

## **PARTE II:**

### **Pérdida de Peso**

**GUÍA DE DIAGNÓSTICO Y MANEJO**

**24**



**ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD**  
Oficina Regional de la  
**ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD**

## OBJETIVOS

1. Aplicar un protocolo de evaluación para el diagnóstico.
2. Reconocer cuando la pérdida de peso es clínicamente significativa.
3. Identificar las causas más frecuentes de baja ponderal en el adulto mayor.
4. Definir la conducta a seguir según la situación nutricional identificada.

## 1.- DEFINICIÓN DEL PROBLEMA

La pérdida de peso, en sí misma no causa problemas de salud, pero hace que las personas mayores sean más vulnerables a la desnutrición y por lo tanto, a enfermar. La **pérdida significativa de peso relativa al tiempo** se define como<sup>1</sup>:

- Pérdida de 5 libras (aproximadamente 2 kg) en 1 mes.
- 5% de pérdida de peso en 1 mes.
- 7.5% de pérdida de peso en 3 meses.
- 10% de pérdida de peso en 6 meses.

Por el envejecimiento, el cuerpo puede perder peso a causa de numerosos factores:

- Menor contenido de agua en el organismo.
- Reducción de la masa ósea.
- Pérdida de masa muscular.
- Adelgazamiento del tejido conectivo.

El problema es importante porque:

- Es frecuente.
- Suele ser multifactorial.
- Participan factores psicosociales.
- Tiene efectos deletéreos inespecíficos.
- Tiene gran repercusión funcional.
- Suele haber grandes dificultades para la recuperación ponderal.

### 1.1.- FORMAS DE PRESENTACIÓN

Usualmente, el paciente no se queja de pérdida de peso. Es necesario deliberadamente interrogar al respecto y tratar de precisar variaciones ponderales recientes con base a cambios en la talla, la vestimenta o el aspecto físico, estableciendo comparaciones con pesos previamente registrados (ver módulo 5) siempre que sea posible.

---

<sup>1</sup>Barrocas A, Belcher D, Champagne C, Jastram C. Nutrition assessment practical approaches. Clin Geriatr Med 1995 Nov; 11(4): 675-713

## 2.- BASES PARA EL DIAGNÓSTICO

### 2.1.- PRINCIPALES CAUSAS

Causas más probables (las D's):

# D

Dolencias (enfermedad)  
Depresión  
Demencia  
Diarrea  
Disfagia  
Disgeusia (mal sabor persistente)  
Dentición  
Drogas  
Discapacidad

El individuo sin ingresos o con bajos ingresos, con deterioro funcional o que vive socialmente aislado es especialmente vulnerable a la pérdida de peso.

### 2.2.- DIAGNÓSTICO DEL PROBLEMA

Al interrogar al paciente precise si:

- **¿SE TRATA VERDADERAMENTE DE UNA PÉRDIDA DE PESO?**  
Verifique los criterios arriba mencionados.
- **¿CUÁL ES EL TIEMPO DE EVOLUCIÓN?**
- **¿EN QUÉ CONTEXTO PSICOSOCIAL SE DA LA PÉRDIDA DE PESO? ¿HA HABIDO CAMBIOS RECIENTES EN EL MISMO?**
- **PIENSE SIEMPRE EN CUATRO CAUSAS FRECUENTES EN ADULTOS MAYORES:**
  - Pobreza.
  - Dependencia (funcional, social).
  - Depresión.
  - Iatrogenia.
- **¿ESTÁ LIGADA A ALGUNA PATOLOGÍA SOMÁTICA O PSIQUIÁTRICA EVIDENTE?**  
La anamnesis suele ser útil para precisarlo.

- **¿ES LA PÉRDIDA DE PESO UN FENÓMENO AISLADO?**

Descarte rápidamente una causa orgánica curable, particularmente entre las que se citan a continuación:

**CUADRO 23.1. NUEVE CAUSAS DE PÉRDIDA DE PESO QUE SIEMPRE DEBEN INVESTIGARSE**

---

Diabetes descompensada	Glucemia en ayuno.
Hipertiroidismo	Pruebas de función tiroidea: TSH, T3 y T4.
Esofagitis o úlcera duodenal	Endoscopia o, en su defecto, serie esófago-gastro-duodenal.
Tuberculosis pulmonar o extrapulmonar	Radiografía simple del tórax, búsqueda de BAAR en secreciones corporales.
Absceso profundo	Búsqueda de indicadores de un síndrome inflamatorio: VSG (o velocidad de eritrosedimentación), proteína C-reactiva, biometría hemática.
Malabsorción	Examen coprológico.
Colagenosis	Búsqueda de un síndrome inflamatorio: VSG, proteína C-reactiva.
Baja ingesta	Vigilancia y cuantificación de la ingesta.
Cáncer	Su investigación puede requerir referencia al siguiente nivel de atención.

---

### **3.- BASES PARA EL MANEJO DEL PROBLEMA**

#### **3.1.- INTERVENCIONES ESPECÍFICAS**

- Indudablemente, el mejor abordaje es el tratamiento específico de la causa primaria, siempre que ésta se haya identificado, por lo cual todos los esfuerzos se orientarán de primera intención a este fin.
- Conviene hacer una cuidadosa evaluación de los fármacos en busca de polifarmacia y/o efectos secundarios de fármacos con influencia sobre el apetito (digoxina, fluoxetina).
- Es necesario revisar las restricciones vigentes sobre la dieta y adaptarla a los gustos y preferencias del individuo. Para ello, debe derivarse a profesionales especialistas en nutrición. Cabe considerar la indicación para el empleo de

suplementos de fácil ingestión y elevada concentración calórica y proteica. Hay una gran variedad de suplementos comerciales a disposición del médico, pero generalmente de costo elevado y poco accesible para el adulto mayor. Puede considerarse la preparación de un suplemento casero de bajo costo.

- De resultar insuficiente el apoyo con las medidas anteriores para la recuperación ponderal y en presencia de desnutrición, se impone la necesidad de iniciar un apoyo nutricional en un nivel asistencial superior.

#### **PLAN DE SEGUIMIENTO:**

- En las primeras etapas y en tanto el diagnóstico se establece, es imperativo *establecer un seguimiento al menos semanal.*
- Desde la identificación del problema, es necesario *elaborar una curva ponderal con registro del peso, al menos semanal.*
- Monitoreo del apoyo nutricional para *cuantificar la ingesta y valorar la necesidad de indicar alimentación enteral.*

#### **3.2.- INTERVENCIONES GENÉRICAS**

- Es necesario considerar simultáneamente el apoyo psicológico, con independencia de la causa de la baja ponderal para facilitar la recuperación.
- Se impone la necesidad de orientar al cuidador primario y al propio enfermo acerca del monitoreo del peso, el valor nutritivo de los distintos grupos de alimentos a su alcance y las estrategias para aumentar la ingesta (modificar textura de la alimentación, agregar colaciones, modificar horarios, etc.).
- Es útil la participación en grupos que favorezcan la socialización y provean apoyo alimentario, particularmente en los casos donde predomina la pobreza, la dependencia y la depresión.
- Debe prestarse atención a la recuperación funcional. La actividad física, es crucial para la recuperación ponderal, siempre que no implique un gasto calórico excesivo.
- Rutinariamente, ha de evaluarse el estado dental del sujeto y su posible contribución al problema, estableciendo las medidas correctivas necesarias.

#### **3.3.- INDICACIONES DE REFERENCIA AL NIVEL SUPERIOR DE ATENCIÓN**

- La *ausencia de una causa aparente* para la baja ponderal o la *falla del tratamiento frente a una causa aparente identificada*, justifican la referencia.

#### **4.- PUNTOS CLAVES PARA RECORDAR**

- La depresión es una causa frecuente.
- No olvidar dos diagnósticos importantes: diabetes descompensada e hipertiroidismo.
- Un antecedente de cáncer no excluye la búsqueda de una causa asociada remediable.
- Considere los factores psicosociales.
- La pérdida de peso en adultos mayores no es necesariamente debida a desnutrición.
- La pérdida de peso suele ser recuperable.
- Para la intervención específica en el área nutricional es necesaria la presencia de un Nutriólogo.

## 5.- LECTURAS SUGERIDAS

Barrocas A, Belcher D, Champagne C, Jastram C. "Nutrition assessment practical approaches" in Clinics in Geriatric Medicine, 1995 Nov; 11(4):675-713

Beers, Mark H. y Robert Berkow (eds.) The Merck Manual of Geriatrics. Versión internet. [www.merck.com/pubs/mm\\_geriatrics/](http://www.merck.com/pubs/mm_geriatrics/)

Brooke, Grace Huffman. Evaluating and Treating Unintentional Weight Loss in the Elderly. American Family Physician Journal 2002, 65:4. (Se puede encontrar en el internet [www.aafp.org/afp](http://www.aafp.org/afp))

Evanz WJ, Campbell WW. Sarcopenia and age related changes in body composition and functional capacity. J Nutr 1993, 5:465-468.

Fundación Novartis para Estudios Gerontológicos: [www.healthandage.com](http://www.healthandage.com) , en la sección Health Centers, encontrará una sección sobre nutrición.

Goldberg, J.P. and Hellwig, J. Geriatric Nutrition: The Health Professional's Handbook; in Aging and the Cardiovascular System, edited by R. Chernoff. 2nd ed. May 1999.

Morley JE Why do physicians fail to recognize and treat malnutrition in older persons? J Am Ger Soc 1991, 39:1139-40.

Payette, H et al. Prediction of dietary intake in a functionally dependent elderly population in the community. American Journal of Public Health, 1995, 85:65: 677-683.

Wallace JI Involuntary weight loss in older outpatients: incidence, and clinical significance. J Am Ger Soc 1995, 43:329-333.