



## Significado de la pérdida de peso en pacientes hospitalizados.

Masier G., Salomón S., Campodónico V., Carena J.  
Servicio de Clínica Médica. Hospital Luis Lagomaggiore  
Facultad de Ciencias Médicas. UNCuyo. Mendoza. Argentina.

**Palabras clave:** pérdida de peso, pacientes hospitalizados

**Key words:** weight loss, hospitalized patients

### Resumen

La pérdida involuntaria de peso es un predictor independiente de morbimortalidad, especialmente en ancianos, pacientes con cáncer, SIDA y postoperatorios. Con el objeto de determinar la significación clínica de la pérdida de peso en pacientes internados, se estudiaron 100 pacientes. La edad media fue de 57.6 años ( $DS \pm 11.04$ ); 38% mayores de 65 años y 62% hombres. La permanencia hospitalaria media fue de 13 días, superior a la media del servicio (7,3 días). El 61% pertenecían a clase social baja y 25% eran desocupados. En el 100% fue involuntaria y en ninguno fue causa de hospitalización. Tenían hiporexia 61 pacientes y 57 malnutrición. El IMC fue inferior a 20 en el 50% de los casos. La causa fue determinada en el 70% y en 72% se relacionó con la enfermedad de base, en 27% con trastornos alimentarios y con fármacos en 1%. Las etiologías más frecuentes fueron: neoplasias (34 pacientes), enfermedades crónicas (24), TBC (3) y SIDA (3). El 46% desarrollaron infecciones nosocomiales y el 100% tenían comórbidas (alcoholismo 26%, depresión 22%, diabetes 20%, EPOC 11%, insuficiencia cardiaca, cirrosis y demencia 8% c/u e insuficiencia renal 6%). La mortalidad fue del 18% y las causas más frecuentes fueron sepsis severa, fallo multiorgánico y neoplasias.

Conclusiones: La pérdida significativa de peso en el paciente hospitalizado se caracterizó por ser involuntaria, asociada a clase social baja, a malnutrición, a alta tasa de comorbilidad, a predisposición a infecciones nosocomiales, secundaria a enfermedades crónicas, neoplasias, tuberculosis y SIDA y a una tasa de mortalidad elevada.

### Abstract

Involuntary weight loss has been shown to predict increased morbidity and mortality, especially in the elderly populations, cancer, AIDS and postoperative patients. This study was designed to assess the clinical impact of a significant weight loss in hospitalized patients. One hundred patients were included, (age 57.6 years  $\pm 11.04$ , 62% males). The length of hospitalization was 13 days, 6 days higher than the average of the clinical service. Sixty one patients had a low income and 25% were unemployed. The weight loss was not the cause of admission of any of the patients and was involuntary and present before admission in all patients. Fifty seven patients had malnutrition and the origin of weight loss was established in 70% of all patients and was related to chronic diseases in 72%, cancer (34 patients), chronic medical conditions (24), tuberculosis (3) and HIV infections (3), alimentary disorders in 27% and medication in 1%. Forty six patients developed nosocomial infections, mainly pulmonary and urinary infections and comorbid conditions were present in 100% of patients: alcoholism (26%), depression (22%), diabetes mellitus (20%), chronic obstructive lung disease (11%), congestive heart failure (8%), liver

cirrhosis (8%), dementia (8%) and chronic renal failure (6%). The mortality of this group was 18% and was related to severe sepsis, multiorgan failure and cancer.

Conclusions: The involuntary weight loss in this group of hospitalized patients was associated to poverty, malnutrition, comorbid diseases, predisposition to nosocomial infections, usually secondary to chronic medical conditions, malignant diseases, tuberculosis and AIDS and increased mortality.-

## **Introducción**

La pérdida de peso es una problemática frecuente en la práctica clínica diaria que ocurre en el 8-15% de los pacientes ambulatorios, en el 15-65% de los internados y hasta en el 65% en los asilos y es un predictor independiente de morbimortalidad, sobre todo en ancianos (1, 2, 3, 4, 5).

Con el objeto de analizar las características epidemiológicas, etiologías y morbimortalidad y para conocer datos de nuestro medio, realizamos un estudio prospectivo en todo paciente internado en quien se detectaba una pérdida significativa de peso.

## **Material y Métodos**

Se efectuó un análisis protocolizado, descriptivo y observacional de todos los pacientes con pérdida significativa de peso, definida como pérdida superior al 10% del peso corporal en un año, o más de 5 kg en los últimos 6 meses o mayor de 2,5 kg en mayores de 65 años (3) internados en el Servicio de Clínica Médica durante un periodo de 17 meses. Los datos fueron procesados con Epi-Info 6.4. Se utilizaron como métodos estadísticos la prueba de Chi<sup>2</sup>, medidas de tendencia central (promedio), DS e intervalo de confianza del 95%. El criterio de significación fue establecido para un error alfa menor del 5% ( $p < 0.05$ ).

## **Resultados**

Se estudiaron 100 pacientes con pérdida significativa de peso, la cual fue involuntaria en el 100% de los casos y en ninguno fue el motivo de la hospitalización. La edad promedio fue de 57.6 años (DS±11.04), el 38% (I.C.95%:28,48-48,25) eran mayores de 65 años, con predominio del sexo masculino (62%) (I.C.95%:51,75-71,52). La estadía hospitalaria media fue de 13 días (DS±3,10) superior a la media del servicio (7 días) y el 50% (I.C.95%:39,83-60,17) de los pacientes tenían un IMC<20. El 25% eran desocupados, 11% vivían solos, de los cuales 8% eran varones. El 61% (I.C.95%:50,73-70,60) eran de clase social baja y un 5% (I.C.95%:1,64-11,28) indigentes.

El 61% de los pacientes tenían hiporexia, el 35% apetito conservado y sólo el 4% hiperorexia. El 47% tenía desnutrición por impresión clínica y el 10% presentaba caquexia. El alcoholismo fue la comórbida más común (26%) (I.C.95%:17,74-35,73), seguido de la depresión (22%) (I.C.95%:14,33-31,39) la diabetes mellitus (20%) (I.C.95%:12,67-29,18), EPOC (11%) (I.C.95%:5,62-18,83), insuficiencia cardíaca, cirrosis y demencia 8% cada uno (I.C.95%:3,52-15,16) y 6 pacientes (I.C.95%:2,23-12,60) tuvieron insuficiencia renal crónica. Se pudo identificar una causa de pérdida de peso en el 70% de los casos. La etiología más frecuente estuvo relacionada con la enfermedad de base en el 72% de los pacientes (I.C.95%:62,13-80,52), en el 27% (I.C.95%:18,61-36,80) con la alimentación y sólo en el 1% (I.C.95%:0,03-5,45) con la medicación. Con respecto a la enfermedad de base, 14 pacientes tenían más de una; 34 presentaron neoplasias (48.5%), 30 sólidas (pulmonares (7), digestivas (10), riñón, mama, tumor de Askin, neurofibrosarcoma, vejiga, cervix, ovario, próstata, cerebro (1 cada uno), seminomas (1), orofaríngeos (1) y neoplasia oculta (2)) y 4 hematológicas (1 linfoma, 2 leucemias mieloides agudas y 1 mieloma múltiple). En 24 (15,7%) pacientes la causa fue una enfermedad crónica descompensada: diabetes 3, cirrosis hepática 5, insuficiencia renal crónica 4, enfermedad celíaca 2, hipertiroidismo 2, hipopituitarismo, insuficiencia adrenal, sarcoidosis, vasculitis, fibrosis pulmonar 1 caso cada uno, demencia 1 y depresión 2. En 3 (8,5%) pacientes la causa fue TBC y HIV-SIDA en 3 (8,5%). No

se encontraron diferencias significativas al comparar la presencia de malnutrición en los pacientes con pérdida de peso de causa conocida (n=27, 38,5%) y desconocida (n=7, 23,3%) (p=0,1). El hematocrito medio fue de 32,2%, leucopenia (<4.000 leucocitos/mm<sup>3</sup>) tuvo el 18% de los casos, linfopenia el 29% y albúmina inferior a 3,5 mg% el 84,6%. El 46% de los pacientes desarrollaron infecciones intrahospitalarias. Las neumonías nosocomiales fueron las más frecuentes: 14 casos; le siguieron las infecciones urinarias con 7. La mortalidad global fue del 18%, mayor a la media del servicio en ese periodo de tiempo (9%) (I.C.95%:11,03–26,95), y ocurrió significativamente en pacientes más añosos (edad media: 64 (DS±13,4) vs 56 (DS±17,6) años) (p<0,01), con índice de Karnofski bajo (66,6 (DS±10,2) vs. 73,1 (DS±13,5)) (p<0,057), hiporexia (88,9% vs 59,2%) (p<0,001) y con desarrollo de complicaciones infecciosas (88,9% vs 36,6%) (p<0,00005). En los 18 pacientes fallecidos fue más frecuente el sexo masculino (n=13, 72,2%), con IMC<20 (n=11, 61,1%) y de clase social baja (n=10, 55,5%).

La muerte se relacionó con la presencia de neoplasias terminales en 6 pacientes, un paciente falleció por CID, uno por insuficiencia hepática y 10 por fallo multiorgánico.

## Discusión

La pérdida significativa de peso es un marcador inespecífico de enfermedades orgánicas y funcionales y compromete la duración y la calidad de vida (6, 7). Duplica la mortalidad por todas las causas en pacientes mayores de 65 años de edad, el riesgo y mortalidad quirúrgica y la permanencia hospitalaria (8). En pacientes con cáncer es un marcador de progresión, de mal pronóstico y de mortalidad precoz, independientemente del estadio de la enfermedad, del tipo histológico y del status performance (9). También predispone al desarrollo de escaras de decúbito, retarda la cicatrización de heridas y duplica el riesgo de infecciones comunitarias y nosocomiales (10). Se la asocia a progresión y a reducción de la sobrevida en pacientes con SIDA y demencia (11). En asilos una pérdida de peso superior al 5% en 1 mes cuadruplica el riesgo de muerte en 1 año (4).

Aproximadamente el 25% de los pacientes mueren dentro del primer año de detectada la pérdida de peso y si la misma es progresiva y persistente aumenta el riesgo en un 31% (12, 13, 14). En los pacientes internados con pérdida de peso, la mortalidad a los 2 años de seguimiento oscila entre el 20 y el 38% (12, 13, 15).

En nuestro estudio, la mortalidad global de los pacientes con pérdida de peso fue del 18%, mayor a la media del servicio (9%) y ocurrió comúnmente en los mayores de 65 años, con hiporexia, Karnofski bajo y desarrollo de infecciones nosocomiales (p<0,05).

Un estudio de Wallace en hombres veteranos ambulatorios con pérdida involuntaria de peso encontró que la mortalidad a los dos años (36%) no fue significativamente mayor que en aquéllos con pérdida voluntaria de peso (28%). Esto sugiere, que en adultos mayores, la pérdida de peso progresiva es marcadora de riesgo, aun si ocurre voluntariamente. Un BMI inferior a 17,5 se asocia a significativa mortalidad aun después de los 74 años (16).

La pérdida de peso es involuntaria en el 15 al 65% de los casos, sobre todo en mayores de 65 años (2, 15, 17). En nuestra serie lo fue en el 100% de los casos y no hubo diferencias en la presencia de malnutrición entre pacientes con pérdida de peso de causa conocida o desconocida.

Puede encontrarse una causa en el 75% de los casos, siendo orgánicas no neoplásicas en el 40-50%, psiquiátricas en el 9-20% y neoplásicas en el 15-35%, con variaciones según el grupo etáreo (3, 12, 13, 15, 17). Acorde con estos datos, identificamos una causa de pérdida de peso en el 70% de nuestros pacientes y en el 72% se atribuyó a la enfermedad de base, predominantemente tumores, la mayoría clínicamente evidentes. Un estudio realizado en 154 pacientes internados mayo-

res de 60 años encontró que el cáncer fue la causa predominante de pérdida de peso en el 36%, seguida por las enfermedades digestivas en el 17% y psiquiátricas (demencia y depresión) en el 10% (13). En los pacientes internados con pérdida involuntaria y significativa de peso debe descartarse una enfermedad neoplásica, sobre todo en mayores de 60 años, en tanto en los ambulatorios el cáncer se encuentra en no más del 10% de los casos (6, 7).

Es muy importante recordar que en el 30% de los casos la pérdida de peso es la única manifestación clínica de la enfermedad causal (6, 18).

Wilson (1) encontró sobre un total de 1.017 pacientes ambulatorios, 408 mayores de 65 años y 609 entre 18 y 64 años, una incidencia de malnutrición del 11% en mayores de 65 años y del 7% en aquéllos entre 18 y 64 años. En sólo el 43% y el 12% respectivamente la malnutrición fue reconocida clínicamente y la pérdida de peso fue la manifestación más común (46 y 66% respectivamente). En los mayores de 65 años la principal causa de pérdida de peso fue la depresión (29,5%), el cáncer (9,1%) (pulmón, páncreas y estómago), la insuficiencia cardíaca y el EPOC (4,6% c/u), demencia (4,5%), diabetes y alcohol (11,4% c/u). En los menores de 65 años la pérdida de peso fue intencional en el 19,5%; la diabetes y el alcohol fueron las causas en el 12,1%, la anorexia nerviosa y la medicación en el 2,4% c/u y la insuficiencia cardíaca y el EPOC en el 7,2% c/u (1). La depresión debe ser fuertemente considerada si la evaluación clínica inicial no revela anormalidad orgánica evidente y más aun si la batería humoral básica es normal. Recordar que la evaluación clínica es el método diagnóstico más seguro y confiable para malnutrición con una correlación inter-observador superior al 80% y alcanza un rendimiento del 90% cuando se la combina con la antropometría y la albuminemia (19).

La medicación es causa en el 8 a 14%, sobre todo en ancianos; las sustancias más frecuentemente implicadas son: tabaco, alcohol, cocaína, anfetaminas, opiáceos, digitálicos, laxantes, antibióticos, neurolépticos, psicotrópicos, AINES y citostáticos (1, 4, 17).

La causa de la pérdida de peso, en general, es claramente evidente en el 75% de los casos con sólo una evaluación básica minuciosa. Las enfermedades psiquiátricas y las evaluaciones no diagnósticas son también muy comunes (1, 15). En el anciano una buena regla es atribuir la pérdida de peso al envejecimiento sólo cuando la misma no es progresiva ni rápida, no se acompaña de deterioro funcional y se han excluido causas orgánicas y psiquiátricas. La pobreza, la tristeza, el aislamiento, la soledad, el maltrato son causa de pérdida de peso en este grupo etáreo y siempre deben ser investigados (5).

En el estudio de Marton (12) resultaron indicadores de causa orgánica de pérdida de peso el antecedente de tabaquismo, TBC y HIV; edad avanzada; vómitos, cambios recientes en la tos; hallazgos anormales en el examen físico; fatiga y disminución de la capacidad funcional; anemia y eritrocitos mayor de 40 mm, hipoalbuminemia, hiperalfa 2 e hipergammaglobulinemia y FAL aumentada.

En pacientes internados con pérdida de peso y malnutrición el soporte nutricional permite preservar la masa muscular y proteica y mejora la capacidad fisiológica y la respuesta inmune. En pacientes incapaces de nutrición oral se prefiere, si hay intestino funcionante, la nutrición enteral que tiene las siguientes ventajas respecto a la nutrición parenteral total:

1. Tiene un efecto proliferativo y trófico sobre la mucosa intestinal
2. Restaura la integridad funcional del intestino y evita su atrofia, presente en estados de inanición y malnutrición .
3. Previene la translocación bacteriana, la endotoxemia y la colonización.
4. Mejora la respuesta inmune intestinal y sistémica.
5. Previene la hemorragia digestiva, reduce el hipercatabolismo y el SIRS.

6. Es inocua, fisiológica, de bajo costo y fácil administración y bien tolerada

Se recomiendan aminoácidos de cadena ramificada porque aumentan la síntesis proteica y disminuyen la morbimortalidad en pacientes críticos y/o sépticos y ácidos grasos de cadena corta que aumentan el flujo sanguíneo intestinal y la producción de hormonas intestinales. Es conveniente adicionar ácidos grasos omega 3 (tienen actividad anticitoquina), glutamina (mantiene la integridad funcional e inmune del intestino), arginina (estimula la inmunidad celular, y la proliferación del enterocito) y micronutrientes (zinc). El soporte nutricional se ha asociado a mejora en la sobrevivencia en pacientes con enfermedad potencialmente reversible (SIDA, politraumatizados, post operatorios) y acorta la duración de la hospitalización. También mejora la capacidad funcional, reduce la disfunción de órganos, las infecciones y las escaras (20, 21).

En cualquier paciente con pérdida significativa de peso, si luego de una evaluación bio-psico-social-nutricional y clínica minuciosa no se encuentra una clave clínica orientadora, que sólo ocurre en menos del 25% de los casos, se sugieren los siguientes test diagnósticos:

- |                                     |                                |
|-------------------------------------|--------------------------------|
| 1° Hemograma, eritro y PCR          | 2° Orina, urea y creatininemia |
| 3° Glucemia                         | 4° Kalemia y natremia          |
| 5° Calcemia y fosfatemia            | 6° GOT-GPT-FAL                 |
| 7° TSH, T4 y T3 libre               | 8° Rx de Tórax                 |
| 9° Proteinograma por electroforesis | 10° PPD                        |

Si con lo anterior no se tiene una orientación y no se obtiene alguna clave diagnóstica se debe solicitar serología para HIV, PSA, Mamografía y PAP, sangre oculta en heces y anticuerpos antitransglutaminasa. Otros tests diagnósticos (endoscopías, ecografías, TAC y biopsias) sólo se solicitan si hay evidencia clínica o humoral que lo justifique.

En el 25% de los pacientes en quienes no se encuentra la causa, se debe hacer un seguimiento clínico periódico con control riguroso del peso durante 6 a 12 meses, tiempo en el cual se hacen evidentes más del 95% de las enfermedades orgánicas. Pasado este lapso de tiempo, el pronóstico es bueno, aun sin encontrar una causa de la pérdida de peso (6, 7, 18).

### **Bibliografía**

1. Wilson M, Vaswani S, Liu D. Prevalence and causes of undernutrition in medical outpatients. *Am J Med* 1998; 104:57-63.
2. Moriguti J. Involuntary weight loss in elderly individuals: assessment and treatment. *Sao Paulo Med* 2001; 119:2-11.
3. Robbins L. Evaluation of weight loss in the elderly. *Geriatrics*. 1989; 44:31-37.
4. Morley J, Keaenzle D. Causes of weight loss in a community nurse home. *J Am Geriatr Soc* 1994; 42:583-585.
5. Mowe-Morten K, Bohmer T. The prevalence of protein caloric undernutrition in a population of hospitalized elderly patients. *J Am Geriatr Soc* 1991; 39:1089-1092.
6. Bouras E, Lange Scolapio J. Rational approach to patients with unintentional

- weight loss. *Mayo Clin Proc.* 2001; 76:923-929.
7. Reife C. Involuntary weight loss. *Med Clin NA* 1995; 79:299-314.
  8. Windsor J, Hill G. Weight loss with physiologic impairment. A basic indicator of surgical risk. *Ann Surg* 1988; 207:209-216.
  9. Dewys W, Begg C, Lauin P. Pronostic affect of weight loss prior to chemotera-phy in cancer patients. *Am J Med* 1980; 69: 491-497.
  10. Wallace J, Schwartz R, LaCroix A. Involuntary weight loss in older out patients: Incidence and clinical significance. *J Am Getriatr Soc* 1995; 43:329-337.
  11. Kotler D, Tierny A, Wang J. The magnitude of body cell mass depletion and the timing of death from wasting in AIDS. *Am J Clin Nutr* 1989; 50:444-447.
  12. Marton K, Sox H, Krupp J. Involuntary weight loss diagnostic and prognostic significance. *Ann Intern Med* 1981; 95:568-574.
  13. Rabbiovitz M, Pitlik S, Leifer M. Unintentional weight loss: a retrospective analysis of 154 cases. *Arch Intern Med* 1986; 146:186-187.
  14. Greg E, Gerzoff R, Thompson T. Intentional weight loss and death in overweight and obese U S adult 35 years of age and older. *Ann Intern Med* 2003; 138: 383-389.
  15. Thompson M, Morris L: Unexplained weight loss in the ambulatory elderly. *J Am Geriatr Soc* 1991; 39:475-501.
  16. Becker A, Grinspoon S, Klibanski A.. Eating disorders. *N Engl J Med* 1.999; 340:1092-1098.
  17. Brooke Huffman G. Evaluating and treating unintentional weight loss in the elderly. *Am Fam Physician* 2002; 65:640-650.
  18. Wise G, Craig D. Evaluation of involuntary weight loss. Where do you start? *Postgr Med* 1994; 95:143-150.
  19. Pfau P, Rombeau J. Nutrition. *Med Clin North Am* 2000; 84:1209-1230.
  20. Wood A. Nutritional support. *N Engl J Med.* 1997; 336:41-48.
  21. Kotler D. Cachexia. *Ann Intern Med* 2000; 133: 622-634.