

Incidencia de pérdida de peso y patologías asociadas en pacientes de la consulta geriátrica

- Dr. Julio César Dávila Valero¹
- Dr. Abel Jesús Barragán Berlanga²
- Dr. Amador E. Macías Osuna³
- Dr. Daniel H. Méndez Lozano⁴

Resumen

• Palabras clave

Pérdida de peso, síndromes geriátricos, patologías asociadas.

• Objetivo

En primer lugar determinar la incidencia de pérdida de peso, y como un objetivo adicional tratar de encontrar factores asociados a este evento.

• Antecedentes

La pérdida de peso importante se define como la disminución de 4.5 kg (10 lb.) o más, o un porcentaje del 5% del peso habitual de un individuo en un periodo que va de los 6 a los 12 meses. En aquellos pacientes se puede estimar la pérdida ponderal con disminución en las medidas (2 tallas). Marton y cols reportaron una frecuencia de 8% en un estudio realizado en 1,400 pacientes. Rabbitovitz y cols documentan una frecuencia del 2.8%. En México, Huerta y Viniegra encontraron una frecuencia del 1.8% en el Instituto Nacional de la Nutrición. Un estudio llevado a cabo en el Hospital de Especialidades del Centro Médico Nacional La Raza consideró a la pérdida de peso como un diagnóstico ominoso y rara vez relacionado con una enfermedad oculta o rara.

• Pacientes, material y métodos

Se trata de un estudio descriptivo en el que se analizó la población que acudió a la consulta externa de geriatría en el transcurso de todo un año, y posteriormente se dividió en 2 grupos (uno que perdió peso y otro no) para comparar las características principales de pérdida de peso entre ambos. Los pacientes fueron hombres y mujeres mayores de 60 años y una persona de 55 años, que se atendió en nuestro servicio debido a que presentaba multipatología y colapso del cuidador. Se empleó prueba de chi cuadrada y exacta de fisher para análisis.

• Resultados

Se estudiaron 174 pacientes, de los cuales 105 (60.3%) fueron mujeres; 137 vivían en la zona urbana. El 56.6% eran hipertensos y el 28.2% eran diabéticos. El 19% tenía deterioro cognoscitivo leve; y un 22%, algún grado de demencia. El 54.6% presentó diagnóstico de depresión. Se encontró pérdida de peso en 83 pacientes (47.7%), pero queja de la misma sólo en 20.1%. El grupo de pérdida de peso (grupo 1) tuvo una edad de media de 77.07 años; y el grupo 2, una edad de 78.01 años. En el grupo 1, 29 eran casados; 11, solteros; 8 vivían en unión libre; 35, viudos. En el grupo 2 eran casados 39 pacientes; solteros, 7; uno vivía en unión libre; 41 eran viudos. Fue más frecuente la pérdida de peso en los pacientes con algún grado de demencia, excepto la demencia severa. El síndrome geriátrico más frecuente fue la polifarmacia en ambos grupos. Después de

¹ Especialista en Medicina Interna. Residente de Geriatría, Programa Multicéntrico del Tecnológico de Monterrey –SNL

² Especialista en Medicina Interna y Geriatría. Profesor del Programa de Geriatría en Posgrado de la Escuela de Medicina del Tecnológico de Monterrey. Adjunto del Hospital Metropolitano.

³ Especialista en Medicina Interna y Geriatría. Profesor de Geriatría en Pregrado y Posgrado de la Escuela de Medicina del Tecnológico de Monterrey. Director del Centro Geriátrico del Tecnológico de Monterrey.

⁴ Coordinador de Investigación de Posgrado.

la hipertensión, diabetes y depresión, las patologías más frecuentes y significativas fueron las alteraciones dentales, el EPOC y los EVC.

• Conclusiones

Como factores relacionados con la pérdida de peso se encontraron: el estado civil, diferentes grados de demencia, la mala dentición, diuréticos, así como EPOC, enfermedad ácido péptica y EVC.

Antecedentes

Se ha reportado que la pérdida de peso es un problema en los servicios de Medicina Interna y Geriátrica y se ha llegado a publicar una frecuencia variable de este hallazgo en los estudios realizados.

En el año de 1981, Marton y colaboradores reportaron una frecuencia de 8% en un estudio realizado en 1400 pacientes,¹ éste ha sido uno de los estudios más significativos hechos hasta el momento, ya que, aunque controversial, es el único que ha propuesto una escala plenamente validada en el estudio de pérdida de peso. En 1986, Rabinovitz y colaboradores documentaron en sus estudios, en donde involucraron a 154 pacientes, una frecuencia del 2.8%.² En México, en el año de 1989, Huerta y Viniegra encontraron una frecuencia del 1.8% en un estudio realizado en el Instituto Nacional de la Nutrición Salvador Zubirán (INNSZ).³ En este mismo año, un estudio llevado a cabo en el Hospital de Especialidades del Centro Médico Nacional La Raza (IMSS) consideró a la pérdida de peso como un diagnóstico ominoso y rara vez relacionado con una enfermedad oculta o rara, aunque hay que considerar en esto último una muestra de pacientes no mayor a 30 para la realización del estudio.⁴

La pérdida de peso clínicamente importante puede ser definida como la disminución de 4.5 kg (10 lb) o más, o un porcentaje del 5% del peso habitual de un individuo en un periodo que va de los 6 a los 12 meses, resulta más específico cuando la pérdida es progresiva. Asimismo, 2.5 a 5 kg se considera un umbral razonable para considerar pérdida de peso significativa. En aquellos pacientes que no conocen su peso anterior, la pérdida de peso también se puede caracterizar por disminución en la grasa corporal, lo que se refleja como una disminución en las medidas⁵ (2 tallas). Se ha observado que el paciente que ha perdido más de 15 kgs casi siempre estará frente a una enfermedad que pone en riesgo su vida.

Una pérdida de peso mayor al 10% es considerada como representativa de nutrición energético proteica inadecuada, es frecuentemente asociada a funciones fisiológicas mediadas por células e inmunidad humoral. Está asociada con una alta mortalidad y con disminución gradual de la funcionalidad.⁶ Mientras que la pérdida de peso que excede el 20% implica desnutrición severa y generalmente se asocia con disfunción prolongada de órganos.

En el estudio que Marton realizó, encontró que la mayoría de quienes perdieron peso tuvieron una causa orgánica de pérdida de peso que tenía que ver con cáncer a diversos niveles, enfermedades gastrointestinales diversas, insuficiencia cardiaca, enfermedades inflamatorias, endocrinopatías e infecciosas.

Pero además, una cantidad importante de pacientes con pérdida de peso tuvieron depresión o al menos la sospecha de otras enfermedades psiquiátricas. También fue muy significativa la asociación (no causa) de patologías crónicas como la hipertensión arterial y la cardiopatía isquémica con la existencia de pérdida ponderal, y que en un porcentaje alto de pacientes no se encuentra una causa definida.¹

Hay varios estudios realizados en México, como el de Huerta y Viniegra, realizado en 1989, en donde observaron a 50 pacientes en quienes identificaron una causa orgánica en 17 de ellos (5 fue por neoplasias; 21 pacientes, relacionados con estrés y depresión; y en 5 pacientes no se llegó al diagnóstico).³ Previamente, también en nuestro país, pero en el Instituto Nacional de la Nutrición, en el año de 1984 se realizó un estudio con 60 pacientes (32 hombres y 18 mujeres), en donde se encontró que la causa de pérdida de peso en ellos fue física (orgánica) hasta en el 34%; por enfermedades psiquiátricas, en el 42%; por la combinación de ambas, en 14%; y no se logró identificar la causa en el 10% de los pacientes estudiados.⁷

La anorexia y la bulimia explicarían la mayoría de las causas de pérdida de peso "voluntaria". Pero la pérdida de peso no voluntaria puede ser dividida, al menos para su estudio, en causas orgánicas, psicosociales e idiopáticas.⁵

Las causas potenciales de disminución de peso son muchas (medicamentos, causas psiquiátricas como la depresión, o sociales como el abandono, y por supuesto las relacionadas a enfermedad orgánica) con mecanismos patogénicos parecidos.⁸

En los adultos mayores se puede considerar el algoritmo de las nueve "D" –por sus nombres en inglés–⁶ (dentición, disgeusia, disfagia, diarrea, enfermedad crónica "*chronic disease*", depresión, demencia, disfuncionalidad y drogas).

La importancia de la pérdida de peso involuntaria o inexplicada radica en las posibilidades diagnósticas que originan la misma, actualmente es considerada como un signo clínico de gran importancia debido al amplio número de patologías en las cuales se observa.⁸

Dado lo anterior, los autores del presente estudio se plantearon el conocer la incidencia de la pérdida de peso en los pacientes de la consulta de geriatría y, además, saber cuáles son las características más comúnmente asociadas con esta pérdida, pues consideraron que la población geriátrica pudiera tener un origen multifactorial en lugar de patologías aisladas.

Sujetos, material y métodos

Previo al inicio del estudio se solicitó la autorización del comité de investigación del Hospital Metropolitano y se notificó al comité de investigación del Programa Multicéntrico de Residencias Médicas del Tecnológico de Monterrey.

Se utilizó la información de los expedientes médicos de los pacientes que de manera inicial y subsecuente acudieron a la consulta externa de Geriatría del Hospital Metropolitano del 26 de diciembre de 2006 al 25 de diciembre de 2007. Los pacientes fueron hombres y mujeres mayores de 60 años de edad, en su mayoría, y una paciente de 55 años de edad quien se atendía en nuestro servicio por presentar colapso del cuidador y por sus condiciones clínicas.

Se documentaron las siguientes características: género, edad, estado civil, lugar de residencia, estado dental, estado mental, hipertensión arterial, diabetes mellitus, insuficiencia renal, insuficiencia cardiaca, alteraciones tiroideas, neoplasias, enfermedades gastrointestinales; así como los tratamientos utilizados. Todas ellas con base a referencia en notas de consulta externa del servicio, o de algún otro, con confirmación diagnóstica.

La definición operacional de pérdida de peso fue la utilizada en los estudios reportados previamente:

- Pérdida ponderal de al menos 5 kilos en 6 meses.
- Pérdida de un kilogramo por mes.

- Disminución de la talla de ropa (2 tallas) por referencia propia o apreciación de algún familiar.
- Pérdida de peso como motivo de la consulta.

Análisis estadístico

Debido a que se trata de un protocolo de incidencia, para el análisis adecuado de los resultados se utilizaron gráficas y tablas, y se tomó la mediana como medida para los mismos.

Posterior a tener 2 grupos, se aplicó prueba de chi cuadrada para analizar las diferencias en la presencia de factores asociados. Se utilizó la prueba exacta de Fisher para cálculos exactos.

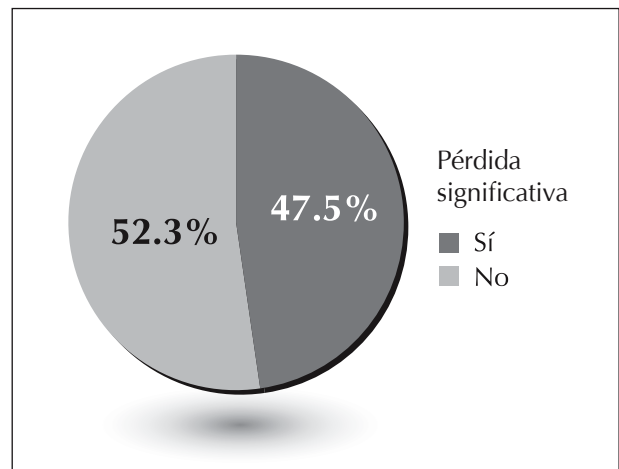
Resultados

Se estudiaron un total de 174 expedientes de los pacientes; 105 (60.3%) fueron mujeres; 137 pacientes (78%) vivían en la zona urbana; 43% fueron viudos; 39.1%, casados.

Tabla 1. Pérdida de peso de acuerdo a las distintas variables estudiadas.

| Cantidad que perdieron | Número de pacientes | Porcentaje | Porcentaje del total |
|------------------------|---------------------|------------|----------------------|
| 1 kilo o más por mes | 41 | 49.4% | 23.6% |
| 5% en 6 meses | 19 | 22.9% | 10.9% |
| 10% en 6 meses | 9 | 10.8% | 5.2% |
| 2 tallas o más | 14 | 16.9% | 8.0% |

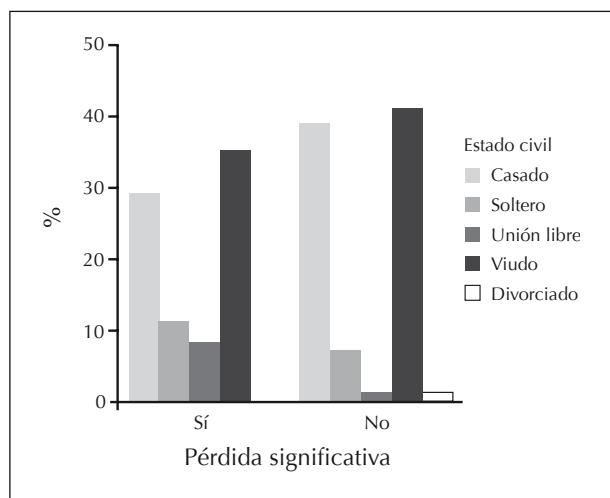
Gráfica 1. Muestra el porcentaje final de quienes se documentó una pérdida de peso involuntaria.



El 56.6% de los pacientes eran hipertensos; y 28.2%, diabéticos. Un 19% tenía diagnóstico de deterioro cognoscitivo leve; y un 22%, algún grado de demencia. El 54.6% tenía diagnóstico de depresión, pero sólo el 33.9% recibía en la actualidad tratamiento farmacológico de manera apropiada. El 6.3% presentaba algún tipo de neoplasia en la actualidad y fueron quienes más peso perdieron en promedio (10% de su peso o más).

Aunque se encontraron criterios de pérdida de peso en 83 pacientes (47.7%), sólo había queja de la misma en el 20.1% del total. En el resto de los pacientes (91) no se logró documentar objetivamente la pérdida de peso, tampoco fue un motivo de consulta o de referencia por el paciente o su familiar. Posteriormente, se dividió en 2 grupos para el análisis.

Grafica 2. Muestra el número de personas de ambos grupos en sus distintos estados civiles.



El grupo de pérdida de peso (grupo 1) tuvo una edad media de 77.07 (55 a 94) años de edad, mientras que en el grupo de quienes no perdieron peso (grupo 2) la edad fue de 78.01 años (62-113), sin que esto representara una diferencia con significado estadístico.

En el grupo 1 había 35 varones, mientras que en el segundo grupo había 34, sin que esto representara una diferencia significativa.

De los pacientes que perdieron peso, 29 de ellos eran casados; 11, solteros; 8 vivían en unión libre; y 35 eran viudos. Mientras que en el grupo 2, eran casados 39 pacientes; solteros, 7; sólo 1 vivía en unión libre; y 41 eran viudos. (ver Gráfica 2).

Sin que representara una diferencia importante en los dos grupos, se encontró que el 63.4% de los pacientes tiene un origen urbano, y que en la actualidad el 79.7% vive en la ciudad.

No hubo una significancia estadística comprobable para variables como la hipertensión arterial, la diabetes mellitus, el hipotiroidismo y el deterioro cognoscitivo leve. Tampoco la depresión ni las neoplasias resultaron con una diferencia significativa entre ambos grupos. El 26% de los pacientes del primer grupo tenían insuficiencia cardiaca, contra un 14% del grupo que no perdió peso; sin embargo, esto no resultó significativo estadísticamente. Mientras que en lo referente a la insuficiencia renal los porcentajes fueron 25% y 18%, respectivamente.

Tampoco hubo un diferencial real entre los pacientes con presencia de síndromes geriátricos o no, pero sí en quienes presentaban alteraciones dentales ($p = 0.006$), ya que éstas fueron reportadas en el 42% de los pacientes, pero este porcentaje se elevaba hasta el 53.01% en el primer grupo.

En cuanto al uso de medicamentos, de alguna manera esperada, el uso de diuréticos fue el único significativo ($p = 0.048$), ya que ni la presencia de polifarmacia fue distinta en ambos grupos.

En el grupo de patologías distintas a los síndromes geriátricos, la enfermedad pulmonar obstructiva crónica, enfermedad ácido péptica y los eventos vasculares cerebrales fueron los más frecuentes en el grupo de quienes perdieron peso ($p = 0.001$).

Discusión

Los resultados del presente estudio arrojan una muy importante diferencia con respecto a los estudios reportados previamente, que vale la pena comentar.

En los casos anteriores, desde un inicio se buscó encontrar la pérdida de peso significativa sin tener referencias previas, incluso en el concepto de esta entidad.

En este caso se incluyeron en el resultado final todas las variables analizadas en los estudios previos para el diagnóstico de pérdida de peso. Lo que dio como consecuencia que los resultados mostraran un porcentaje mucho mayor de quienes perdieron peso, contra quienes no lo hicieron. Se consideró la pérdida de peso no sólo como la pérdida del 5% del peso total, sino también se incluyeron las demás variables,

Tabla 2. Características principales de ambos grupos.

| Característica | Perdió peso | No hubo pérdida de peso | Valor de p |
|---|-----------------|-------------------------|------------|
| Edad | 77.07 (55 a 94) | 78.01 años (62-113) | 0.88 |
| Femenino | 48 | 57 | 0.538 |
| Masculino | 35 | 34 | 0.538 |
| Estado civil | | | 0.043 |
| Soltero | 29 | 39 | |
| Casado | 11 | 7 | |
| Unión libre | 8 | 1 | |
| Divorciado | 1 | 1 | |
| Viudo | 35 | 41 | |
| Origen rural | 30 | 33 | 0.899 |
| Origen urbano | 53 | 56 | |
| Reside en área rural | 18 | 17 | 0.674 |
| Reside en área urbana | 65 | 72 | |
| Hipertensión arterial | 50 | 49 | 0.445 |
| Sin diagnóstico de HTA | 33 | 41 | |
| Diabetes mellitus | 22 | 27 | 0.618 |
| Sin diagnóstico de DM | 61 | 63 | |
| Hipotiroidismo | 10 | 9 | 0.808 |
| Sin hipotiroidismo | 73 | 82 | |
| Deterioro cognoscitivo (cualquier tipo) | 39 | 38 | 0.540 |
| Sin deterioro | 44 | 53 | |
| Deterioro cognoscitivo leve | 17 | 16 | 0.636 |
| No | 17 | 22 | |
| Demencia leve | 3 | 5 | 0.024 |
| Demencia moderada | 15 | 7 | |
| Demencia severa | 3 | 10 | |
| Depresión | 43 | 52 | 0.543 |
| No | 40 | 39 | |
| Neoplasias | 7 | 4 | 0.355 |
| No | 76 | 87 | |
| Insuficiencia cardíaca | 22 | 13 | 0.580 |
| No | 61 | 78 | |
| Insuficiencia renal | 24 | 19 | 0.291 |
| No | 59 | 72 | |
| Mala dentición | 44 | 29 | 0.006 |
| No | 39 | 62 | |
| Síndromes geriátricos | 73 | 72 | 0.154 |
| Sin síndromes geriátricos. | 10 | 19 | |
| Antihipertensivos (diferentes grupos) | 44 | 47 | 0.974 |
| Hipoglucemiantes | 83 | 91 | 0.693 |
| Antidepresivos | 30 | 29 | 0.546 |
| Antisicóticos | 5 | 4 | 0.855 |
| Diuréticos | 20 | 12 | 0.048 |
| Hipolipemiantes | 8 | 12 | 0.487 |
| EPOC | 17 | 11 | 0.001 |
| Evento vascular cerebral | 12 | 3 | |
| Enfermedad ácido péptica | 16 | 4 | |

Se refleja la importancia que guardan el uso de diuréticos, las alteraciones dentales, el estado civil y las distintas patologías estudiadas, con la pérdida de peso involuntaria.

como la queja de la pérdida de peso y el no esperar hasta los 6 meses para hacer un diagnóstico, ya que esto habría llevado a un deterioro global pronunciado en los pacientes, por lo que también se tomó en cuenta la variable de la pérdida de más de un kilogramo por mes.

Además, al hacer un diagnóstico tan temprano se logró que en el 70.7% de los pacientes con pérdida de peso, ésta se detuviera o revirtiera al intervenir de manera activa, con ello se logró en muchos casos la recuperación de algún porcentaje del peso perdido. En el resto no se pudo documentar debido a que los pacientes ya no llevaron seguimientos subsecuentes.

Es muy importante señalar que la presencia de síndromes geriátricos fue muy similar en ambos grupos, ya que se encontró el diagnóstico de los mismos en 274 ocasiones dentro del grupo que perdió peso (es decir 1.57 síndromes por cada participante), y en el grupo en quien no se demostró la pérdida de peso significativa hubo hasta 257 síndromes geriátricos (1.47 síndromes por cada participante).

En el caso de las distintas patologías estudiadas se encontró que quienes perdieron peso tenían diagnóstico de al menos 1.35 patologías por cada participante, mientras que en el segundo grupo cada participante tenía diagnóstico de 0.72 patologías.

Con estas situaciones finales se puede entender el porque el paciente geriátrico suele estar involucrado con más situaciones clínicas a la vez, a diferencia de los pacientes más jóvenes.

Conclusiones

Como factores relacionados con la pérdida de peso se encuentran el estado civil, los diferentes grados de demencia, la mala dentición, el uso de diuréticos, así como la enfermedad pulmonar obstructiva crónica, la enfermedad ácido péptica y los eventos cerebrovasculares.

Se observó de manera importante que en los pacientes la pérdida de peso obedece a causas multifactoriales, más que a patologías aisladas, como frecuentemente sucede en los pacientes más jóvenes.

El identificar la pérdida de peso involuntaria de manera temprana da la posibilidad de intervenir oportunamente y de evitar la progresión del deterioro global, e incluso de poder evitar el incremento de síndromes

geriátricos como la desnutrición, la fragilidad, la inmovilidad y la dependencia del paciente hacia sus cuidadores.

Nota: Los estudios se realizaron en el Hospital Metropolitano de la SSNL y no se requirió de financiamiento externo, por lo que no existió alguna tendencia a realizarlo o algún conflicto de interés.

Referencias bibliográficas:

1. Marton, Keiht I.; Sox, Harold C.; Krupp, Jan R. Involuntary weight loss: Diagnostic and prognostic significance. *Annals Of Internal Medicine*. 1981; 95: 568-574.
2. Mordechai Rabinovitz, Silvio D. Pitlik, Moshe Leifer, Moshe Garty, Joseph B. Rosenfeld. Unintentional weight loss: A retrospective analysis of 154 cases. *Arch Intern Med*; 1986; 146: 186-187.
3. Huerta Guillermo, Viniegra Leonardo. La pérdida ponderal involuntaria como problema clínico. *La Rev. Invest Clin (Mex)* 1989; 41: 5-9.
4. Cruz, Genaro, Chávez-Negrete A, Frati M. A. Altamirano Perla. Pérdida de peso involuntaria, diagnóstico y significancia clínica. *Rev. Asoc Med Int*. 1989; 5(4) 176.
5. Bouras, Ernest P; Lange, Stephen M; Scolapio, James S, MD; Rational Approach to patients with unintentional weight loss. *Mayo Clinic Proceedings*, 2001; 76 (9): 923-929.
6. Gazewood, John D.; Merh, David R. MD. Diagnosis and management of weight loss in the elderly. *The Journal Of Family Practice* 1998; 47 (1): 19-25.
7. Akio Inui. Cancer anorexias-cachexia syndrome: Current issues in research and management. *A Cancer Journal for Clinicians*. 52: 2; 91.
8. Maria Eugenia Galván-Plata. Disminución de peso inexplicada. *Temas de Medicina Interna, Interamericana Mc Graw-Hill*. 1994, Vol. II, Número 1: 111-118.
9. Marton Keith. Enfoque del paciente con pérdida de peso involuntaria. Kelley, Medicina interna, Edito Panamericana, 1993, pág 2342.
10. National Task Force on the prevention and Treatment of obesity. Weight cycling. *Jama*, 1994; 272 (15): 1196-1202.
11. Adam Gilden Tsai, Thomas A. Wadden Systematic review: An evaluation of major commercial weight loss programs in the United States. *Ann Intern Med*, 2005: 142: 56-66.
12. Anna B. Fraser; David A. Grimes. Effect of lactation on maternal body weight: A systematic review. *Obstetrical and Gynecological Survey*, 2003; 58 (1): 265-269.
13. Mellar P. Davis, Robert Dreicer, Declan Walsh, Ruth Lagman, and Susan B. Le Grand. Appetite and cancer-associated anorexia: A review. *J Clin Oncol* 2004; 22: 1510-1517.
14. Collen Corcovan; Steven Grinspoon. Treatments for wasting in patients with the acquired immunodeficiency syndrome. *The New England Journal of Medicine*. 1999; pág. 1740-1750.
15. Harry Rubin Cancer cachexia: Its correlations and causes. 2003; 100 (9): 5385-5389.
16. Philip S. Meher, MD Diagnosis and care of patients with anorexia nervosa in primary care settings. *Ann Intern Med*, 2001; 134: 1048-1059.
17. Blazer D, Williams CD. Epidemiology of dysphoria and depression in and elderly population. *American Journal of Psychiatry*. 1980;137:439-444.

18. Broke Huffman, G. Evaluating and treating unintentional weight loss in the elderly. *American Family Physician* 2002; 65: 640-50.
19. Guigoz Y, Vellas B, Garry PJ. Assessing the nutritional status of elderly: The mininutritional assessment as part of geriatric evaluation. *Nutr Rev* 1996; 54: S59-65.
20. Rolland, Yves; Moon-Jong, Kim; Gammack, JK, et.al Office management of weight loss in older persons. *The American Journal of Medicine* 2006; 119: 1019-1026.
21. Kardinal CG; Loprinzi CL; Schaid DJ; et. Al. A Controlled trial of cyproheptadine in cancer patients with anorexia and/or cachexia. *Cancer* 1990; 65:2657-62.
22. Hernandez JL; Matorras P; Riancho; Gonzalez-Macias. Involuntary weight loss without specific symptoms: A clinical prediction score of malignant neoplasm. *Q J Med* 2003; 96:649 – 655.

Correspondencia:

Dr. Julio César Dávila Valero

Email: dr.jdavila@hsj.com.mx