $IMC = \text{Peso (kg)} / \text{Talla (m}^2\text{)}$ . Normal: 18.5-24.9 Bajo <18.5.

Tipo de variable: Categórica de intervalo.

- **Talla o estatura.**

*Definición conceptual:* Distancia que existe entre el vértex y el plano de sustentación.

*Definición operativa:* Se determinará la estatura en metros con ayuda de cinta métrica. Idealmente el paciente se coloca de pie, con los talones juntos y apoyados en el tope posterior y de forma que el borde interno de los pies formen un ángulo de aproximadamente 60 grados. La cabeza del paciente debe estar en extensión completa de la columna vertebral. Se toma distancia desde el vértex hasta el suelo.

*Tipo de variable:* Numérica.

- **Peso ideal.**

*Definición conceptual:* Peso con el cual se disminuye el riesgo de enfermedades; por peso insuficiente (desnutrición) o por exceso de peso (enfermedades cardiovasculares, respiratorias, hepatobiliares).

*Definición operativa:* Se determinará mediante el siguiente procedimiento: a la estatura del paciente en centímetros, se restarán 100 cm. A la resta se determinará el 7% en hombres y 10% en las mujeres, y se sustraerá el resultado en centímetros.

*Tipo de variable:* Numérica

- **Peso habitual:**

*Definición conceptual:* Peso en el cual se mantenía el paciente previo al inicio de la pérdida de masa corporal.

*Definición operativa:* Se registrara el peso habitual en kilogramos, obtenido mediante el interrogatorio al ingreso del paciente.

*Tipo de variable:* No Categórica.

- **Peso real o actual:**

*Definición conceptual:* Peso corporal del paciente al momento del ingreso.

*Definición operativa:* Se obtendrá el peso corporal en kilogramos, con la ayuda de una báscula destinada para tal fin. Técnica: Idealmente el paciente se sitúa de pie en el centro de la plataforma de la báscula distribuyendo el peso por igual en ambas piernas, sin que el cuerpo este en contacto con nada que haya alrededor y con los brazos colgando libremente a ambos lados del cuerpo. La medida se realiza con la persona en ropa interior sin zapatos ni adornos personales.

*Tipo de variable:* Numérica.

- **Signo:**

*Definición conceptual:* Manifestación objetiva, física o química que se reconoce al examinar a un enfermo.

*Definición operativa:* Cualquier alteración física o química que sea determinada de manera objetiva por el médico y que oriente hacia el diagnóstico de una patología específica.

*Tipo de variable:* Categórica nominal.

- **Síntoma:**

*Definición conceptual:* Manifestación subjetivas que el paciente experimenta y el médico no puede comprobar ni cuantificar objetivamente.

*Definición operativa:* Todas las manifestaciones experimentadas por el paciente y que sean obtenidas por el médico mediante la anamnesis.

*Tipo de variable:* Categórica.

#### **4. SELECCIÓN DE LA MUESTRA.**

##### **A) TAMAÑO DE LA MUESTRA.**

*Técnica de muestreo:* No probabilística. Se evaluaron los expedientes de los pacientes que ingresaron al servicio de Medicina Interna del Centro Médico Nacional Siglo XXI, con el diagnóstico de pérdida de peso involuntaria y que reunieron los criterios de inclusión durante el periodo de tiempo comprendido de enero 2002 a febrero 2007.

##### **B) CRITERIOS DE SELECCIÓN:**

###### **Criterios de inclusión:**

- Pacientes adultos (mayores de 16 años) que cumplieron con los criterios para definir pérdida de peso involuntaria, hospitalizados en el servicio de Medicina Interna del Hospital de Especialidades del CMN Siglo XXI.
- Contar con expediente clínico del paciente para revisión.

###### **Criterios de no inclusión:**

- Tener diagnóstico previo de patología inmunológica, endocrina, neoplásica, psiquiátrica o cualquier otra que por sí misma explique la pérdida de peso.
- No contar con expediente clínico para revisión.

#### **5. PROCEDIMIENTO GENERAL:**

Se revisaron los expedientes de pacientes ingresados en el servicio de Medicina interna del Hospital de Especialidades del Centro Médico Nacional Siglo XXI, en el periodo de tiempo enero 2002 a febrero 2007, se seleccionaron aquellos con diagnóstico de ingreso de pérdida de peso involuntaria en estudio que cumplieron con los criterios de inclusión del protocolo de investigación, se recabó la información y se capturó en una base de datos.

#### **6. ANÁLISIS ESTADÍSTICO:**

Se utilizó estadística descriptiva en base a las variables de interés. Así para las variables categóricas se reportaron tasas o proporciones. Para variables no categóricas se midieron a través de media, moda y desviación estándar según corresponda el caso.

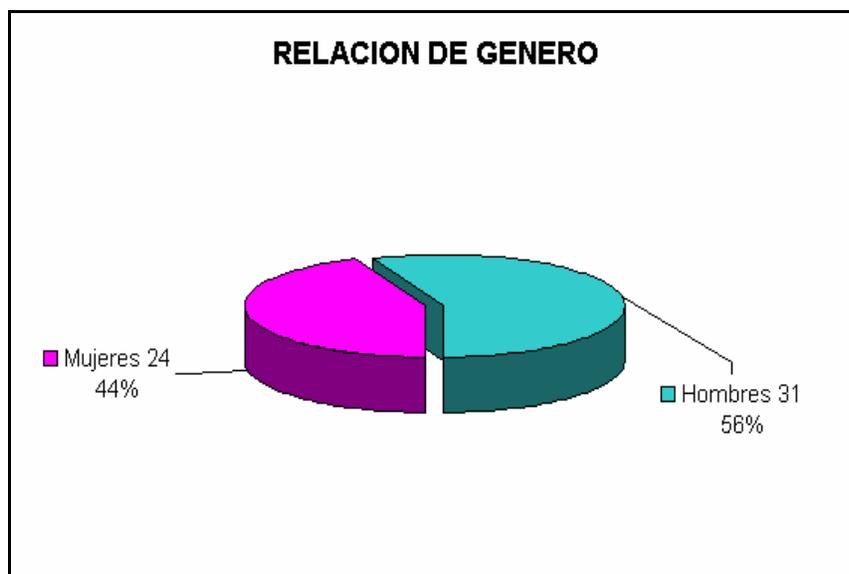
## RESULTADOS

---

De acuerdo a los censos del Servicio de Medicina Interna, ingresaron 82 pacientes con diagnóstico de pérdida de peso inexplicable en el periodo de enero 2002 a febrero 2007. Al realizar la búsqueda de expedientes en el archivo general del hospital, se encontraron 55 expedientes vigentes de los cuales se obtuvieron los siguientes resultados para su análisis.

### ANÁLISIS POR GÉNERO

De los 55 pacientes con pérdida de peso, 24 de ellos fueron mujeres (44%), y 31 fueron hombres (56%). **(Gráfico 1).**



**GRAFICO 1. RELACIÓN ENTRE HOMBRES Y MUJERES.**

## ANÁLISIS POR EDAD

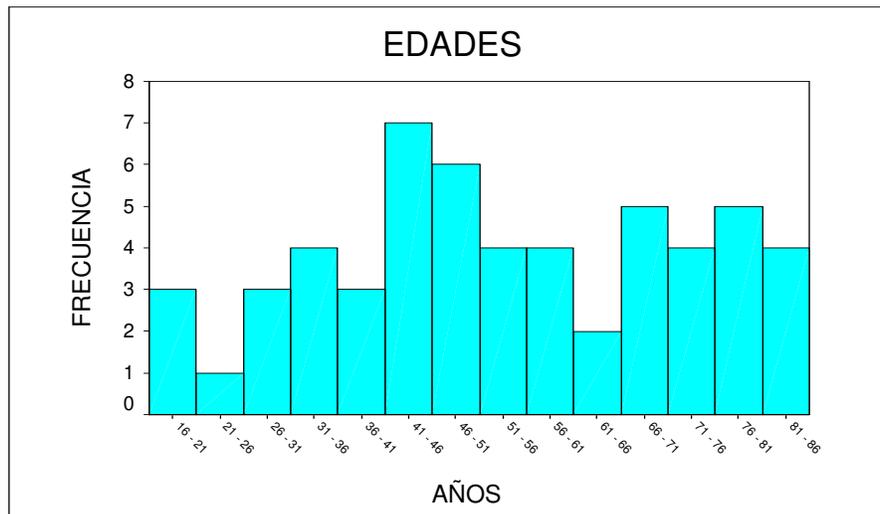
De los 55 pacientes analizados, el promedio de edad (media) fue de 53 años, siendo el menor de 16 años y el mayor de 85 años, lo cual nos da un rango de edad de 69 años.

La desviación estándar es de 18.69 años. **(Tabla 1).**

<b>TOTAL DE PACIENTES</b>	<b>55</b>
Media	53.07 años
Desviación Estándar	18.69 años
Rango	69.00 años

**TABLA 1:** EDADES.

En la **Gráfica 2** se observa que la presentación de pérdida de peso se encuentra en un rango entre 42 a 51 años.



**GRAFICO 2:** FRECUENCIA DE EDADES

En la **Tabla 2** se muestra la frecuencia de edades de los 55 pacientes estudiados; se observa que predomina la incidencia de casos en edades de **42 a 50 años**, donde se presentan 14 pacientes en este grupo de edad.

<b>EDADES</b>	<b>FRECUENCIA</b>
16.00	1
18.00	1
19.00	1
25.00	1
27.00	1
30.00	2
32.00	2
35.00	2
36.00	1
37.00	1
39.00	1
42.00	2
43.00	2
45.00	3
46.00	3
47.00	1
49.00	1
50.00	1
52.00	2
53.00	1
55.00	1
56.00	1
58.00	2
59.00	1
63.00	1
65.00	1
66.00	1
67.00	1
69.00	2
70.00	1
71.00	1
72.00	1
74.00	1
75.00	1
76.00	1
77.00	3
79.00	1
81.00	2
82.00	1
85.00	1
<b>Total</b>	<b>55</b>

**TABLA 2:** FRECUENCIA DE EDADES.

## **ANÁLISIS DE PÉRDIDA DE PESO (KILOGRAMOS).**

Durante el análisis de la información de cada paciente fue necesario contar con datos básicos ya comentados: peso habitual, peso actual, talla, peso perdido en kg, sin embargo no se encontró documentada esta información en el expediente clínico en la totalidad de los casos.

Del total de 55 pacientes ingresados con pérdida de peso sólo de 52 se registró el total de peso perdido. La máxima pérdida registrada fue de 30 kg, y la mínima de 3 kg.

Un promedio de pérdida de 15.33 kg, con una desviación estándar de 5.83 kg.

<b>TOTAL DE PACIENTES</b>	<b>55</b>
Pacientes con registro de pérdida	52
Pacientes sin registro de perdida	3
Media	15.33 kg
Desviación estándar	5.83 kg
Valor mínimo	3 kg
Valor máximo	30 kg

**TABLA 3.** PERDIDA DE PESO (KILOGRAMOS)

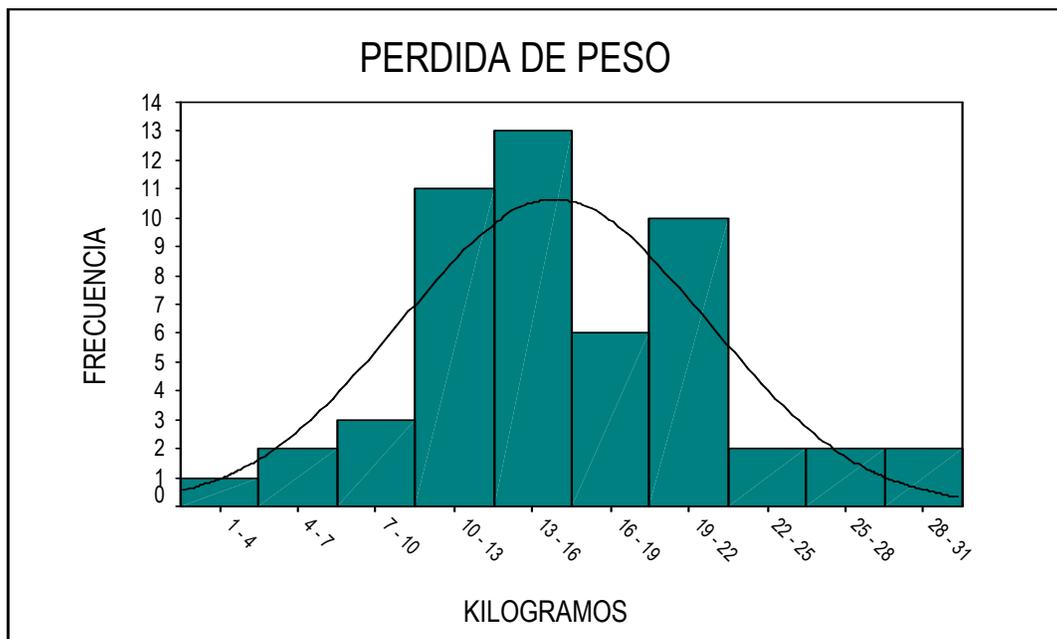
En la **tabla 4** observamos que la pérdida mayor de peso fue de 30 kg en 2 pacientes. La frecuencia mayor de pérdida de peso fue en 8 pacientes con 20 kg. Destacan 6 pacientes con pérdida de peso de 13 kg y 6 pacientes mas con 10 kg de pérdida de peso.

<b>Kilogramos perdidos</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>% Sobre datos válidos (52)</b>	<b>% Acumulado</b>
3.00	1	1.9	1.9
6.00	2	3.8	5.8
7.00	1	1.9	7.7
8.00	1	1.9	9.6
9.00	1	1.9	11.5
10.00	6	11.5	23.1
11.00	1	1.9	25.0
12.00	3	5.8	30.8
12.50	1	1.9	32.7
13.00	6	11.5	44.2
13.50	1	1.9	46.2
14.00	1	1.9	48.1
14.50	1	1.9	50.0
15.00	4	7.7	57.7
17.00	3	5.8	63.5
18.00	3	5.8	69.2
19.00	2	3.8	73.1
20.00	8	15.4	88.5
22.00	2	3.8	92.3
25.00	1	1.9	94.2
27.00	1	1.9	96.2
30.00	2	3.8	100.0
Datos válidos	52	100.0	
Datos no registrados	3		
Total de pacientes	55		

**TABLA 4.** PERDIDA DE PESO (KILOGRAMOS).

La **Gráfica 3** muestra 13 casos con una pérdida de peso entre 13 y 16 kg lo cual representa la frecuencia mayor. Además 11 casos con una pérdida entre 10 a 13 kg.

Se muestra una tendencia de los datos hacia una distribución normal, evidente en la curva sobrepuesta al gráfico, esto indica que se presentaron pocos pacientes con pérdidas de peso menor de 10 kilogramos (6 pacientes) y pocos pacientes con pérdida de peso mayor de 22 kilogramos (6 pacientes).



**GRAFICA 3. PÉRDIDA DE PESO (KILOGRAMOS)**

## **ANÁLISIS DE PÉRDIDA DE PESO (PORCENTAJE).**

Otra variable analizada es el porcentaje de pérdida de peso, la cual se obtuvo mediante la siguiente operación  $(\text{peso habitual} - \text{peso actual}) / (\text{peso habitual}) \times 100$ .

En la **tabla 5** se observa que de un total de 55 pacientes, sólo en 38 se pudo obtener el porcentaje de pérdida porque en 17 pacientes no se encontró documentado el peso habitual/peso actual en el expediente, datos necesarios para calcular el porcentaje.

Con los datos obtenidos tenemos una media de 21.53% de pérdida de peso, con una desviación estándar de 6.98%. La pérdida mayor de peso fue de 38% y la menor de 5%.

<b>TOTAL DE PACIENTES</b>	<b>55</b>
Pacientes con registro de pérdida	38
Pacientes sin registro de pérdida	17
Media	21.53 %
Desviación estándar	6.98 %
Valor mínimo	5 %
Valor máximo	38 %

**TABLA 5. PORCENTAJE DE PÉRDIDA DE PESO.**

En la **Tabla 6** se muestra el porcentaje de pérdida de peso en los 38 pacientes en quienes se obtuvieron los datos, esto corresponde al 69.1% del total de pacientes analizados

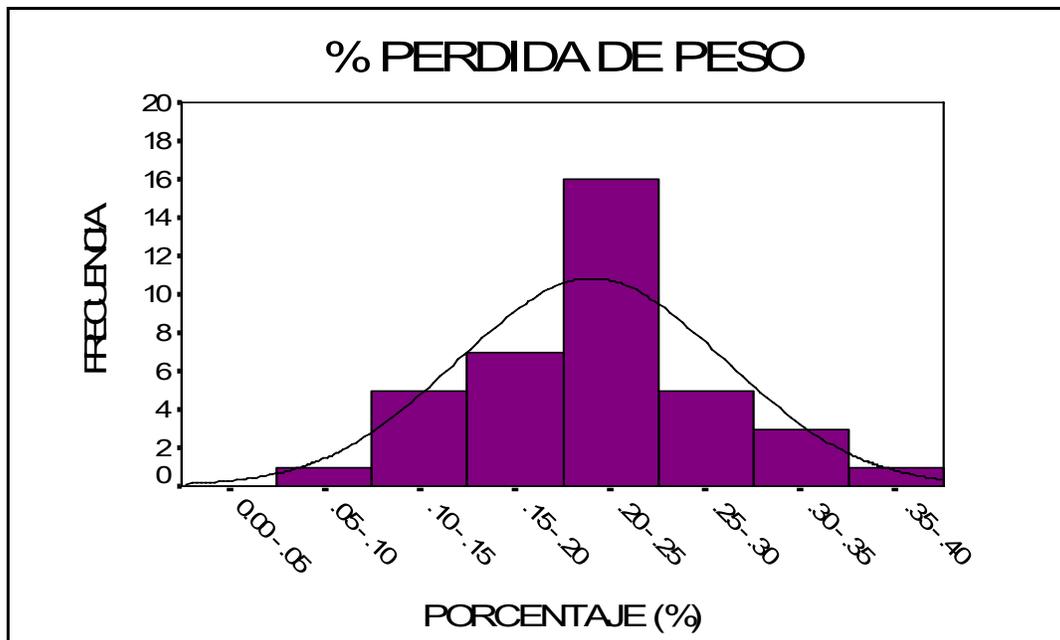
Los resultados reflejan que la mayoría de los pacientes se encuentra en un porcentaje de pérdida de peso entre el 20% y 25%.

<b>Frecuencia</b>	<b>Porcentaje de pérdida (%)</b>
1	5
2	11
2	13
1	14
3	15
1	16
1	17
1	18
1	19
4	20
3	21
2	23
7	25
1	26
2	27
2	28
1	31
1	33
1	34
1	38
38	Datos válidos
17	Datos no registrados
55	Total de pacientes

**TABLA 6: PORCENTAJE DE PÉRDIDA DE PESO.**

En la **Gráfica 4** se observa la frecuencia de porcentajes de pérdida de peso en los 38 pacientes.

Podemos interpretar que hay pocos casos en los extremos (pérdidas menores al 10% o mayores al 35%), mientras que la mayoría de los porcentajes de pérdida de peso estarán cerca de la media, como lo muestra la barra correspondiente al rango de 20 al 25%, que representa 16 casos.



**GRAFICA 4.** FRECUENCIAS DE PORCENTAJES DE PÉRDIDA DE PESO (%).

## **ANÁLISIS DE TIEMPO DE PÉRDIDA DE PESO**

El tiempo de pérdida de peso tiene una media de 5.82 meses, con una desviación estándar de 4.41 meses.

Se observó un valor mínimo de 0.5 meses (2 semanas) y un valor máximo de 18 meses (**Tabla 7**).

<b>TOTAL DE PACIENTES</b>	<b>55</b>
Pacientes con registro de tiempo de perdida	53
Pacientes sin registro de tiempo de perdida	2
Media	5.82 meses
Desviación estándar	4.41 meses
Valor mínimo	0.50 meses
Valor máximo	18 meses

**TABLA 7.** TIEMPO DE PERDIDA DE PESO (MESES).

## **ANÁLISIS DE SINTOMAS.**

El objetivo general del protocolo estableció la búsqueda intencionada de las manifestaciones clínicas, que tuvieran relación con el diagnóstico final en los pacientes con pérdida de peso involuntaria. Se registraron los síntomas y signos documentados en cada nota de ingreso al servicio de Medicina Interna. En 32 pacientes del total de 55, se pudo observar relación entre los síntomas y el diagnóstico final y se muestra en cada paciente (**TABLA 8**).

PACIENTES CON PERDIDA DE PESO INVOLUNTARIA  
Y RELACIÓN POSITIVA ENTRE **SÍNTOMA (s)** Y DIAGNÓSTICO FINAL

PACIENTE	SINTOMA (s)	DIAGNOSTICO
1	Rectorragia	Proctitis aguda
2	Astenia/adinamia + dolor abdominal	Diverticulitis
3	Anorexia + astenia adinamia	VIH
4	Dolor en fosa iliaca derecha	Colecistitis crónica litiásica
5	Astenia adinamia + náusea + tos	Cáncer pulmonar
6	Dolor lumbar	Espondilitis anquilosante
7	Anorexia + Astenia/adinamia +dolor epigástrico	Lesión gástrica polipoide
8	Anorexia + Astenia/adinamia	Anemia normocítica normocrómica
9	Dolor lumbar	Artritis reumatoide
10	Náusea/vómito + disfagia	Osteofito cervical
11	Náusea/vómito + dolor hipogástrico	Colitis crónica inespecífica
12	Anorexia + dolor hipogástrico	Cáncer de colon
13	Anorexia + disnea	Cáncer de pulmón
14	Anorexia + Astenia/adinamia + Náusea y vómito + dolor en fosa iliaca derecha	Cáncer de próstata
15	Astenia	Déficit de vitamina B12
16	Anorexia + astenia + dolor epigástrico	Cáncer gástrico
17	Astenia/adinamia + dolor muscular	Polirradiculopatía
18	Dolor hipocondrio derecho	Úlcera gástrica
19	Astenia/adinamia + cefalea	Anemia ferropénica
20	Astenia + disnea	Cáncer pulmonar
21	Anorexia + Dolor torácico	IAM
22	Anorexia + Náusea/vómito + Dolor epigástrico	Colecistitis crónica litiásica
23	Pérdida de peso	VIH
24	Náusea/vómito	Cáncer de páncreas
25	Anorexia + Astenia/adinamia + dolor abdominal	Gastritis crónica por H. pylori
26	Náusea/vómito	Insuficiencia renal crónica
27	Náusea/vómito + Dolor epigástrico	Cáncer gástrico
28	Astenia + Dolor articular + Disnea	Lupus eritematoso sistémico
29	Anorexia + dolor articular	Coccidiodomycosis
30	Dolor lumbar	Cervicalgia
31	Anorexia + Astenia/adinamia + náusea	Anemia megaloblástica
32	Astenia/adinamia + Dolor lumbar	Polirradiculopatía

**TABLA 8**

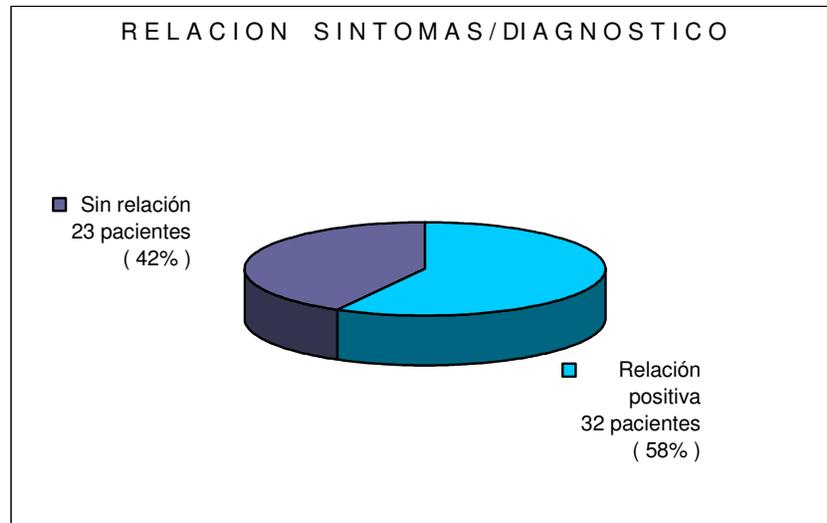
**PACIENTES CON PERDIDA DE PESO INVOLUNTARIA  
SIN RELACIÓN ENTRE SÍNTOMAS Y DIAGNÓSTICO FINAL**

<b>PACIENTE</b>	<b>SINTOMA (s)</b>	<b>DIAGNOSTICO</b>
1	Dolor rectal	Psicosomático
2	Astenia	Psicosomático
3	Astenia/adinamia + Dolor general	Hipertiroidismo
4	Dolor abdominal	Psicosomático
5	Dolor articular	Poliarteritis nodosa
6	Dolor hipocondrio derecho	Linfoma no Hodking
7	Anorexia + dolor hipogástrico	No diagnóstico
6	Anorexia + Astenia/adinamia + Dolor hipogástrico	Depresión
8	Parestesia	Espasticidad Colónica
9	Anorexia +Náusea/vómito	Trastorno bipolar
10	Estreñimiento/Diarrea	Somatización
11	Plenitud posprandial	Hipotiroidismo
12	Astenia/adinamia + Dolor muscular +Parestesia	Enteritis crónica inespecífica
13	Dolor epigástrico	Somatización
14	Astenia/adinamia + disfagia	No diagnóstico
15	Astenia/adinamia + dolor articular	No diagnóstico
16	Dolor epigástrico	Angina intestinal
17	Diaforesis	Enfermedad granulomatosa
18	Dolor lumbar	Plasmocitoma Plasmocítico
19	Astenia + Dolor epigástrico + Disnea	Hiperplasia linfoide íleo terminal
20	Disnea	No diagnóstico
22	Náusea/Vómito + Dolor epigástrico	Bazo accesorio
23	Astenia/adinamia + dolor generalizado	Colecistitis crónica litiásica

**TABLA 9**

En esta tabla se muestran los síntomas que no tuvieron relación con el diagnóstico final,  
desglosado en cada uno de los pacientes.

La **GRÁFICA 8**, muestra que en el 58% (32 pacientes) del total de 55 pacientes hay una relación positiva entre síntomas y diagnóstico final. En 23 pacientes los síntomas no tuvieron relación con el diagnóstico final establecido (42%).



**GRAFICA 8. RELACIÓN SÍNTOMAS/DIAGNÓSTICO**

### **ANALISIS DE SIGNOS.**

Considerando la definición de signo como una manifestación objetiva valorada por un médico, se documentó que en 34 pacientes (62%) los signos estuvieron asociados con diagnóstico final, (**TABLA 10**), mientras que en 21 pacientes (38%) no hubo ninguna relación (**TABLA 11**)

PACIENTES CON PERDIDA DE PESO INVOLUNTARIA  
Y RELACIÓN POSITIVA ENTRE **SIGNOS** Y DIAGNÓSTICO FINAL

<b>PACIENTE</b>	<b>SIGNO (s)</b>	<b>DIAGNOSTICO</b>
1	Ninguno	Psicosomático
2	Taquicardia	Hipertiroidismo
3	Ninguno	Psicosomático
4	Estreñimiento	Espasticidad Colónica
5	Irritabilidad	Trastorno bipolar
6	Megalias	Bazo accesorio
7	Ictericia	Colecistitis crónica litiásica
8	Debilidad	Anemia normocítica normocrómica
9	Síndrome anémico	Artritis reumatoide
10	Diarrea	Colitis crónica inespecífica
11	Megalias	Cáncer de colon
12	Megalias+adenopatías+diaforesis	Cáncer de pulmón
13	Megalias + adenopatías	Cáncer de próstata
14	Rectorragia	Proctitis aguda
15	Debilidad + alteraciones neuropsiquiátricas	Déficit de vitamina B12
16	Megalias +ictericia	VIH
17	Fiebre	Colecistitis crónica litiásica
18	Megalias	Cáncer pulmonar
19	Debilidad	Espondilitis anquilosante
20	Adenopatías	Cáncer gástrico
21	Debilidad	Polirradiculopatía
22	Debilidad + síndrome anémico	Anemia ferropénica
23	Disnea	Cáncer pulmonar
24	Estertores	IAM
25	Ictericia	Colecistitis crónica litiásica
26	Fiebre + debilidad	VIH
27	Masa abdominal	Cáncer de páncreas
28	Deshidratación	Insuficiencia renal crónica
29	Epigastralgia	Cáncer gástrico
30	Debilidad +disnea	Lupus eritematoso sistémico
31	Lesiones dérmicas	Coccidiodomicosis
32	Hipotrofia extremidades superiores	Cervicalgia
33	Síndrome anémico	Anemia megaloblástica
34	Hipotrofia	Polirradiculopatía

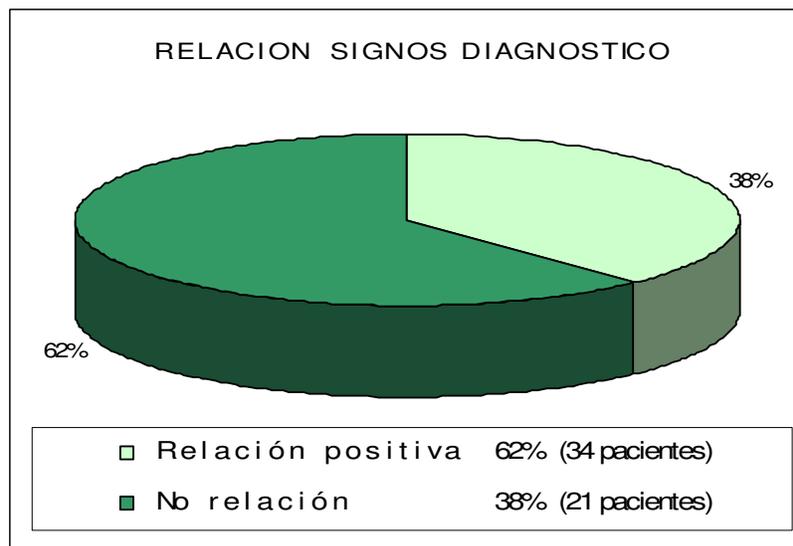
**TABLA 10**

PACIENTES CON PERDIDA DE PESO INVOLUNTARIA  
**SIN** RELACION ENTRE SIGNOS Y DIAGNÓSTICO FINAL

PACIENTE	SIGNO	DIAGNOSTICO
1	Deshidratación	Diverticulitis
2	Hipotrofia	Poliarteritis nodosa
3	Taquicardia	Lesión gástrica polipoide
4	Deshidratación	Osteofito cervical
5	Megalias adenopatías	Psicosomático
6	Megalias	Linfoma no Hodkin
7	Diarrea	No diagnóstico
8	Hipotrofia	Úlcera gástrica
9	Ninguno	Depresión
10	Ninguno	Somatización
11	Megalias	Hipotiroidismo
12	Hiporreflexia	Enteritis crónica inespecífica
13	Adenopatías	Gastritis crónica por H. pylori
14	No	Somatización
15	Fiebre	No diagnóstico
16	Adenopatías	No diagnóstico
17	Dolor abdominal	Angina intestinal
18	Megalias + fiebre	Enfermedad granulomatosa
19	Arreflexia	Plasmocitoma Plasmocítico
20	Adenopatías	Hiperplasia linfoide ileo terminal
21	Hipoacusia	No diagnóstico

**TABLA 11**

En la **GRAFICA 9** se muestra que en el 62% de los pacientes (34 pacientes), hubo una relación positiva entre los signos encontrados por el médico y el diagnóstico final establecido. Mientras que en el 38% (21 pacientes) no se encontró relación alguna con el diagnóstico final establecido.



**GRAFICA 8. RELACIÓN SIGNO/DIAGNÓSTICO**

### **RELACION SINTOMA/SIGNO**

Realizamos una relación de síntomas y signos presentes en cada uno de los pacientes, encontrando que puede estar un signo y/o un síntoma asociado al diagnóstico, se muestra esta relación en las **TABLA 12**

<b>PACIENTE</b>	<b>SINTOMA</b>	<b>Relación SINTOMA Diagnóstico</b>	<b>SIGNO</b>	<b>Relación SIGNO Diagnóstico</b>	<b>DIAGNOSTICO FINAL</b>
1	Dolor rectal	NO	Ninguno	NO	Psicosomático
2	Astenia	NO	Ninguno	SI	Psicosomático
3	Astenia/adinamia + Dolor general	NO	Taquicardia	SI	Hipertiroidismo
4	Dolor abdominal	NO	Ninguno	SI	Psicosomático
5	Dolor articular	NO	Debilidad	NO	Poliarteritis nodosa
6	Dolor hipocondrio derecho	NO	Megalias	NO	Linfoma no Hodgkin
7	Anorexia + dolor hipogástrico	NO	Diarrea	NO	No diagnóstico
8	Anorexia + Astenia/adinamia + Dolor hipogástrico	NO	Ninguno	NO	Depresión
9	Parestesia	NO	Estreñimiento	SI	Espasticidad Colónica
10	Anorexia + Náusea/vómito	NO	Irritabilidad	SI	Trastorno bipolar
11	Estreñimiento/Diarrea	NO	Ninguno	NO	Somatización
12	Plenitud posprandial	NO	Megalias	NO	Hipotiroidismo
13	Astenia/adinamia + Dolor muscular +Parestesia	NO	Hiporreflexia	NO	Enteritis crónica inespecífica
14	Dolor epigástrico	NO	No	NO	Somatización
15	Astenia/adinamia + disfagia	NO	Fiebre	NO	No diagnóstico
16	Astenia/adinamia + dolor articular	NO	Adenopatías	NO	No diagnóstico
17	Dolor epigástrico	NO	Dolor abdominal	NO	Angina intestinal
18	Diaforesis	NO	Megalias + fiebre	NO	Enfermedad granulomatosa
19	Dolor lumbar	NO	Arreflexia	NO	Plasmocitoma Plasmocítico
20	Astenia + Dolor epigástrico + Disnea	NO	Adenopatías	NO	Hiperplasia linfoide íleo terminal

**TABLA 12**

**TABLA 12 (CONTINUACION)**

<b>PACIENTE</b>	<b>SINTOMA</b>	<b>Relación SINTOMA Diagnóstico</b>	<b>SIGNO</b>	<b>Relación SIGNO Diagnóstico</b>	<b>DIAGNOSTICO FINAL</b>
21	Disnea	NO	Hipoacusia	NO	No diagnóstico
22	Náusea/Vómito + Dolor epigástrico	NO	Megalias	SI	Bazo accesorio
23	Astenia/adinamia + dolor epigástrico	NO	Ictericia	SI	Colecistitis crónica litiásica
24	Anorexia + Astenia/adinamia	SI	Debilidad	SI	Anemia normocítica normocrómica
25	Dolor lumbar	SI	Síndrome anémico	SI	Artritis reumatoide
26	Náusea/vómito + disfagia	SI	Deshidratación	NO	Osteofito cervical
27	Náusea/vómito + dolor hipogástrico	SI	Diarrea	SI	Colitis crónica inespecífica
28	Anorexia + dolor hipogástrico	SI	Megalias	SI	Cáncer de colon
29	Anorexia + disnea	SI	Megalias+adenopatías+diaforesis	SI	Cáncer de pulmón
30	Anorexia + Astenia/adinamia + Náusea y vómito + dolor en fosa iliaca derecha	SI	Megalias + adenopatías	SI	Cáncer de próstata
31	Rectorragia	SI	Rectorragia	SI	Proctitis aguda
32	Astenia	SI	Debilidad + Alteraciones neuropsiquiátricas	SI	Déficit de vitamina B12
33	Astenia/adinamia + dolor abdominal	SI	Debilidad	NO	Diverticulitis
34	Anorexia + astenia adinamia	SI	Megalias + ictericia	SI	VIH
35	Dolor en fosa iliaca derecha	SI	Fiebre	SI	Colecistitis crónica litiásica
36	Astenia adinamia + náusea + tos	SI	Megalias	SI	Cáncer pulmonar
37	Dolor lumbar	SI	Debilidad	SI	Espondilitis anquilosante
38	Anorexia + astenia + dolor epigástrico	SI	Adenopatías	SI	Cáncer gástrico
39	Astenia/adinamia + dolor muscular	SI	Debilidad	SI	Polirradiculopatía
40	Dolor hipocondrio derecho	SI	Hipotrofia	NO	Úlcera gástrica

<b>PACIENTE</b>	<b>SINTOMA</b>	<b>Relación SINTOMA Diagnóstico</b>	<b>SIGNO</b>	<b>Relación SIGNO Diagnóstico</b>	<b>DIAGNOSTICO FINAL</b>
41	Astenia/adinamia + cefalea	SI	Debilidad + Síndrome anémico	SI	Anemia ferropénica
42	Astenia	SI	Disnea	SI	Cáncer pulmonar
43	Anorexia + Dolor torácico	SI	Estertores	SI	IAM
44	Anorexia + Náusea/vómito + Dolor epigástrico	SI	Ictericia	SI	Colecistitis crónica litiásica
45	Pérdida de peso	SI	Fiebre + debilidad	SI	VIH
46	Náusea/vómito	SI	Masa abdominal	SI	Cáncer de páncreas
47	Anorexia + Astenia/adinamia + dolor abdominal	SI	Adenopatías	NO	Gastritis crónica por H. pylori
48	Náusea/vómito	SI	Deshidratación	SI	Insuficiencia renal crónica
49	Náusea/vómito + Dolor epigástrico	SI	Epigastralgia	SI	Cáncer gástrico
50	Astenia + Dolor articular + Disnea	SI	Debilidad + disnea	SI	Lupus eritematoso sistémico
51	Anorexia + dolor articular	SI	Lesiones dérmicas	SI	Coccidioidomicosis
52	Dolor lumbar	SI	Hipotrofia extremidades superiores	SI	Cervicalgia
53	Anorexia + Astenia/adinamia + náusea	SI	Síndrome anémico	SI	Anemia megaloblástica
54	Astenia/adinamia + Dolor lumbar	SI	Hipotrofia	SI	Polirradiculopatía
55	Anorexia + Astenia/adinamia	SI	Taquicardia	NO	Lesión gástrica polipoide

**TABLA 12**

## **ANÁLISIS DEL MÉTODO DE DIAGNÓSTICO.**

Se evaluaron los estudios paraclínicos solicitados que de acuerdo a las pistas diagnósticas apoyaron el diagnóstico definitivo: los estudios de gabinete fueron el método diagnóstico más frecuentemente utilizado con 19 casos (34.55%), le siguen los estudios de laboratorio 16 casos (29.09%) y sólo en 2 casos (3.64%) se realizó laparotomía exploradora (LAPE). **Tabla 14 y Gráfica 11.**

Cabe hacer mención que en 4 pacientes se realizaron los estudios paraclínicos correspondientes sin llegar al diagnóstico definitivo.

<b>MÉTODO DIAGNÓSTICO</b>	<b>FRECUENCIA</b>	<b>PORCENTAJE</b>
GABINETE	19	34.55
LABORATORIO	16	29.09
HISTOPATOLOGICO	14	25.45
GABINETE, LABORATORIO E HISTOPATOLÓGICO	4	7.27
LAPE	2	3.64
Total de pacientes	<b>55</b>	100

**TABLA 14: MÉTODO DE DIAGNÓSTICO.**

## **ANÁLISIS DEL DIAGNÓSTICO.**

Se llegó al diagnóstico definitivo en 51 de 55 pacientes, que corresponde al 92.73%. De los 4 pacientes sin diagnóstico, a uno se le dio prueba terapéutica con antifímicos con mejoría clínica, dos mas continúan en observación en la consulta externa de Neurología y Medicina interna, el cuarto de ellos no regreso a consulta. (Tabla 15).

<b>DIAGNOSTICO</b>	<b>FRECUENCIA</b>
SIN DIAGNOSTICO	4
ANSIOSO DEPRESIVO	3
CANCER DE PULMON	3
COLECISTITIS CRONICA LITIASICA	3
PSICOSOMATICO	3
ANEMIA FERROPENICA	2
ANEMIA MEGALOBLASTICA	2
CANCER GASTRICO	2
COLITIS CRONICA INESPECIFICA	2
POLIRRADICULOPATIA	2
VIH	2
ANGINA INTESTINAL	1
ARTRITIS REUMATOIDE	1
BAZO ACCESORIO/ESPLENOMEGALIA	1
CANCER DE PANCREAS	1
CANCER PROSTATA	1
CANCER DE COLON	1
CERVICALGIA MUSCULAR	1
COCCIDIODOMICOSIS	1
DIVERTICULITIS	1
ENFERMEDAD GRANULOMATOSA HEPATICA	1
ENTERITIS CRONICA INESPECIFICA	1
ESPONDILITIS ANQUILOSANTE	1
GASTRITIS CRONICA H. PYLORI	1
HIPERPLASIA LINFOIDE ILEO TERMINAL	1
HIPERTIROIDISMO	1
HIPOTIROIDISMO	1
INFARTO AGUDO AL MIOCARDIO	1
INSUFICIENCIA RENAL CRONICA	1
LUPUS ERITEMATOSO SISTEMICO	1
LESION GASTRICA POLIPOIDE	1
LINFOMA NO HODKING	1
OSTEOFITO CERVICAL C5 Y C6	1
POLIARTERITIS NODOSA	1
PLASMOCITOMA PLASMOCITICO	1
PROCTITIS AGUDA/CRONICA INESPECIFICA	1
TRASTORNO BIPOLAR	1
ULCERA GASTRICA	1

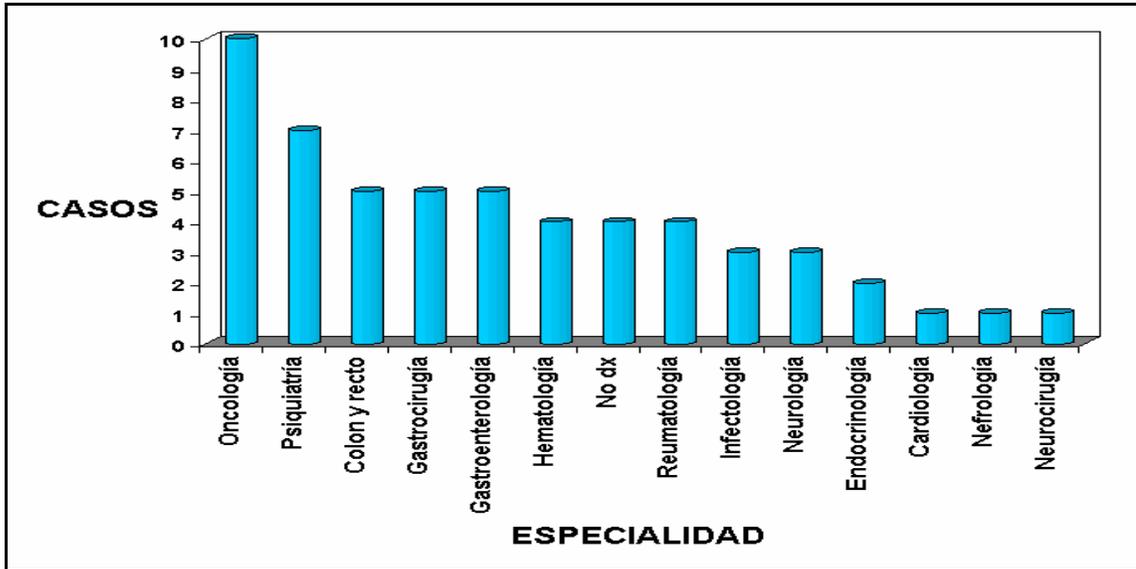
**TABLA 15: DIAGNÓSTICO FINAL.**

Al clasificar por especialidad el diagnóstico final encontramos que en 10 pacientes (18.18%) se realizó el diagnóstico de neoplasia. El diagnóstico de patología psiquiátrica (Ansiedad, depresión, somatización) correspondió a 7 pacientes (12.73%). Le siguen en número de frecuencia, patología de tubo digestivo (Colon y recto, Gastroenterología y Gastrocirugía) con 5 casos cada uno, sumando entre ellos un 27.27% del total.

**Tabla 16**

<b>ESPECIALIDAD</b>	<b>FRECUENCIA</b>	<b>PORCENTAJE</b>
Oncología	10	18.18
Psiquiatría	7	12.73
Colon y recto	5	9.09
Gastrocirugía	5	9.09
Gastroenterología	5	9.09
Hematología	4	7.27
No diagnóstico	4	7.27
Reumatología	4	7.27
Infectología	3	5.45
Neurología	3	5.45
Endocrinología	2	3.64
Cardiología	1	1.82
Nefrología	1	1.82
Neurocirugía	1	1.82
<b>TOTAL</b>	<b>55</b>	<b>100.00</b>

**TABLA 16: ESPECIALIDAD.**



GRAFICA 12. ESPECIALIDAD MÉDICA.

En la **Gráfica 12** se muestra el número de casos por cada especialidad, 10 casos corresponden a Oncología y 7 casos a Psiquiatría.

Sólo se documentó un caso de Cardiología, Nefrología y Neurocirugía.

## **ANÁLISIS DE ESTANCIA HOSPITALARIA.**

La variable de estancia hospitalaria se midió en días. No contamos con 3 registros de los 55, pero se consideró en el análisis estadístico. En la **Tabla 18**, se muestra la frecuencia relativa y porcentual de los días de permanencia hospitalaria, destacando un caso con 97 días.

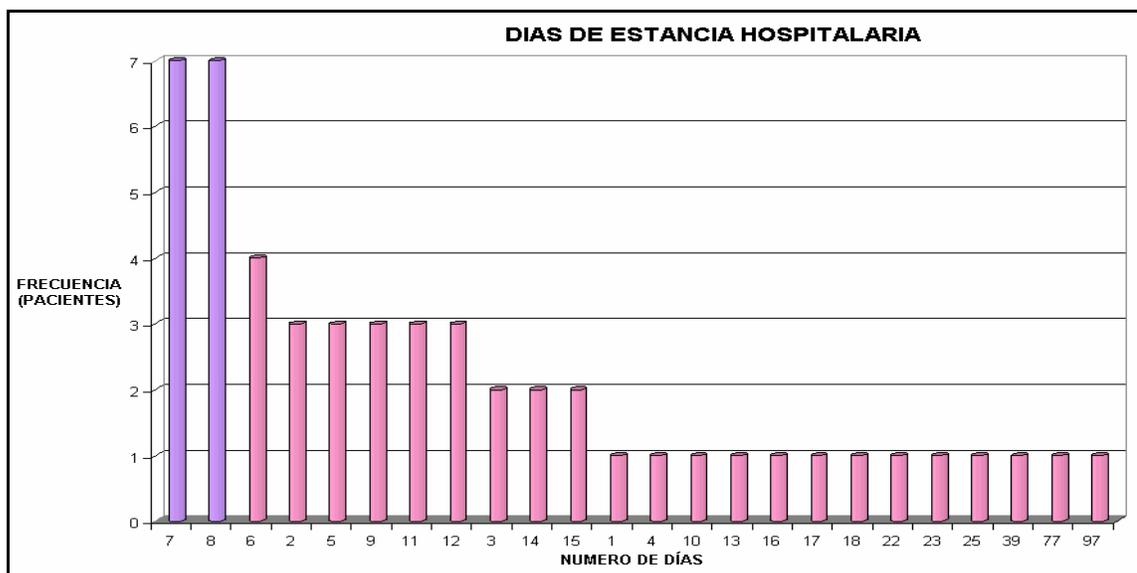
<b>Días de permanencia</b>	<b>Frecuencia</b>
1.00	1
2.00	3
3.00	2
4.00	1
5.00	3
6.00	4
7.00	7
8.00	7
9.00	3
10.00	1
11.00	3
12.00	3
13.00	1
14.00	2
15.00	2
16.00	1
17.00	1
18.00	1
22.00	1
23.00	1
25.00	1
39.00	1
77.00	1
97.00	1
<b>Total</b>	<b>52</b>
<b>Datos perdidos</b>	<b>3</b>
<b>Datos totales</b>	<b>55</b>

**TABLA 18: ESTANCIA HOSPITALARIA.**

En la **Tabla 17** se muestra que el promedio de estancia hospitalaria es de 12.9 días, siendo el máximo 97 días, y el mínimo de 1 día; con una desviación estándar de 16.50 días y una moda de 7 días.

<b>DATOS VÁLIDOS</b>	<b>52</b>
<b>DATOS PERDIDOS</b>	<b>3</b>
Media	12.92
Mediana	8.30
Moda	7.00
Desviación estándar	16.50
Rango	96.00
Mínimo	1.00
Máximo	97.00

**TABLA 17: ESTANCIA HOSPITALARIA.**



**GRAFICA 13. DÍAS DE ESTANCIA HOSPITALARIA.**

En la **Gráfica 13** se muestra que la mayoría de las estancias son menores a 15 días, destacando las de 7 y 8 días.

## CONCLUSIONES.

---

La pérdida de peso involuntaria clínicamente significativa es la disminución mayor o igual del 5% del peso habitual del paciente en un período de 6 a 12 meses. Dentro del abordaje diagnóstico inicialmente se debe confirmar la existencia de la pérdida de peso, y valorar su cuantía. Una vez realizada la valoración y confirmada la pérdida peso es necesario realizar un interrogatorio y exploración física sistemática.

El objetivo general de este protocolo consistió en determinar si las manifestaciones clínicas en los pacientes con pérdida de peso involuntaria tenían relación con el diagnóstico.

Así al realizar el abordaje diagnóstico en base a los síntomas y signos (cada uno o en combinación) encontramos correlación con el diagnóstico final.

De acuerdo a estos hallazgos consideramos la importancia de realizar una historia clínica completa en cada paciente para obtener las pistas (signos y/o signos) que nos dirijan hacia un diagnóstico preciso en menos tiempo y disminuyendo costos hospitalarios.

En cuanto a los objetivos específicos que fueron valorar las enfermedades mas frecuentes documentadas en el diagnóstico final, concluimos que predominan las Oncológicas, Psiquiátricas y las relacionadas al Aparato Digestivo, esto es concordante con los datos estadísticos reportados en la literatura Mundial.

Dentro de los estudios paraclínicos los de gabinete fueron el procedimiento que determinó con mayor frecuencia el diagnóstico definitivo.

Aunque no formaba parte de los objetivos principales de este protocolo se realizaron análisis por edad, género, tiempo y porcentaje de pérdida de peso, así como días de estancia intrahospitalaria.

Encontramos los siguientes datos en cuanto a los pacientes ingresados en nuestro servicio con pérdida de peso: predomina el género masculino, la edad promedio fue de 53 años, siendo el menor de 16 años y el mayor de 85.

De acuerdo a los resultado obtenidos encontramos que el promedio de pérdida de peso involuntaria fue de 15.33kg; con un tiempo promedio de evolución de 5.82 meses.

Finalmente, la pérdida de peso involuntaria es un diagnóstico de ingreso a nuestro servicio relativamente frecuente por ser un hospital de concentración, por lo que concluimos en base a nuestros resultados que debe existir un abordaje de estudio en estos pacientes, basado en pistas clínicas para alcanzar el objetivo final que es el diagnóstico definitivo.

Por lo tanto crea la necesidad de elaborar una Guía de Práctica Clínica de pérdida de peso involuntaria.

## 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