



Universidad de Costa Rica
Sistema de Estudios de Posgrado
Programa de Posgrado en Especialidades Médicas
Especialidad en Medicina Familiar y Comunitaria

“Abordaje diagnóstico de la pérdida de peso no intencional en población mayor de 60 años en atención primaria”

Tesis sometida a la consideración del programa de estudios de Postgrado de Especialidades Médicas para optar por el grado y título de Médico Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria.

Estudiante: Karla María Acuña Vargas

Tutora: Dra. Alejandra Cascante Gómez

Asesor: Dr. José Luis León Salas

II Semestre 2022

1 Dedicatoria

A Dios primero,

Por darme la oportunidad de vivir esta experiencia de crecimiento profesional y como persona. Le doy gracias por ayudarme en todos los momentos fáciles y difíciles, en los cuales nunca me abandonó y me enseñó que sí podía hacerlo.

A mis padres y mi hermano,

Qué han estado a mi lado desde pequeña a pesar de las circunstancias y qué han creído en mí.

A mi novio y futuro esposo,

Por apoyarme en cada momento y ser uno de los pilares fundamentales para seguir adelante. Espero continuar creciendo a tu lado.

2 Agradecimiento

A mi tutora de tesis la Dra. Alejandra Cascante,

Gracias por ser mi tutora de tesis y profesora, por su paciencia, esfuerzo, dedicación y tiempo. Le agradezco por acompañarme en lo que fue este proceso de elaboración del trabajo final de graduación.

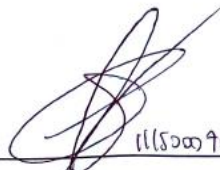
A mi lector, el Dr. José Luis León Salas

Gracias por ser mi lector de tesis y profesor de rotación, por todas las enseñanzas brindadas durante mi proceso de formación.

A mis profesores de postgrado

Gracias a todos los que me ayudaron y enseñaron a convertirme en una mejor persona y profesional.

"Esta Tesis fue aceptada por la Comisión del Programa de Estudios de Posgrado en Especialidades Médicas de la Universidad de Costa Rica, como requisito parcial para optar al grado y título de Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria"



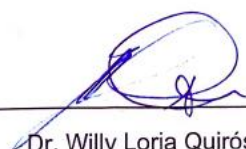
1150090 cod. 9570

Dra. Alejandra Cascante Gómez
Médico Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria
Tutora



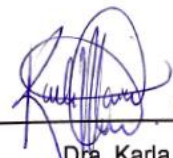
Dr. José Luis León Salas
Medicina Familiar y
Comunitaria
Cód. 7351

Dr. José Luis León Salas
Médico Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria
Lector



Dr. Willy Loria Quirós
ESPECIALISTA MEDICINA
FAMILIAR Y COMUNITARIA
CODIGO 3486

Dr. Willy Loria Quirós
Médico Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria
Coordinador del Programa de Posgrado en Medicina Familiar y Comunitaria



115040700

Dra. Karla Acuña Vargas
Residente de Medicina Familiar y Comunitaria
Sustentante



UNIVERSIDAD DE
COSTA RICA

SEP Sistema de
Estudios de Posgrado

Autorización para digitalización y comunicación pública de Trabajos Finales de Graduación del Sistema de Estudios de Posgrado en el Repositorio Institucional de la Universidad de Costa Rica.

Yo, Karla Acuña Vargas, con cédula de identidad 1-1504-0700, en mi condición de autor del TFG titulado “
Abordaje diagnóstico de la pérdida de peso no intencional en población mayor a 60 años en atención primaria”

Autorizo a la Universidad de Costa Rica para digitalizar y hacer divulgación pública de forma gratuita de dicho TFG a través del Repositorio Institucional u otro medio electrónico, para ser puesto a disposición del público según lo que establezca el Sistema de Estudios de Posgrado. **SI X NO**

*En caso de la negativa favor indicar el tiempo de restricción: _____ año (s).

Este Trabajo Final de Graduación será publicado en formato PDF, o en el formato que en el momento se establezca, de tal forma que el acceso al mismo sea libre, con el fin de permitir la consulta e impresión, pero no su modificación.

Manifiesto que mi Trabajo Final de Graduación fue debidamente subido al sistema digital Kerwá y su contenido corresponde al documento original que sirvió para la obtención de mi título, y que su información no infringe ni violenta ningún derecho a terceros. El TFG además cuenta con el visto bueno de mi Director (a) de Tesis o Tutor (a) y cumplió con lo establecido en la revisión del Formato por parte del Sistema de Estudios de Posgrado.

FIRMA ESTUDIANTE

Nota: El presente documento constituye una declaración jurada, cuyos alcances aseguran a la Universidad, que su contenido sea tomado como cierto. Su importancia radica en que permite abreviar procedimientos administrativos, y al mismo tiempo genera una responsabilidad legal para que quien declare contrario a la verdad de lo que manifiesta, puede como consecuencia, enfrentar un proceso penal por delito de perjurio, tipificado en el artículo 318 de nuestro Código Penal. Lo anterior implica que el estudiante se vea forzado a realizar su mayor esfuerzo para que no sólo incluya información veraz en la Licencia de Publicación, sino que también realice diligentemente la gestión de subir el documento correcto en la plataforma digital Kerwá.

CARTA DE REVISION FILOLÓGICA

Lunes 21 de noviembre, 2022

**Posgrado en Especialidades Médicas
Especialidad en Medicina Familiar y Comunitaria
Universidad de Costa Rica**

Por este medio yo, Karol Jiménez García, mayor, casada, filóloga y profesora de español, incorporada al Colegio de Licenciados y Profesores, con el número de carné: 039257, vecina de Desamparados, portadora de la cédula de identidad: 1-1101-0902, hago constar:

1. Que he revisado el trabajo final de graduación para optar por el título de Médico Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria denominado: **“Abordaje diagnóstico de la pérdida de peso no intencional en población mayor de 60 años en atención primaria”**.
2. Que el trabajo final de graduación es sustentado por la estudiante: Karla María Acuña Vargas
3. Que se le han hecho las correcciones pertinentes en acentuación, ortografía, puntuación, concordancia gramatical y otras del campo filológico.

En espera de que mi participación satisfaga los requerimientos de la Universidad de Costa Rica se suscribe atentamente,



Karol Jiménez García
Máster
Carné N° 039257
Filóloga

3 Tabla de contenido

1	Dedicatoria	3
2	Agradecimiento.....	4
3	Tabla de contenido.....	8
3.1	<i>Lista de abreviaturas</i>	<i>11</i>
4	Resumen.....	13
4.1	<i>Introducción.....</i>	<i>13</i>
4.2	<i>Materiales y método.....</i>	<i>13</i>
4.3	<i>Conclusiones</i>	<i>14</i>
5	Abstract	15
5.1	<i>Introduction</i>	<i>15</i>
5.2	<i>Materials and method</i>	<i>15</i>
5.3	<i>Conclusions</i>	<i>15</i>
6	Palabras claves.....	17
7	Marco Conceptual	18
7.1	<i>Introducción.....</i>	<i>18</i>
7.2	<i>Antecedentes</i>	<i>20</i>
7.2.1	<i>Antecedentes Históricos</i>	<i>20</i>
7.2.2	<i>Antecedentes Internacionales</i>	<i>20</i>
7.2.2.1	<i>Población Adulta Mayor</i>	<i>21</i>
7.2.3	<i>Antecedentes Nacionales</i>	<i>22</i>
7.2.4	<i>Incidencia y prevalencia de pérdida de peso no intencional.....</i>	<i>24</i>
7.2.5	<i>Antecedentes Locales</i>	<i>25</i>
7.3	<i>Marco Teórico.....</i>	<i>26</i>
7.3.1	<i>Definición de pérdida de peso no intencional</i>	<i>26</i>
7.3.2	<i>Otras patologías</i>	<i>27</i>
7.3.3	<i>Envejecimiento</i>	<i>28</i>
7.3.4	<i>Anorexia en el envejecimiento</i>	<i>28</i>
7.3.4.1	<i>Cambios en el Tracto Digestivo</i>	<i>29</i>
7.3.4.2	<i>Cambios sensoriales</i>	<i>30</i>
7.3.4.3	<i>Cambios en las respuestas hormonales</i>	<i>31</i>
7.3.4.4	<i>Inflamaging o inflamación crónica de bajo grado.....</i>	<i>32</i>
7.3.5	<i>Cambios en la composición corporal</i>	<i>32</i>
7.3.6	<i>Cambios psíquicos.....</i>	<i>33</i>
7.3.7	<i>Cambios cognitivos</i>	<i>34</i>
7.3.7.1	<i>Demencia.....</i>	<i>34</i>
7.3.8	<i>Morbilidad en la población adulta mayor.....</i>	<i>35</i>
7.3.8.1	<i>Multimorbilidad.....</i>	<i>35</i>
7.3.9	<i>Valoración Geriátrica Integral.....</i>	<i>36</i>
7.3.9.1	<i>Valoración Clínica</i>	<i>37</i>

7.3.9.2	Valoración Funcional	39
7.3.9.3	Valoración Mental	40
7.3.9.4	Valoración Social	41
7.3.9.5	Valoración Nutricional	42
7.4	<i>Justificación</i>	45
8	Propósito	47
8.1	<i>Planteamiento del problema</i>	47
8.2	<i>Objetivo general</i>	47
8.3	<i>Objetivos específicos</i>	47
9	Marco Metodológico.	48
9.1	<i>Tipo de Investigación y enfoque</i>	48
9.2	<i>Palabras Clave</i>	48
9.3	<i>Criterios de inclusión:</i>	48
9.4	<i>Criterios de exclusión:</i>	49
9.5	<i>Procedimiento de búsqueda</i>	49
9.5.1	Fase 1: Recopilación.....	49
9.5.1.1	Figura 1. Flujograma de búsqueda de artículos utilizados para realizar la revisión bibliográfica:	51
9.5.2	Fase 2: Análisis del material Bibliográfico.....	51
9.6	<i>Identificación de Sesgos</i>	52
9.7	<i>Artículos encontrados según nivel de evidencia</i>	52
	Tabla 1. Clasificación de artículos por el nivel de evidencia y grado de recomendación.	52
10	Resultados y Análisis	54
10.1	<i>Discusión de resultados</i>	54
10.1.1	Los elementos relacionados a la pérdida de peso no intencional en personas mayores de 60 años	54
10.1.1.1	Tabla 2. Clasificación de los elementos relacionados a la pérdida de peso no intencional	54
10.1.1.2	Enfermedades orgánicas no malignas.....	57
10.1.1.3	Tabla 3. Efectos adversos descritos por los medicamentos que provocan pérdida de peso no intencional	59
10.1.1.4	Enfermedades orgánicas malignas.....	60
10.1.1.5	Factores psicosociales	62
10.1.1.6	Factores fisiológicos	63
10.1.1.7	Según genero.....	63
10.1.1.8	Según edad	64
10.1.1.9	Según sexo y edad	65
10.1.1.10	Tabla 4. Etiologías según sexo y edad	65
10.1.1.11	Según Tiempo de evolución de pérdida de peso	65
10.1.1.12	Morbilidad y mortalidad.....	66
10.1.2	Estrategias diagnosticas más utilizadas para el abordaje de la pérdida de peso no intencional en población mayor a 60 años	68
10.1.2.1	Tabla 5. Abordaje de las etiologías según prevalencia por sexo y edad.....	68
10.1.2.2	Historia clínica	69

10.1.2.3	Tabla 6. Posibles Etiologías según Síntomas Específicos o Signos de Alarma asociados a PPNI	73
10.1.2.4	Tabla 7. Características clínicas de probable origen neoplásico según sexo	74
10.1.2.5	Examen Físico	75
10.1.2.6	Tamizajes por Depresión, Ansiedad, Estado Cognitivo y Estado Nutricional	76
10.1.2.7	Exámenes de laboratorios	77
10.1.2.8	Tabla 8. Modelo diagnóstico de Marton y colaboradores	80
10.1.2.9	Tabla 9. Modelo diagnóstico de Hernández y colaboradores	80
10.1.2.10	Estudios de gabinete	82
10.1.3	Realizar una propuesta de abordaje diagnóstico de pérdida de peso no intencional para pacientes mayores de 60 años que sea aplicable en atención primaria.	86
10.1.3.1	Diagrama 1. Propuesta para el abordaje diagnóstico de la PPNI en población ≥ 60 años, aplicable a la atención primaria de Costa Rica	87
10.1.3.2	Diagrama 2. Continuación de la propuesta para el abordaje diagnóstico de la PPNI en población ≥ 60 años, aplicable a la atención primaria de Costa Rica	88
11	Conclusiones y Recomendaciones	89
11.1	Conclusiones	89
11.2	Recomendaciones	92
11.2.1	Al nivel central de la CCSS	92
11.2.2	Al primer nivel	92
11.2.3	Al posgrado de medicina familiar de la Universidad de Costa Rica	93
12	Bibliografía	94
13	Anexos	98
13.1	Anexo 1. Índice de Comorbilidad de Charlson	98
13.2	Anexo 2. Índice de actividades de la vida diaria de Katz	99
13.3	Anexo 3. Índice de Barthel	100
13.4	Anexo 4. Índice de Lawton y Brody	101
13.5	Anexo 5. Mini Mental State Examination	102
13.6	Anexo 6. Mini- Cog	103
13.7	Anexo 7. Prueba del Reloj	104
13.8	Anexo 8. Escala de Depresión de Yesavage	105
13.9	Anexo 9. Escala de Zarit	106
13.10	Anexo 10. Mini Evaluación de Nutrición (MNA)	107
13.11	Anexo 11. Escala de Depresión de Hamilton	108
13.12	Anexo 12. PHQ-9	110
13.13	Anexo 13. Escala del Trastorno de Ansiedad Generalizada	111
13.14	Anexo 14. SNAQ	112
13.15	Anexo 15. Mnemotecnia “Meals on Wheels”	113
13.16	Anexo 16. Mnemotecnia “Stop Weight Loss”	114
13.17	Anexo 17. 9 D’s	115

3.1 Lista de abreviaturas

AAVD: Actividades Avanzadas de la Vida Diaria

ABVD: Actividades Básicas de la Vida Diaria

AIVD: Actividades Instrumentales de la Vida Diaria

APE: Antígeno Prostático Específico

DHL: Deshidrogenasa Láctica

EE. UU.: Estados Unidos de América

EPOC: Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica

ERC: Enfermedad Renal Crónica

ECV: Evento Cerebro Vascular

EGO: Examen General de Orina

FA: Fosfatasa Alcalina

HNGG: Hospital Nacional de Geriátría y Gerontología

IC: Insuficiencia Cardíaca

IMC: Índice de Masa Corporal

MNA: Mini Nutritional Assessment

MMSE: Mini Mental State Examination de Folstein

MUST: Malnutrition Universal Screening Tool

OMS: Organización Mundial de la Salud

PCR: Proteína C Reactiva

PFH: Pruebas de Función Hepática

PFR: Pruebas de Función Renal

PFT: Pruebas de Función Tiroidea

PP: Pérdida de Peso

PPNI: Pérdida de Peso No Intencional

TR: Tacto Rectal

TSH: Hormona Estimulante de la Tiroides

VES: Velocidad de Eritro-sedimentación

VGI: Valoración Geriátrica Integral

VIH: Virus de Inmunodeficiencia Humana

4 Resumen

4.1 Introducción

Los estudios epidemiológicos han demostrado que la pérdida de peso no intencional tiene implicaciones en la morbimortalidad de un paciente. La definición más utilizada de pérdida de peso no intencional es la pérdida mayor o igual al 5% en 6-12 meses. La incidencia a nivel mundial varía entre 0.6-7.3% por año. Siendo más frecuente en personas mayores de 65 años, especialmente institucionalizados.

Dentro de los aspectos más importante y de mayor impacto para el sistema de salud es que en algunas ocasiones puede estar relacionado con un diagnóstico subyacente grave. Además, se asocia con mayor fragilidad, deterioro funcional, peores resultados de salud, exacerbación de trastornos cognitivos y del estado de ánimo. Dando como resultado un aumento en el uso de servicios de emergencias, ingresos hospitalarios, solicitud de estudios de laboratorio y gabinetes costosos e innecesarios.

Dicho lo anterior, en esta investigación bibliográfica se busca analizar el abordaje diagnóstico de la pérdida de peso no intencional para la población mayor de 60 años, en la atención primaria, que identifique los elementos relacionados con esta patología, las estrategias diagnósticas más utilizadas y por último realizar una propuesta de abordaje diagnóstico adaptada para nuestro sistema de salud.

4.2 Materiales y método

La siguiente investigación corresponde a un estudio cualitativo, no experimental, descriptivo, direccionado y focalizado, tipo revisión bibliográfica de literatura no mayor a 10 años de publicación en las bases de datos de PUBMED, Clinical Key, The BMJ.

Se incluyeron 31 artículos que cumplían con los criterios de inclusión y exclusión, utilizando la metodología PRISMA.

4.3 Conclusiones

Se lograron identificar los elementos asociados con la pérdida de peso no intencional en la población mayor a 60 años.

1. Los cuales se pueden clasificar en factores orgánicos no malignos, factores orgánicos malignos, factores psicosociales, factores fisiológicos y causa desconocida o idiopática; donde se debe tener en cuenta el género y la edad del paciente.
2. Las causas orgánicas no malignas son las más frecuentes en la población en estudio, incluyendo enfermedades digestivas benignas, problemas dentales, DM, patología tiroidea, etc.
3. Por otro lado, las principales causas malignas son las neoplasias digestivas y no hematológicas.
4. Además, las causas psicosociales juegan un papel importante en esta población.

Las estrategias diagnósticas más utilizadas son la historia clínica exhaustiva y un examen físico completo. Es importante tener en cuenta aspectos funcionales, sociales y psíquicos del paciente; además de su medicación. Los estudios de laboratorio y gabinete se solicitan con base en los hallazgos. Se documentan factores predictores de malignidad que se deben tener en cuenta.

Se logra diseñar un algoritmo de abordaje diagnóstico de la pérdida de peso no intencional en pacientes mayores de 60 años con la finalidad de que sirva de apoyo a los médicos en atención primaria.

5 Abstract

5.1 Introduction

Epidemiological studies have shown that unintentional weight loss has implications for a patient's morbidity and mortality. The most widely used definition of unintentional weight loss is loss greater than or equal to 5% in 6-12 months. The incidence worldwide varies between 0.6-7.3% per year. It has been described in 15-20% of people over 65 years of age, within a period of 5 to 10 years, being higher in institutionalized patients.

One of the most important aspects with the greatest impact for the health system is that on some occasions it may be related to a serious underlying diagnosis. In addition, it is associated with increased frailty, functional impairment, poorer health outcomes, and exacerbation of cognitive and mood disorders. This may imply an increase in the use of emergency services, hospital admissions, request for costly and unnecessary laboratory and cabinet studies.

That said, this bibliographical research seeks to analyze the diagnostic approach to unintentional weight loss for the population over 60 years of age, in primary care, which identifies the elements related to this pathology, the most used diagnostic strategies and lastly, make a proposal for a diagnostic approach adapted to our health system.

5.2 Materials and method

The following research corresponds to a qualitative, non-experimental, descriptive, directed, and focused study, type bibliographic review of literature no older than 10 years of publication in the PUBMED, Clinical Key, The BMJ databases.

31 articles that met the inclusion and exclusion criteria were included, using the PRISMA methodology.

5.3 Conclusions

Satisfactorily, the elements associated with unintentional weight loss in the population over 60 years of age were identified.

1. Which can be classified into non-malignant organic factors, malignant organic factors, psychosocial factors, physiological factors and unknown or idiopathic cause, where the gender and age of the patient should be considered.

2. Non-malignant organic causes are the most frequent in the study population, including benign digestive diseases, dental problems, DM, thyroid disease, etc.

3. On the other hand, the main malignant causes are digestive and non-hematological neoplasms.

4. In addition, psychosocial causes play an important role in this population.

The most used diagnostic strategies are the exhaustive medical history and a complete physical examination. It is important to consider functional, social, and psychological aspects of the patient, in addition to his medication. Laboratory and office studies are requested based on the documented findings. Predictive factors of malignancy that must be considered are documented.

It was possible to design an algorithm for the diagnostic approach of unintentional weight loss in patients over 60 years of age to serve as support to doctors in primary care.

6 Palabras claves

Español

“pérdida de peso involuntaria” o pérdida de peso no intencional” o “pérdida de peso inexplicada”

“edad avanzada” o “adulto mayor”

“abordaje” o “evaluación” o “manejo”

Inglés

“Involuntary weight loss” or “unintended weight loss” or “unexplained weight loss”

“elderly” or “older adults”

“approach” or “evaluation” or “management”

7 Marco Conceptual

7.1 Introducción

Los avances científicos han permitido que el ser humano mejore la esperanza de vida al nacer, por lo que se han generado cambios demográficos importantes en la sociedad. A nivel mundial, se estimó en el 2017, el número de personas mayores de 60 años era de 926 millones. En el 2015 en Estados Unidos, se estimó que un 31% de las consultas correspondían a pacientes mayores de 65 años.

Con los estudios epidemiológicos realizados a nivel mundial se ha logrado evidenciar que el peso corporal es de gran importancia a la hora de realizar una evaluación clínica. Concluyendo que tanto la ganancia excesiva de peso como la pérdida no intencional de este, tiene implicación en la morbimortalidad de un paciente. Actualmente no existe un consenso sobre la pérdida de peso no intencional, sin embargo, la definición que más se utiliza es la pérdida de peso mayor o igual al 5% en 6-12 meses.

Las estadísticas a nivel mundial indican que se trata un problema clínico con una incidencia que varía entre 0.6-7.3% por año. Se ha visto que entre 15-20% de las personas mayores de 65 años pueden desarrollar pérdida de peso no intencional en un plazo de 5 a 10 años, siendo aún mayor en pacientes institucionalizados.

Además, se ha logrado documentar que la pérdida de peso se asocia con mayor fragilidad, deterioro funcional, peores resultados de salud, exacerbación de trastornos cognitivos y del estado de ánimo lo que se traduce como un aumento de la morbilidad y la mortalidad del paciente.

Dentro de los aspectos más importante y de mayor impacto para el sistema de salud es que en algunas ocasiones puede estar relacionado con un diagnóstico subyacente grave. Lo que puede implicar aumento de uso de servicios de emergencias, ingresos hospitalarios, solicitud de estudios de laboratorio y gabinete costosos e innecesarios que más bien ponen en riesgo la salud del paciente.

Actualmente a nivel mundial y nivel país, no existen guías estandarizadas para el abordaje diagnóstico de la pérdida de peso no intencional. Sin embargo, cada vez se cuenta con mayor cantidad de estudios, que permiten al clínico mejorar la evaluación médica de estos pacientes basada en evidencia. Logrando optimizar la detección, el abordaje temprano y estandarizado que agiliza el diagnóstico, tratamiento del paciente y mejora la utilización de recursos en salud.

Dicho lo anterior, en esta investigación bibliográfica se busca analizar el abordaje diagnóstico de la pérdida de peso no intencional para la población mayor de 60 años, en la atención primaria, que identifique los elementos relacionados con esta patología, las estrategias diagnósticas más utilizadas y por último realizar una propuesta de abordaje diagnóstico adaptado para nuestro sistema de salud.

7.2 Antecedentes

7.2.1 *Antecedentes Históricos*

Se ha logrado comprender mejor la relación que existe entre el peso y la salud, gracias a los estudios epidemiológicos realizados. En la década de 1950, la Compañía de Seguro de Vida Metropolitana de EE. UU, fue uno de los primeros en identificar la obesidad en sus tablas de vida actuariales, como un factor de riesgo de mortalidad. Posteriormente, se cuestionaron, si los cambios en el peso podrían asociarse con resultados positivos o negativos. Fue entonces, entre la década de 1980 y 1990, donde se comenzó a debatir, sí la pérdida de peso podría ser perjudicial para el paciente. (Wong, Involuntary Weight Loss, 2014)

Diferentes estudios comenzaron a valorar la asociación existente entre, las fluctuaciones del peso y el riesgo para la salud del paciente. Los científicos se cuestionaron, si la pérdida de peso intencional versus la no intencional representaba algún riesgo. (Wong, Involuntary Weight Loss, 2014)

Un estudio realizado durante 4 años en 4000 hombre británicos encontró que la pérdida de peso no intencional se asoció con mayor riesgo de mortalidad. Otro estudio realizado en Estados Unidos por Gregg y colaboradores, para valorar a corto plazo la pérdida de peso, encontró que la pérdida de peso intencional durante un año se asoció con una disminución de la tasa de mortalidad a 9 años, sin embargo, los pacientes con pérdida de peso no intencional asociaron un aumento de mortalidad de un 30%. (Wong, Involuntary Weight Loss, 2014)

Posteriormente, Sahyoun y colaboradores, encontraron una asociación entre la pérdida de peso mayor o igual a 5% dentro de los 6 meses anteriores y el aumento de mortalidad. (Wong, Involuntary Weight Loss, 2014)

7.2.2 *Antecedentes Internacionales*

En las últimas décadas, la población a nivel mundial se ha modificado, esto principalmente por la inversión de la pirámide población, la cual es producto de los avances científicos que se han dado. Con el paso de los años, el ser humano ha

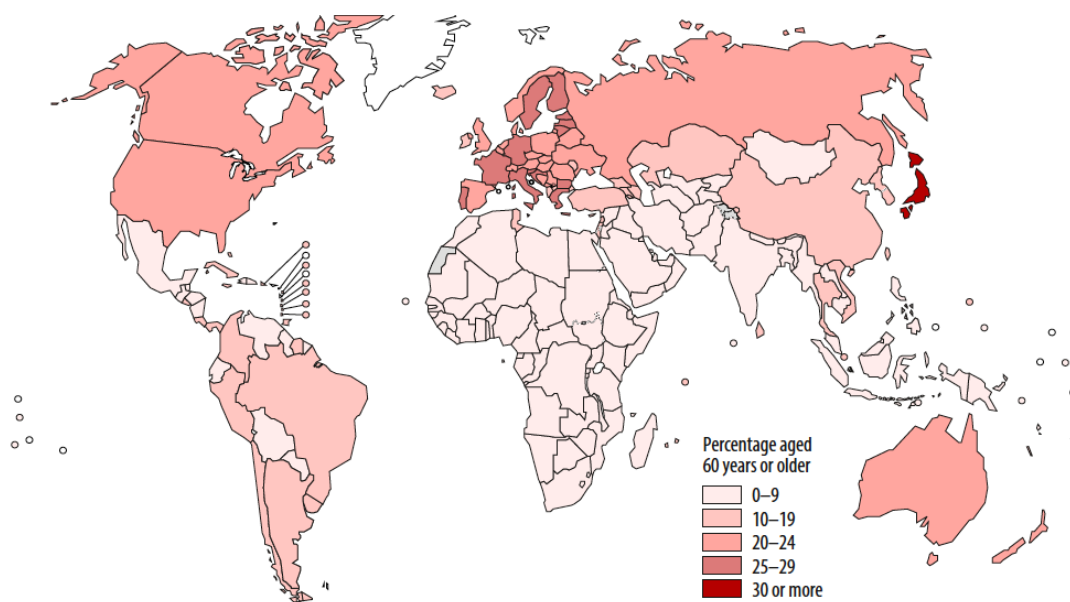
logrado mantenerse con vida por mucho más tiempo, esto ha generado un aumento en la esperanza de vida, sin embargo, las enfermedades también se han modificado. En un inicio las enfermedades infecciosas causadas por bacterias eran una de las principales causas de defunción, sin embargo, hoy las enfermedades más prevalentes son las enfermedades crónicas no transmisibles y neurodegenerativas. Además, se ha logrado evidenciar que los estados nutricionales deficientes aumentan la morbilidad de la población adulta mayor.

7.2.2.1 Población Adulta Mayor

Existen dos factores clave que contribuyen al envejecimiento de la población, el primero es el mencionado anteriormente, el aumento de la esperanza de vida; y el segundo es por la disminución en las tasas de fertilidad.

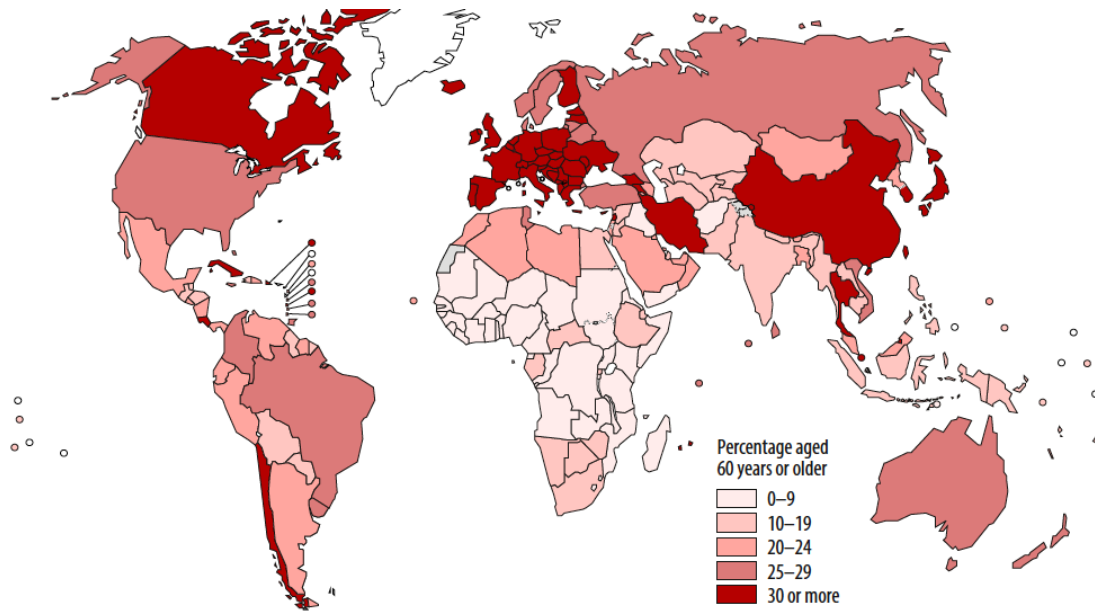
A nivel mundial, se estimó el número de personas mayores de 60 años en el 2017 era de 926 millones y se proyecta que llegue a 2.1 billones para el 2050. (World Health Organization, 2015)

Figura 1. Proporción de la población mayor o igual a 60 años por países, en el 2015



Fuente: (World Health Organization, 2015)

Figura 2. Proporción de la población mayor o igual a 60 años por países, proyección para el 2050.



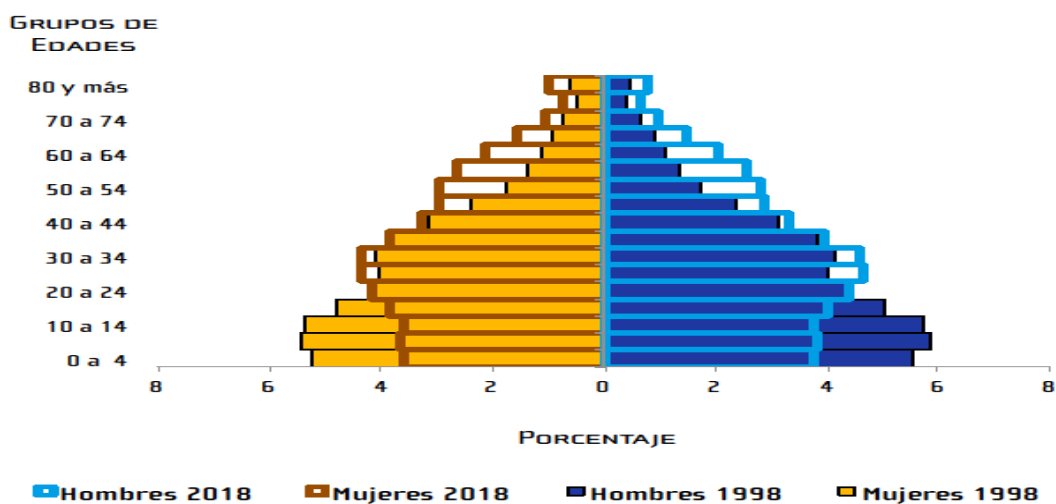
Fuente: (World Health Organization, 2015)

En el 2015 en Estados Unidos (EE. UU.) los pacientes mayores de 65 años correspondían al 31% de las consultas; se espera que para el 2030, la población mayor a 65 años se duplique a 72 millones, lo que corresponde a un 20% de la población total de EEUU. (Geriatric Assessment: An office-based approach, 2018)

7.2.3 Antecedentes Nacionales

En Costa Rica, han sucedido cambios similares a los observados a nivel mundial. Según el Panorama Demográfico del 2018, se puede observar una transformación en los gráficos de la población de 1998 y 2018, en donde se evidencia un cambio de una forma piramidal a una forma más rectangular, ver figura 3. (Instituto Nacional de Estadística y Censos (INEC), 2018)

Figura 3. Costa Rica: Distribución porcentual de la población por sexo y grupos de edades, 1998 y 2018.



Fuente: INEC- Centro Centroamérica de Población. Estimaciones y proyecciones de población 1950-2050, noviembre 2013.

En Costa Rica, la esperanza de vida se ha duplicado en las últimas ocho décadas, pasando de los 42.2 años en 1930 a 80.3 en el 2018. Los progresos en saneamiento básico, salud pública, atención hospitalaria, alimentación y educación han contribuido con este avance.

La esperanza de vida al nacer en Costa Rica es de 80.3 años; la mayor de Latinoamérica. La misma varía según el sexo, 77.8 años para hombres y 82.9 años para mujeres. (Ministerio de Salud Costa Rica , 2018)

Figura 4. Costa Rica: Esperanza de vida al nacer según sexo, 2011-2018

Año	Total	Hombres	Mujeres
2011	79,1	76,6	81,6
2012	79,4	76,9	81,9
2013	79,6	77,1	82,1
2014	79,7	77,2	82,3
2015	79,9	77,4	82,4
2016	80,0	77,5	82,6

2017	80,2	77,6	82,7
2018	80,3	77,8	82,9

Fuente: (Ministerio de Salud Costa Rica , 2018)

7.2.4 Incidencia y prevalencia de pérdida de peso no intencional

La incidencia anual de la pérdida de peso no intencional a nivel mundial varía entre 0.6-7.3%, esto por los criterios de referencias que utilizan los centros y población que se estudia. Se ha visto que la incidencia aumenta en los centros de cuidado y pacientes cuidados en el hogar. (Wong, Involuntary Weight Loss, 2014)

En estudios de cohorte, la prevalencia de la pérdida de peso no intencional varía entre 7-13% según la demografía y el tiempo de seguimiento de la población. (Wong, Assessment of unintentional weight loss, 2018)

Otro estudio aún más reciente, indica que aproximadamente 15-20% de las personas mayores de 65 años pueden desarrollar pérdida de peso no intencional en un plazo de 5 a 10 años. (al L. A., 2021)

En Costa Rica, aun no se cuenta con datos epidemiológicos de pérdida de peso no intencional, sin embargo, a finales del 2016, se incluyó en el decreto de vigilancia de la salud, la notificación obligatoria del “riesgo nutricional” en adultos mayores, ya que las deficiencias nutricionales pueden contribuir con un aumento en la morbimortalidad de este grupo poblacional. (Ministerio de Salud Costa Rica , 2018)

Según el Análisis de la Situación de Salud del 2018, en el 2008 el porcentaje de desnutrición en adultos mayores de 65 años represento un 3.3%, siendo más prevalente en mujeres (5.7%) que en hombres (0.9%).

Donde las tasas de notificación han ido en aumento de 1 por 100.000 habitantes en el 2016, a un 3.9 por 100.000 habitantes en el 2017. (Ministerio de Salud Costa Rica , 2018)

7.2.5 Antecedentes Locales

Actualmente en Costa Rica no se cuenta con datos estadísticos y epidemiológicos sobre la pérdida de peso no intencional de la población mayor a 60 años.

A nivel local existen pocos datos epidemiológicos recopilados, sin embargo, según datos estadísticos de la consulta externa del Hospital Nacional de Geriátría y Gerontología (HNGG) entre los años 2019 al 2021 en paciente mayores a 60 años, 755 pacientes cuentan con el diagnóstico de pérdida de peso anormal, siendo el año 2021, donde se registró con mayor frecuencia el mismo para un total de 436 registros, con un predominio en el sexo femenino.

7.3 Marco Teórico

7.3.1 *Definición de pérdida de peso no intencional*

La pérdida de peso se puede medir de forma objetiva mediante una balanza tomando en cuenta los registros de peso anteriores del paciente o de forma alternativa la identificación de un cambio en la talla de ropa, en los orificios del cinturón o la confirmación de una tercera persona. (Casarrubias-Ramirez, 2019)

La pérdida de peso puede ser intencional y no intencional, el término pérdida de peso intencional se utiliza cuando el paciente intencionalmente se ha propuesto perder peso, ya sea mediante dieta, ejercicio, vómitos inducidos, el uso de medicamentos como drogas anoxigénicas, diuréticos, laxantes o posterior a una cirugía bariátrica. (Bosch, 2017)

El término “no intencional” se utiliza cuando el paciente no se propone perder peso y se excluye como una consecuencia esperada de una enfermedad conocida o de un tratamiento. (Wong, Involuntary Weight Loss, 2014)

La Pérdida de Peso No Intencional (PPNI) es un término que aún no se encuentra clínicamente definido. Diferentes estudios a lo largo de los años han utilizado el siguiente corte pérdida de un 5% del peso corporal en un periodo de 6-12 meses, el cual es clínicamente significativo y debe generar sospecha para realizar una evaluación médica. (al L. A., 2020)

La PPNI puede ser de origen conocido que es cuando se ha encontrado una causa que explique la pérdida de peso del paciente mediante un abordaje diagnóstico que se ha realizado. (Bosch, 2017)

Mientras que la pérdida de peso “inexplicable” o “aislada” o “desconocida”, se utiliza cuando a pesar de haber realizado un abordaje diagnóstico al paciente, no se ha documentado la causa y continúa después de 6 meses del inicio. (Wong, Involuntary Weight Loss, 2014) (Bosch, 2017)

7.3.2 Otras patologías

Otras patologías que son importantes mencionar, ya que son frecuentes en la población enfocada en este estudio son la caquexia, la sarcopenia y la desnutrición. Es importante saber diferenciar estas patologías, pues tienen componentes distintos que llevan a su diagnóstico, sin embargo, las tres entidades pueden comenzar o cursar con PPNI.

La caquexia, es un síndrome clínico que está caracterizado por pérdida de masa muscular, causado por trastornos metabólicos inflamatorios atribuibles a enfermedades subyacentes como cáncer, Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica (EPOC), Insuficiencia Cardíaca (IC) y enfermedad renal crónica. La definición se acordó por consenso en el 2008, se caracteriza por tener pérdida de peso de al menos 5% en 12 meses o menos, presencia de enfermedad subyacente y al menos 3 de 5 de las siguientes: disminución de la fuerza muscular, fatiga, anorexia, bajo índice libre de grasa y anormalidades en los laboratorios como aumento de marcadores inflamatorios, anemia o bajo niveles de albúmina sérica. (Wong, Involuntary Weight Loss, 2014) (Gaddey, 2021)

La sarcopenia es un síndrome geriátrico caracterizado por pérdida de masa muscular y pérdida de la función muscular. (Wong, Involuntary Weight Loss, 2014)

La desnutrición es el estado en que una deficiencia, exceso o desequilibrio de energía, proteínas y otros nutrientes causa efectos adversos en la forma y función corporal. Se calcula que un 15% de los adultos quienes viven en la comunidad lo presentan, de un 23 a 62% de los pacientes hospitalizados y un 85% de los pacientes en hogares de cuidado. La desnutrición se asocia con una disminución del estado funcional, deterioro de la función muscular, disminución de la masa ósea, disfunción inmunitaria, anemia, reducción de la función cognitiva, mala cicatrización de heridas, retraso en la recuperación quirúrgica, mayor tasa de hospitalización y muerte. (Ahmed, 2010)

En esta revisión al momento de referirse a Pérdida de Peso No Intencional (PPNI), se debe entender como la pérdida de 5% o más del peso corporal que se desarrolla en un periodo de 6-12 meses, dado que es la definición más utilizada por consenso de expertos. Además, se abordan diferentes factores médicos, psíquicos, funcionales y sociales que se han visto asociados con la pérdida de peso en el adulto mayor.

7.3.3 Envejecimiento

La OMS define a la población adulta mayor como todos los hombres y mujeres que que sobrepasan los sesenta años o más. En Costa Rica, según la Ley Integral para la Persona Adulta Mayor N°7935, la definición que se utiliza es toda persona de sesenta y cinco años o más. (LA ASAMBLEA LEGISLATIVA DE LA REPÚBLICA DE COSTA RICA, 25/10/1999)

El envejecimiento es un proceso multidimensional caracterizado por diversas alteraciones físicas, sociales, fisiológicas y cognitivos que ocurren en los seres humanos a lo largo de la vida. (al D. K., 2019)

Desde una perspectiva biológica, el envejecimiento es la acumulación gradual y de toda una vida del daño molecular y celular, que genera un deterioro progresivo y generalizado de las funciones corporales; produciendo una mayor vulnerabilidad a los desafíos ambientales y un creciente riesgo de enfermedad y muerte. (World Health Organization, 2015)

7.3.4 Anorexia en el envejecimiento

El proceso de envejecimiento se caracteriza por la pérdida de apetito que se traduce en una disminución de la ingesta de alimentos. La reducción fisiológica involuntaria

de la ingesta de alimentos se conoce como anorexia. La cual se ha descrito en casi el 20-30% de los adultos mayores. (al D. K., 2019)

Conforme aumenta la edad, se da una disminución de ingesta energética de la persona, que puede llegar a ser entre un 30 a 50%, y se ha descrito que se presenta con más frecuencia en pacientes masculinos. (al D. K., 2019) (Martinez, 2017)

En los adultos mayores se ha visto que la disminución de la ingesta de energía es mayor que la disminución del gasto energético, lo cual provoca pérdida de peso. (Ahmed, 2010)

Los mecanismos relacionados en el desarrollo de la anorexia del envejecimiento son múltiples, sin embargo, en este trabajo de investigación se hará énfasis en los cambios a nivel del tracto digestivo, cambios sensoriales y cambios hormonales.

7.3.4.1 Cambios en el Tracto Digestivo

El proceso de deglución esta dividido en 3 fases, la fase oral, faríngea y esofágica. La fase oral, inicia cuando la comida ingresa a la boca. Esta caracterizada por el proceso de masticación y lubricación con la saliva. Con el envejecimiento se generan problemas de masticación principalmente por ausencia de piezas dentales y/o prótesis dentales mal ajustadas, reducción de la función de las glándulas salivares y disminución de la fuerza para masticar. (Newberry, 2021) (Martinez, 2017)

La fase faríngea, es cuando el bolo es propulsado hacia el esófago. Posterior a esto, se da la propulsión del bolo mediante la peristalsis hacia el estómago, esto se conoce como fase esofágica. Con el aumento en la edad, se produce una alteración a nivel de la motilidad esofágica lo qué causa dificultad para deglutir. Estudios epidemiológicos ha demostrados una prevalencia de disfagia en la comunidad en individuos mayores a 50 años del 15-22% y llegando a ser hasta 40-60% en pacientes institucionalizados. (Newberry, 2021) (Martinez, 2017)

A nivel gástrico, comúnmente se da la acomodación del bolo a nivel del fondo gástrico y la mezcla mecánica del contenido con las secreciones gástricas. Al envejecer la habilidad del estómago para acomodar el bolo disminuye, lo que produce una disminución del vaciado gástrico produciendo distensión del antro y disminución la sensación de hambre. (Martinez, 2017)

Otros cambios documentados, es la reducción de la motilidad del intestino delgado; lo que predispone al sobre crecimiento bacteriano del intestino delgado. Además, se produce una disminución del número de vellosidades y criptas esto reduce la superficie mucosa, lo que puede predisponer a presentar trastornos de malabsorción. (Newberry, 2021) (Ahmed, 2010)

En relación con la secreción hepatobiliar y pancreática también se ven alteradas, favoreciendo la malabsorción de grasa y carbohidratos. La vesícula biliar se vuelve menos sensible a la colecistoquinina, ello provoca una reducción de las contracciones y disminución de la secreción de bilis, lo que puede producir esteatorrea. (Newberry, 2021)

7.3.4.2 Cambios sensoriales

Entre los factores que se han visto asociados con la disminución de la ingesta de alimentos se encuentra la disminución del olfato y el gusto. Se muestra que más del 60% de las personas entre los 65-80 años y el 80% de pacientes mayores de 80 años tienen un deterioro en la habilidad para detectar e identificar el sabor de la comida. (al D. K., 2019)

La reducción del sentido del gusto o disgeusia se puede explicar por los cambios que ocurren en la cavidad oral, como el aumento de la sequedad, disminución del número y la sensibilidad de las papilas gustativas en la lengua. (al D. K., 2019)

Se ha descrito que la disminución de la sensibilidad del gusto reduce la fase cefálica de la digestión por lo que produce un efecto negativo en la alimentación del paciente. (Martinez, 2017)

Otro factor por tener en cuenta es la reducción de olfato o anosmia que se ha relacionado con cambios en las células epiteliales olfatorias, reducción de la secreción de mucosidad, adelgazamiento del epitelio y disminución de la regeneración de receptores olfatorios. La anosmia se ha relacionado con ciertas conductas como bajo interés en la participación de actividades sociales relacionadas con las comidas, menor interés por la alimentación saludable y disminución de la apreciación por la comida. (Martinez, 2017)

7.3.4.3 Cambios en las respuestas hormonales

Se ha descrito que ciertas hormonas producen una disminución de la ingesta de alimentos como la colecistoquinina (CCK), la ghrelina, la leptina, el péptido similar al glucagón-1 y el péptido YY.

La CCK es una hormona liberada en el lumen intestinal en respuesta a nutrientes, particularmente grasa y proteínas. La misma se encarga de proporcionar saciedad y enlentecimiento del vaciamiento gástrico. Con el envejecimiento se ha visto un aumento de la concentración plasmática de la misma. Se han descrito niveles plasmáticos hasta cinco veces más altos en las personas adultas mayores en comparación con personas jóvenes. Lo anterior da como resultado la saciedad temprana por consiguiente la reducción de la ingesta de alimentos. (al D. K., 2019) (Martinez, 2017)

La ghrelina u hormona del hambre es un secretagogo de la hormona de crecimiento en el hipotálamo, producida principalmente en el fondo gástrico. Esta hormona se encarga de aumentar el apetito y la ingesta de alimentos. El envejecimiento se asocia con niveles bajos de ghrelina; se ha demostrado hasta 35% de

concentraciones más bajas en plasma en adultos mayores. Lo anterior predispone a retrasar el vaciamiento gástrico. (al D. K., 2019)

Otra hormona por tener en consideración es la leptina, que se produce a nivel del tejido adiposo y se encarga de suprimir el apetito. Se ha demostrado que los niveles plasmáticos en adultos masculinos aumentan, haciéndolos que tengan más predisposición a reducir la ingesta de alimentos. (Martinez, 2017)

Otras hormonas descritas son el GLP-1 y PYY envían señales negativas al estómago que también suprime el apetito. (al D. K., 2019)

7.3.4.4 *Inflammaging o inflamación crónica de bajo grado*

En el envejecimiento se ha descrito un incremento en la producción de citoquinas con efecto saciador, a esto se le conoce como estado inflamatorio crónico de bajo grado o inflammaging. La adiposidad juega un papel importante dado que es un precursor de citoquinas proinflamatorias como la IL-6, IL-1 y TNF-alfa. Las mismas estimulan la producción hipotalámica del factor liberador de corticotropina, el cual es un mediador del efecto anoréxico de la leptina. Además, produce una alteración a nivel de las señales de saciedad y hambre, produciendo una reducción de la ingesta de alimento. (Martinez, 2017)

7.3.5 Cambios en la composición corporal

Los cambios en la composición corporal con la edad se encuentran entre los efectos más evidentes e inevitables del envejecimiento. (al A. B., 2017)

A partir de la tercera década de vida, los cambios fisiológicos en la composición de la masa corporal son resultado del proceso de envejecimiento normal. Se da una disminución de la masa muscular a una velocidad de 0.3 kg/años (3kg por década después de los 50 años), con un aumento simultáneo de la grasa corporal. El resultado del proceso anterior es un aumento del peso corporal total que alcanza su

punto máximo en la quinta y sexta etapa de vida; lo cual provoca que el peso se mantenga estable hasta los 65 a 70.9 años. (al L. A., 2021)

En la séptima década, se comienza a perder peso a una tasa de 0.1 a 0.2 kg/año o 0.5% al año; la pérdida de peso no intencional que excede estos parámetros se considera anormal. (al L. A., 2021) (Wong, Involuntary Weight Loss, 2014)

El aumento gradual del tejido adiposo con una reducción constante del músculo se conoce como sarcopenia. La redistribución de estos tejidos puede ocurrir como respuesta al estilo de vida sedentaria, patrones de alimentación y la genética, donde se habla de sarcopenia primaria. Por otro lado, los estados acelerados por el estilo de vida, los medicamentos y las enfermedades pueden producir sarcopenia secundaria. Se ha documentado que la sarcopenia está asociada con un mayor riesgo de discapacidad, morbilidad y mortalidad en adultos mayores. (Newberry, 2021)

7.3.6 Cambios psíquicos

Los trastornos afectivos son más prevalentes en el adulto mayor debido a un mayor riesgo de eventos adversos durante la vida. Se ha visto que se asocia con alteración neuropsicológicas como alteración en la atención y la disfunción ejecutiva. En la actualidad se reconoce la depresión como un factor de riesgo para el desarrollo de demencia. (Martinez, 2017)

El trastorno depresivo afecta de 2-3% de las personas mayores que viven en la comunidad, con mayor prevalencia en personas frágiles y vulnerables, que viven en centros de atención de larga estancia llegando a ser el 10%. El trastorno de ansiedad en la población mayor oscila entre 6-10%. (World Health Organization, 2015)

Ambos trastornos suelen ocurrir juntos, se ha visto que un 13% de las personas mayores con un trastorno ansioso, coexiste con un trastorno depresivo. Por otro lado, se habla que hasta un 36% de las personas mayores con un trastorno

depresivo, coexiste con un trastorno de ansiedad. (World Health Organization, 2015)

7.3.7 Cambios cognitivos

El número de neuronas disminuye a lo largo de la vida, esto se explica dado que las neuronas dejan de reproducirse poco después del nacimiento. La atrofia cerebral ocurre en varias partes del cerebro a diferentes velocidades, sin embargo, se ha visto que se da principalmente después de los 60 años. (al A. B., 2017)

La atrofia cerebral puede contribuir a generar una disminución cognitiva relacionada con la edad. Lo que produce en el adulto mayor una reducción en la velocidad de procesamiento mental, de memoria y otras funciones mentales superiores. (Martinez, 2017)

La función cognitiva varía entre las personas por factores como estado socioeconómico, estilo de vida, presencia de enfermedades crónicas y el uso de medicamentos. (World Health Organization, 2015)

7.3.7.1 Demencia

La demencia es una enfermedad que afecta las funciones cognitivas del cerebro como lo es la memoria, el lenguaje, la percepción y el pensamiento, lo cual interfiere con la capacidad de mantener las actividades de la vida diaria. Los tipos de demencia más comunes son la enfermedad de Alzheimer y la demencia vascular.

En el 2015, se documentó que la demencia afectó a más de 47 millones de personas en todo el mundo. Para el 2030, se estima que más de 75 millones de personas vivirán con demencia y se espera que este número se triplique para el 2050. (World Health Organization, 2015)

Se ha documentado que la demencia y los trastornos afectivos tienen un impacto desproporcionado en la capacidad de la persona para poder vivir de forma independiente, produciendo consecuencias para el paciente, para la familia y para

el sistema de salud. Con respecto a las consecuencias para el paciente que son de interés para este estudio se encuentran la pérdida de la capacidad para realizar actividades básicas, instrumentales y avanzadas de la vida diaria que dificultan al paciente la adquisición de alimentos, la preparación y el consumo de estos, siendo un factor de importancia al momento de evaluar la pérdida de peso.

7.3.8 Morbilidad en la población adulta mayor

Según el proyecto Global Burden of Disease, que se realizó para identificar las causas comunes de los años de vida saludables perdidos por discapacidad en personas mayores de 60 años. Se estima que la mayor carga de discapacidad proviene de las deficiencias sensoriales, la EPOC, los trastornos depresivos, la Diabetes Mellitus y la demencia. (World Health Organization, 2015)

Las cuales como se verá más adelante forman parte de los posibles diagnósticos diferenciales de pérdida de peso no intencional, en población mayor a 60 años.

7.3.8.1 Multimorbilidad

La población adulta mayor tiene mayor riesgo de presentar múltiples patológicas crónicas a la vez, que se conoce como “multimorbilidad” esto puede producir interacción entre las diferentes condiciones clínicas del paciente y sus tratamientos. Se define como la presencia de dos o más condiciones crónicas en el paciente. Según una revisión sistemática en 7 países de ingresos altos, concluyó que más de la mitad de toda la población adulta mayor presentaba multimorbilidad y que la prevalencia pueden aumentar con mayor proporción en los más envejecidos. (World Health Organization, 2015)

La comorbilidad se suele medir por la suma del número de enfermedades presentes en un paciente, diferenciando el diagnóstico principal de los secundarios. Existen varios instrumentos para medir la comorbilidad, uno de ellos es el índice de Charlson (ver anexo 1). El cuál es un sistema de evaluación de la esperanza de vida a los

diez años, en dependencia de la edad y las comorbilidades del paciente. (Torales, 2019)

Se encontró una relación entre el índice de Charlson y la mortalidad de diferentes patologías como: evento cerebro vascular, EPOC, neumonía adquirida en la comunidad, ERC, demencia, IC, linfomas y cáncer de pulmón. Un estudio amplio realizado en diversos hospitales de Brasil encontró que el índice de Charlson <3 se asoció con una mortalidad de 10-14%, mientras que un índice >3 aumentó la mortalidad a 28%. (Torales, 2019)

7.3.9 Valoración Geriátrica Integral

Con el aumento de la población adulta mayor, hay un aumento de la proporción de pacientes geriátricos que consultan en atención primaria. Dado que son paciente con condiciones crónicas complejas, con mayor vulnerabilidad e incapacidad es importante realizar una valoración geriátrica integral. (Geriatric Assessment: An office-based approach, 2018)

La Valoración Geriátrica Integral (VGI) es una evaluación sistemática con una visión holística que permite valorar al paciente adulto mayor, desde una perspectiva cuadrimensional de los aspectos clínicos, psicológicos, funcionales y sociales, para tener una visión amplia y clara del contexto en que se encuentra el paciente. Permite realizar un plan de tratamiento, implementarlo y monitorizar al paciente. El mismo se puede realizar de forma multidisciplinaria según se requiera. (Geriatric Assessment: An office-based approach, 2018)

La VGI permite identificar las necesidades de atención previamente no detectadas a cerca de los problemas médicos, aspectos psicológicos, capacidad mental, nutrición, aspectos sociales y riesgo de dependencia que afecta la calidad de vida del paciente y su estado funcional. (Geriatric Assessment: An office-based approach, 2018)

Se ha evidenciado que entre más temprano se realice esta valoración, mayor es la probabilidad de establecer planes multidisciplinarios que sean exitosos. (Deses, 2017)

El objetivo principal de la VGI es diseñar un plan individualizado, preventivo, terapéutico y rehabilitador, que integre las evaluaciones clínicas, funcionales, psíquicas, sociales y nutricionales, con el fin de lograr el mayor nivel de independencia y calidad de vida de la persona. (Dominguez-Ardila, 2014)

Los objetivos de la VGI son:

1. Mejorar la exactitud diagnóstica ya sea clínico, funcional, social o mental.
2. Identificar problemáticas no diagnósticas previamente
3. Establecer un manejo integral (cuádruple) adecuado y adaptado a las necesidades de la persona
4. Mejorar la funcionalidad física y mental, con mediciones objetivas
5. Conocer y reconocer los recursos con los que cuenta el paciente y su red de apoyo
6. Situar al paciente en el nivel medio-social necesario y determinar que profesionales deben involucrarse con su salud
7. Reducir ingreso a hospitales, manteniendo en el hogar las mejores condiciones de vida para el paciente
8. Determinar la situación actual del cuidador, su actividad y problemas

7.3.9.1 Valoración Clínica

Toda valoración clínica debe iniciar con una anamnesis, sin embargo, es importante tener en cuenta que es muy diferente a la de los otros pacientes principalmente, porque podemos evidenciar problemas de comunicación, presencia de algún déficit auditivo y/o visual, posible deterioro intelectual o psicomotriz, que pueda dificultar la entrevista. Por ello en muchas ocasiones es importante realizar la historia clínica en compañía de un familiar. (Dominguez-Ardila, 2014)

Por ello es usual que estos pacientes lleguen a la consulta con múltiples quejas y una mala descripción de los síntomas, sin embargo, es fundamental exponer adecuadamente la queja del paciente y sus características, de manera que permita una aproximación diagnóstica de la condición que presenta. (Dominguez-Ardila, 2014)

Durante el interrogatorio es importante documentar si el paciente viene acompañado o viene solo, si el paciente viene acompañado valorar si este es el que contesta las preguntas o es su familiar/ cuidador, cuál es su motivo de consulta y si se trata de un padecimiento crónico o un padecimiento de inicio reciente. (Deses, 2017)

En la anamnesis se deben registrar los antecedentes personales, la revisión por aparatos y sistemas, la historia farmacológica y la historia nutricional que incluye dieta habitual, número de comidas al día y dietas prescritas. (Deses, 2017)

Es muy importante hacer una adecuada revisión por sistemas (órganos de los sentidos, cardiovascular, gastrointestinal, genitourinario, músculo esquelético y neurológico) que ayuden a identificar el o los problemas que aquejan al adulto mayor. (Dominguez-Ardila, 2014)

Posteriormente se realiza un examen físico general, tomando en cuenta el aspecto, cuidado, aseo y colaboración del paciente. Se toma en cuenta los signos vitales (temperatura, presión arterial, frecuencia cardiaca, frecuencia respiratoria, peso y talla). Para finalizar con la exploración general de cabeza, cuello, tórax, abdomen, extremidades, neurológico y piel. (Deses, 2017)

Durante el examen físico de una persona con pérdida de peso se puede documentar un paciente adelgazado con piel seca y escamosa, con mala cicatrización de las heridas, el pelo es fino, la uña des pigmentadas, puede existir dolor a nivel óseo y articular con edema. (Ahmed, 2010)

7.3.9.2 Valoración Funcional

Se estima que un 25% de los mayores de 65 años y 50% de aquellos mayores de 85 años requieren ayuda en sus actividades básicas; por esto es tan importante la valoración funcional del paciente. (Dominguez-Ardila, 2014)

La evidencia indica que, a mayor grado de dependencia, mayor es el riesgo de mortalidad, mayor consumo de medicamentos, mayor riesgo de institucionalizar al paciente y aumentar la necesidad de recurso social. (Deses, 2017)

Esta valoración nos permite conocer la capacidad del adulto mayor para realizar actividades básicas de la vida diaria (ABVD), las actividades instrumentales de la vida diaria (AIVD) y las actividades avanzadas de la vida diaria (AAVD). (Deses, 2017) (Deses, 2017)

Las actividades básicas de la vida diaria incluyen baño, vestido, uso del servicio sanitario, movilidad, continencia fecal / urinaria y alimentación. Para valorar de forma objetiva los aspectos mencionados se puede utilizar el índice de actividades de la vida diaria de Katz (ver anexo 2), el cual es uno de los más estudiados y validados. (Deses, 2017) Otra escala validada para valorar la ABVD es el índice de Barthel (ver anexo 3), el cual es el más reconocido y empleado en la actualidad. Este índice cuenta con 10 parámetros que miden las ABVD; con una puntuación total de máxima de independencia de 100 puntos. (Dominguez-Ardila, 2014)

Las actividades instrumentales de la vida diaria incluyen las actividades de interacción con el medio ambiente como uso del teléfono, ir de comprar, preparar alimentos, realizar tareas del hogar, lavar la ropa, utilizar transportes, control de sus medicamentos y manejo del dinero. Para objetivar la información anterior se puede utilizar el índice de Lawton y Brody (ver anexo 4). (Deses, 2017)

Las actividades avanzadas de la vida diaria incluyen aquellas actividades, donde la persona contribuye en actividades sociales, recreativas, de trabajo, viajes y ejercicio intenso. (Deses, 2017)

7.3.9.3 Valoración Mental

Esta valoración se compone del área cognitiva y afectiva. La parte cognitiva depende de factores psicosociales como la depresión y factores clínicos como las enfermedades crónicas no transmisibles (HTA, DM, patología de tiroides, entre otras). (Deses, 2017)

Área Cognitiva:

Se ha documentado que cerca del 25% de las personas padecen de algún trastorno psiquiátrico y un 20% de los pacientes mayores o igual a los 80 años sufren de demencia. Se ha visto que aproximadamente 72-80% de los casos con deterioro cognitivo leve puede pasar desapercibido si no se emplea algún sistema de detección. (Dominguez-Ardila, 2014)

La prueba más utilizada para valorar esta área es el Mini Mental State Examination de Folstein (MMSE) (ver anexo 5), el cual valora la orientación temporoespacial, la memoria reciente y la fijación de esta, la atención, el cálculo, la capacidad de abstracción del lenguaje y praxis. Una puntuación por debajo de 24, indica deterioro cognitivo. (Deses, 2017)

Según un estudio se recomienda la detección específica del deterioro cognitivo para los pacientes con sospecha de este. La herramienta Mini-Cog es eficaz en la atención primaria y apropiada para que el personal capacitado lo administre. (ver anexo 6) (Geriatric Assessment: An office-based approach, 2018) Otro método que también ha demostrado ser útil es la prueba del reloj. (ver anexo 7) (Dominguez-Ardila, 2014)

Área Afectiva:

Los adultos mayores deben ser sometidos a pruebas de tamizaje de depresión cuando se disponga de medidas de apoyo adecuadas para garantizar un diagnóstico preciso, un tratamiento eficaz y un seguimiento óptimo. (Geriatric Assessment: An office-based approach, 2018)

La depresión es el trastorno psíquico más frecuente, un 20% de los hombres lo padecen y hasta un 40% de las mujeres. Son pacientes que tienen alteración del estado del ánimo, labilidad emocional, adinamia, anhedonia, trastornos del apetito y sueño, signos de ansiedad e ideación de muerte. (Deses, 2017)

Se ha demostrado que la depresión se asocia con una mayor morbimortalidad, ya que actúa negativamente sobre los aspectos funcionales, nutricionales y sociales del adulto mayor. Se ha visto que dificulta los procesos de rehabilitación y alta hospitalaria. (Dominguez-Ardila, 2014)

La prueba más utilizada para valorar esta esfera es la Escala de Depresión de Yesavage (ver Anexo 8), que comprende 30 ítems; existe una versión corta de 15 ítems, la cual es la más recomendada para el tamizaje. Para la interpretación de la prueba, una puntuación de 0-5 puntos indica normalidad, de 6-9 indica probable depresión y más de 10 indica depresión. (Deses, 2017)

7.3.9.4 Valoración Social

Esta valoración es importante para conocer la relación que tiene el adulto mayor con el entorno. Toma en cuenta los factores como: estado civil, cantidad de hijos, con quien vive, con qué frecuencia ve a la familia, amigos o vecinos, donde vive, como es la vivienda, si existen barreras arquitectónicas (escaleras), si requiere ayuda para realizar alguna actividad y/o en caso de algún problema quien le ayuda.

En caso de que exista algún grado de dependencia y el adulto mayor requiera de un cuidador, es importante valorar la sobrecarga de este, ya que la sobrecarga de trabajo físico y mental pueden inducir al maltrato y negligencia. Para lo anterior, se puede hacer uso de la Escala de Zarit (ver Anexo 9). (Deses, 2017)

7.3.9.5 Valoración Nutricional

La valoración nutricional en adultos mayores consiste en la evaluación dietética, la antropometría (medidas del peso, altura, cintura y cadera, diámetro braquial y de pantorrilla) y marcadores bioquímicos (niveles totales de proteínas, albúmina y marcadores inflamatorios). (Newberry, 2021)

La evaluación dietética consiste en que el paciente indique los alimentos que ha consumido las 24 horas previas a la consulta. La principal desventaja de este método es que únicamente hace referencia a lo ingerido en un día, que muchas veces no representa la ingesta típica del paciente. Esta evaluación puede estar alterada si el paciente tiene alteración cognitiva. (Ahmed, 2010)

La valoración antropométrica utiliza el índice de Quetelet, que relaciona el peso (kg) con el cuadrado de la altura (m²), esto permite valorar el Índice de Masa Corporal (IMC). El IMC predice riesgo de enfermedad en pacientes con bajo peso y aquellos con obesidad. Tiene ciertas limitaciones en pacientes mayores como la pérdida de altura causada por el colapso vertebral, el cambio en la postura y la pérdida del tono muscular; además es poco fiable en pacientes con datos de ascitis o edema. Por lo tanto, por sí solo no permite identificar pérdida de peso involuntaria como una sola evaluación, (Ahmed, 2010)

Cuadro 1. Clasificación del IMC en el adulto mayor (Alberta Health Services , 2019)

Clasificación	IMC (kg/m ²)	Riesgo de desarrollar problemas de salud
Desnutrición	Menor 22	Aumentado
Peso normal	22-26.9	Bajo

Sobrepeso	27-29.9	Aumentado
Obesidad	Mayor a 30	Aumentado

FUENTE: (Alberta Health Services , 2019)

Se pueden utilizar otras mediciones como la medición del pliegue cutáneo tricipital y circunferencia del brazo, que permite calcular la circunferencia muscular del brazo, la cual es un indicador útil de desnutrición en pacientes enfermos. Lo normal en mujeres es 22 cm y en hombre 23 cm. (Ahmed, 2010)

Se puede utilizar el análisis de la impedancia biométrica, es una medida de la resistencia que el cuerpo proporciona contra el paso de una corriente eléctrica. El anterior es un método simple, no invasivo y económico para estimar el agua corporal total, el agua extracelular, la masa libre de grasa y la masa celular corporal. Estudios han demostrado que la masa corporal baja tiene valor pronóstico en los pacientes desnutridos. (Ahmed, 2010)

Los marcadores bioquímicos también juegan un papel esencial en la valoración del estado nutricional del paciente, ya que pueden detectar de manera precoz deficiencias nutricionales incluso antes de que las medidas antropométricas se alteren y de que aparezcan signos clínicos o síntomas de desnutrición. (Dominguez-Ardila, 2014)

La albúmina sérica es el marcador más utilizado, ya que predice mortalidad en los adultos mayores. Esta tiene una vida media larga, por lo que no es útil para observar cambios a corto plazo. Otro marcador muy utilizado es la transferrina, el cual es el más sensible para la desnutrición proteico-energética temprana, sin embargo, puede verse afectado en el embarazo, el déficit de hierro y la hipoxia. (Ahmed, 2010)

Se han desarrollado herramientas de detección nutricional, que estratifican el riesgo de la persona después de evaluar el peso corporal actual y el IMC, como la ingesta oral reciente, las capacidades de alimentación, los problemas médicos crónicos, la

presencia de enfermedad aguda, evaluación de la movilidad y enfermedades neuropsicológicas. (Newberry, 2021)

La herramienta de detección nutricional más validada en las personas mayores es la Mini Evaluación de Nutrición, también conocida como MNA, por sus siglas en inglés (Mini Nutritional Assessment) (ver Anexo 10). El MNA se puede encontrar en su versión largo o corta. Esta herramienta permite tamizar a los pacientes con alto riesgo nutricional. La puntuación máxima es de 30 puntos, una puntuación menor a 17 se traduce como mal estado nutricional, de 17 a 23.5 riesgo de malnutrición y más de 24 normalidad. (Deses, 2017)

Otras herramientas de tamizaje son la herramienta de detección universal de la desnutrición (MUST, por sus siglas en inglés, Malnutrition Universal Screening Tool). El MUST consta de 3 componentes: IMC, antecedente de pérdida de peso inexplicable y efecto de la enfermedad aguda y consiste en 5 pasos para identificar adultos desnutridos o en riesgo de desnutrición. (Ahmed, 2010)

El SCALES es otra prueba diseñada para el tamizaje en consulta externa, que se utiliza como una nemotecnia por sus siglas en inglés (S-sadness, C-cholesterol, A-albumin, L-loss of weight, E-eating problems physical/cognitive y S-shopping problems). (Ahmed, 2010)

7.4 Justificación

Conforme se han dado avances científicos acerca de la relación que existe entre el peso y la salud, se ha logrado evidenciar que tanto la ganancia de peso como la pérdida de peso no intencional tiene un efecto perjudicial en el paciente y con el paso del tiempo se logró crear un consenso acerca de la definición de pérdida de peso no intencional (PPNI), como la pérdida de 5% o más del peso corporal dentro de los 6 a 12 meses anteriores.

Las estadísticas a nivel mundial indican que este continúa siendo un problema clínico importante con una incidencia que varía entre 0.6-7.3% por año. Llegando a ser de mayor prevalencia en la población adulta mayor, principalmente en pacientes institucionalizados. Qué se relaciona en algunas ocasiones con un diagnóstico subyacente grave, lo que conlleva alto grado de morbimortalidad para el paciente y un alto costo para el sistema de salud.

A nivel nacional, el Hospital Nacional de Geriatria y Gerontología (HNGG) entre los años 2019 al 2021 reportó que 755 pacientes fueron diagnosticados con pérdida de peso anormal, siendo el año 2021 con más casos registrados en ese periodo; 436 casos con un predominio en el sexo femenino.

Hoy, a pesar de ser pocos los estudios realizados, se ha logrado documentar que la PPNI es una patología frecuente en atención primaria, de origen multifactorial, en la que participan factores biológicos, funcionales y psicosociales, esto presenta gran repercusión en la salud del paciente, por ello es importante ser exhaustivo en la evaluación de estos.

En una sociedad con un continuo aumento de la esperanza de vida, que se atribuye a los avances científicos, tecnológicos y en salud; y con esto un aumento de la cantidad de población adulta mayor, es conveniente realizar una revisión bibliográfica acerca del abordaje diagnóstico de la pérdida de peso no intencional

en la persona adulta mayor que mejore la detección temprana de la causa y estandarice el proceso diagnóstico.

Esta entidad puede ser abordada desde una perspectiva biopsicosocial y de forma ambulatoria en la consulta externa de atención primaria, ya que con esto se puede lograr un impacto económico, disminuir el uso de servicios de emergencias, evitar hospitalizaciones y mejorar la satisfacción del paciente.

El médico de familia, siendo desde su formación un especialista en administración de recursos y el primer contacto con el usuario en nuestro sistema de salud, con una visión integral, que individualiza cada persona y lo evalúa desde una perspectiva biológica, funcional y psicosocial, es uno de los profesionales de salud con mayor capacidad para realizar el abordaje diagnóstico de la población en estudio.

8 Propósito

8.1 Planteamiento del problema

Los cambios demográficos que se han dado a nivel mundial y en Costa Rica, con el aumento progresivo de las personas adultas mayores, han generado cuestionamientos con respecto a la composición corporal y los cambios en el peso del paciente.

La pérdida de peso no intencional se ha visto como un problema frecuente en población mayor a 60 años, donde intervienen múltiples factores fisiológicos, médicos, psíquicos, sociales y funcionales. Siendo una patología de reciente relevancia en el ámbito médico, con alta morbilidad- mortalidad, costosa para el sistema de salud y sin un algoritmo diagnóstico estandarizado.

Será de importancia analizar el abordaje diagnóstico de la pérdida de peso no intencional más utilizado en la población mayor a 60 años, con la finalidad de proponer un enfoque estandarizado basado en evidencia que sea útil en atención primaria.

8.2 Objetivo general

Analizar el abordaje diagnóstico de la pérdida de peso no intencional para la población mayor de 60 años, en la atención primaria.

8.3 Objetivos específicos

1. Identificar cuáles son los elementos relacionados a la pérdida de peso no intencional en personas mayores a 60 años.
2. Describir las estrategias diagnósticas más utilizadas para el abordaje de la pérdida de peso no intencional en población mayor a 60 años.
3. Realizar una propuesta de abordaje diagnóstico de pérdida de peso no intencional para pacientes mayores de 60 años que sea aplicable en atención primaria.

9 Marco Metodológico.

9.1 Tipo de Investigación y enfoque

La siguiente investigación corresponde a un estudio cualitativo, no experimental, descriptivo, direccionado y focalizado, tipo revisión bibliográfica. Se realizó una amplia búsqueda de artículos en diferentes bases de datos como PUBMED, Clinical Key, The BMJ con el fin de analizar el abordaje diagnóstico de la pérdida de peso no intencional para la población mayor de 60 años, en la atención primaria, publicados en los últimos 10 años.

9.2 Palabras Clave

En español: “pérdida de peso involuntaria” o pérdida de peso no intencional” o “pérdida de peso inexplicada”; “edad avanzada” o “adulto mayor”; “abordaje” o “evaluación” o “manejo”

En Ingles: “Involuntary weight loss” or “unintended weight loss” or “unexplained weight loss”, “elderly” or “older adults”, “approach” or “evaluation” or “management”

9.3 Criterios de inclusión:

1. Artículos publicados que contengan las palabras clave previamente mencionadas.
2. Estudios realizados en población mayor a 60 años
3. Publicación con menos de 10 años de publicación que se encuentre en el rango de años del 2012 al 2022
4. Artículos publicados en idioma inglés y español
5. Artículos realizados en la población con pérdida de peso no intencional
6. Guías de abordaje diagnóstico de pérdida de peso no intencional

9.4 Criterios de exclusión:

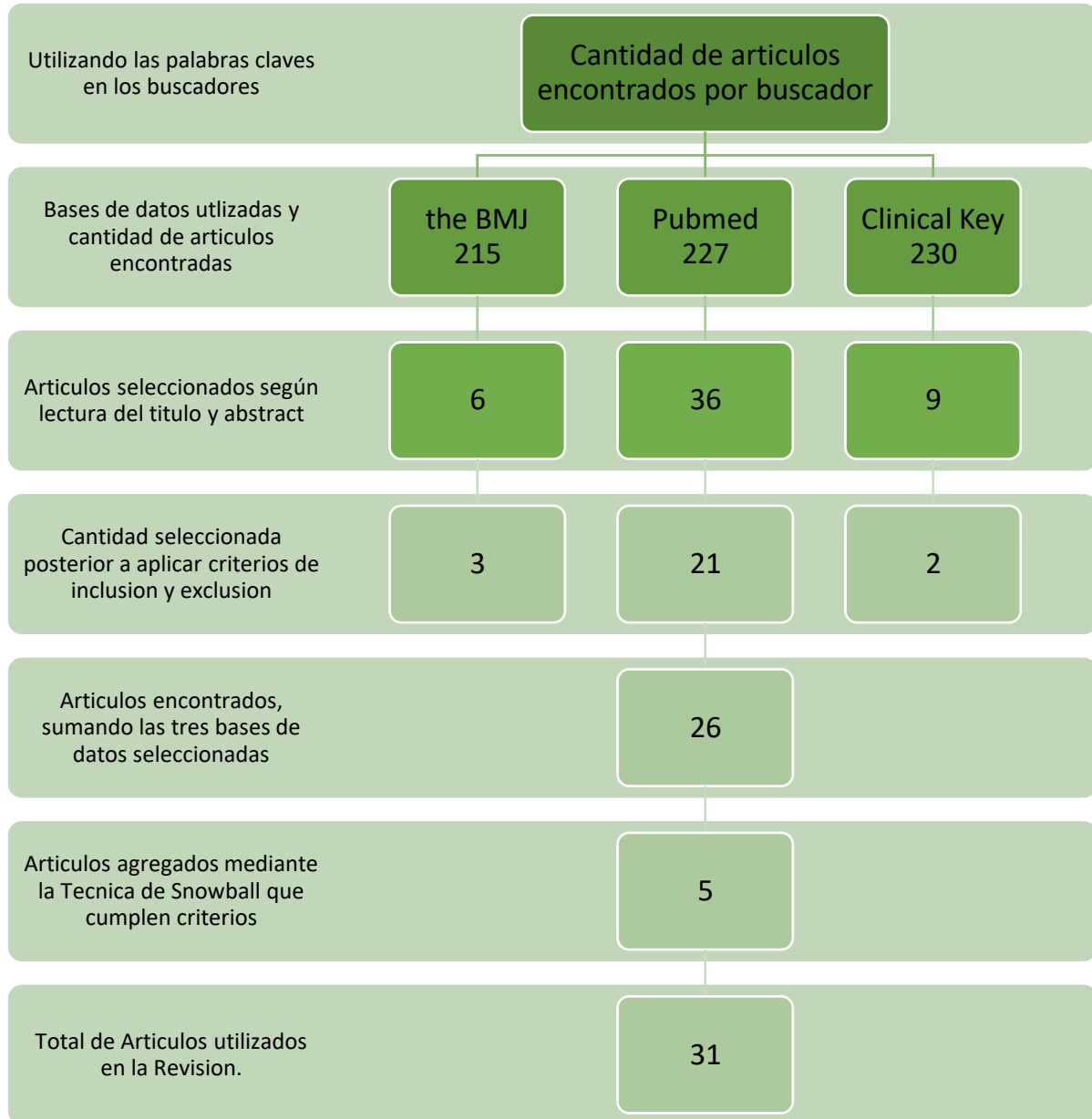
1. Artículos realizados en población pediátrica y adultos jóvenes
2. Artículos no relacionados con los objetivos propuestos para este estudio

9.5 Procedimiento de búsqueda

9.5.1 Fase 1: Recopilación

1. Para iniciar se formula la pregunta de investigación: ¿Cuál es el abordaje diagnóstico más utilizado en pérdida de peso no intencional para población mayor a 60 años?
2. Se realiza una búsqueda bibliográfica en bases de datos reconocidas en el ámbito médico, utilizando las palabras claves previamente mencionadas en español y en inglés con la finalidad de encontrar los artículos más relevantes y aplicables al contexto nacional.
3. Se aplicaron los siguientes filtros: adulto mayor, últimos 10 años, artículos en español y en inglés.
4. Uso de descriptos de MeSH combinados a través de operadores booleanos (AND/OR)
5. La búsqueda se realizó entre abril a setiembre del 2022.
6. Se utilizaron los siguientes buscadores con las palabras claves:
 - A. Pubmed: (“involuntary weight loss” or “unintended weight loss” or “unexplained weight loss”) and (“elderly” or “older adults”) and (“approach” or “evaluation” or “management”)
 - B. The BMJ: (“unexpected weight loss” or “involuntary weight loss”) and (“elderly”)
 - C. Clinical Key: (“unintentional weight loss” or “involuntary weight loss”) and (“elderly” or “older adult”) and (“approach”)
7. Además, se realizó una búsqueda de artículos, utilizando la técnica Snowball
8. Se aplicaron los criterios de inclusión y exclusión, obteniéndose los siguientes resultados según la metodología PRISMA.

9.5.1.1 Figura 1. Flujograma de búsqueda de artículos utilizados para realizar la revisión bibliográfica:



9.5.2 Fase 2: Análisis del material Bibliográfico

1. Se incluyen los artículos que cumplen con los criterios de inclusión en un matriz de análisis y se clasifica cada uno según el tipo de estudio y nivel de evidencia como se muestra en la tabla 1.
2. Se lleva a cabo la descripción y discusión de los resultados, según las categorías de análisis.
3. Para finalizar, se formulan las conclusiones y recomendaciones.

9.6 Identificación de Sesgos

1. Sesgos de selección: es posible que exista un sesgo de publicación, debido a que no se logran recuperar artículos que no han sido publicados (en la llamada literatura gris), los cuales pueden tener validez para el tema en estudio. Además, dado que se trata de un tema, donde no existen guías clínicas o consenso de expertos ya establecidas, se seleccionan los estudios de mayor relevancia para cumplir con los objetivos del estudio.
2. Sesgos de información: debido a que la extracción de los datos se realiza por un único investigador, podría existir un sesgo en la selección de los artículos que se utilizan en el estudio. Lo anterior se puede mejorar con una triangulación por parte de distintos investigadores. Esto se intenta realizar con la ayuda de un tutor de tesis y un lector, que fungen como la triangulación para el estudio.
3. Sesgos de análisis: no se identifican sesgos de análisis estadístico, pues la revisión de la literatura no conlleva modelos matemáticos.

9.7 Artículos encontrados según nivel de evidencia

Tabla 1. Clasificación de artículos por el nivel de evidencia y grado de recomendación.

Clasificación del Nivel de Evidencia de los Artículos encontrados

<i>Metanálisis de ensayos clínicos controlados aleatorizados con homogeneidad</i>	Grado A	la	2
<i>Ensayo clínico controlado aleatorizado con intervalo de confianza estrecho</i>		lb	0
<i>Revisión sistemática de estudios de cohorte, con Homogeneidad.</i>	Grado B	lla	0

<i>Estudio de cohorte o ensayo clínico aleatorizado de baja calidad.</i>		IIb	4
<i>Revisión sistemática de estudios de estudios de casos y controles, con homogeneidad.</i>		IIIa	0
<i>Estudios de casos y controles</i>		IIIb	5
<i>Serie de casos o estudios de cohortes y de casos y controles de baja calidad.</i>	Grado C	IV	2
<i>Documentos u opiniones de expertos y/o experiencias clínicas de autoridades de prestigio.</i>	Grado D	V	18
<i>Total</i>			31

Fuente: Adaptación de Centre for Evidence-Based Medicine (CEBM) de Oxford.

10 Resultados y Análisis

10.1 Discusión de resultados

Según los objetivos propuestos al inicio del estudio a continuación se realiza la discusión y el análisis de los resultados.

10.1.1 *Los elementos relacionados a la pérdida de peso no intencional en personas mayores de 60 años*

Según los estudios que se utilizaron para realizar esta revisión bibliográfica, se lograron recopilar diferentes elementos relacionados a la pérdida de peso no intencional. La clasificación que se utiliza en los diversos artículos depende del autor, sin embargo, la mayoría de los autores hacen referencia a los elementos relacionados con la pérdida de peso no intencional en la población adulta mayor de la siguiente forma, según las diferentes etiologías (ver tabla 2): 1. Factores orgánicos no malignos, 2. Factores orgánicos malignos, 3. Factores psicosociales, 4. Factores fisiológicos y 5. Causa desconocida o idiopática. Posteriormente cada elemento se subdivide en patologías más específicas esto con la finalidad de guiar el abordaje diagnóstico y el tratamiento del paciente. La Tabla 2 corresponde a los elementos relacionados a la PPNI recopilados a lo largo de la revisión bibliográfica.

10.1.1.1 Tabla 2. Clasificación de los elementos relacionados a la pérdida de peso no intencional

Clasificación	
1. Factores orgánicos no malignos	Enfermedades digestivas <ul style="list-style-type: none">- Problemas de la cavidad oral (principalmente, <20 piezas dentales)- Malabsorción- EII (Enfermedad Inflamatoria Intestinal) (segundo pico a los 60 años)- Úlcera péptica

	<ul style="list-style-type: none"> - Isquemia mesentérica (estenosis de la a. mesentérica superior y a. celiaca) <p>Enfermedades Cardiopulmonares</p> <ul style="list-style-type: none"> - IC - EPOC, enfermedad pulmonar intersticial <p>Enfermedades endocrinas</p> <ul style="list-style-type: none"> - Hipertiroidismo - Diabetes Mellitus - Insuficiencia adrenal <p>Enfermedad renal</p> <p>Infecciosas</p> <ul style="list-style-type: none"> - TB - VIH - Hepatitis B y C - Endocarditis infecciosa <p>Enfermedades Neurológicas</p> <ul style="list-style-type: none"> - Enfermedad de Parkinson - Esclerosis múltiple - Esclerosis lateral amiotrófica <p>Enfermedades inflamatorias o autoinmunes</p> <ul style="list-style-type: none"> - Artritis Reumatoide <p>Déficit de vitaminas</p> <ul style="list-style-type: none"> - Vitamina B12, vitamina D <p>Abuso de sustancias / uso de drogas</p> <ul style="list-style-type: none"> - OH - Cocaína - Anfetaminas <p>Tabaquismo (al L. A., 2021) (Cao, 2019) (Stefani, 2018)</p> <p>Efectos adversos de medicamentos (ver tabla 3)</p> <p>Polifarmacia (Bosch, 2017) (al L. A., 2021) (GADDEY, 2014) (Gaddey, 2021)</p>
--	--

	<p>Dolor crónico (Bosch, 2017) (Freha, 2018) (Holroyd-Leduc, 2018)</p> <p>Multimorbilidad (Bosch, 2017) (Sripongpunkul, 2021) (Hajek, 2017) (Gyenes, 2021)</p>
2. Factores orgánicos malignos	<p>Neoplasias digestivas (cáncer gástrico, de páncreas)</p> <p>Neoplasias no hematológicas (Cáncer de pulmón, tracto renal, hepático, ginecológico)</p> <p>Neoplasias hematológicas (Linfoma)</p>
3. Factores psiquiátricos	<p>Depresión</p> <p>Demencias tipo Alzheimer</p> <p>Trastorno de ansiedad</p> <p>Trastorno bipolar en fase maniaca o depresiva</p> <p>Esquizofrenia</p> <p>Duelo</p>
4. Factores sociales	<p>Problemas de vivienda</p> <p>Estado socioeconómico bajo (al L. A., 2021) (Cao, 2019) (Gyenes, 2021)</p> <p>Aislamiento social / percepción de exclusión social</p> <p>Discapacidad / inmovilidad</p> <p>Nivel educativo bajo</p> <p>Viudez</p> <p>Negligencia / abuso</p> <p>ABVD (Actividades Básicas de la Vida Diaria), AIVD (Actividades Instrumentales de la Vida Diaria), capacidades sensoriales (presbiacusia y presbicia)</p> <p>Estilos de vida (sedentarismo, consumo de tabaco y alcohol)</p> <p>“fracaso geriátrico para prosperar”</p> <p>Estrés</p>
5. Factores fisiológicos del adulto mayor	<p>Disminución de apetito</p> <p>Disminución del gusto y el olfato</p> <p>Vaciamiento gástrico lento, peristalsis GI reducida</p>

	Secreción de ácido gástrico disminuida Boca seca (disminución de la producción de saliva) Alternación en la habilidad para masticar (debilidad de los músculos de la masticación) y deglutir Cambios en las hormonas y péptidos neuroendocrinos Estreñimiento
6. Causa desconocida o idiopática	Sin diagnóstico a pesar de los estudios realizados

Fuente: Propia según los artículos revisados: (Bosch, 2017) (al L. A., 2021) (Cao, 2019) (Sripongpunkul, 2021) (Stefani, 2018) (Hajek, 2017) (Freha, 2018) (Holroyd-Leduc, 2018) (Gyenes, 2021) (Gaddey, 2021)

10.1.1.2 Enfermedades orgánicas no malignas

Con respecto a los artículos revisados y según el grado de evidencia se demostró que los trastornos orgánicos no malignos son los más frecuentes en la población en estudio. (Nivel de evidencia IIB) (Bosch, 2017) Siendo los trastornos digestivos benignos (principalmente problemas dentales), la depresión y la demencia los procesos más frecuentemente descritos en la mayoría de los estudios. (Nivel de evidencia IIB) (Bosch, 2017) (Cachot, 2018) (29)

Uno de los artículos revisados indica que las patologías más comúnmente presentadas son la diabetes mellitus, cáncer, depresión, EPOC y los trastornos tiroideos; por lo que es importante realizar estudios para la detección de estas. (Nivel de evidencia IIB) (Withrow, 2022)

Otro estudio indica que la PP puede estar relacionada con un efecto acumulativo de varias afecciones como lo son los factores psicosociales, la multimorbilidad, estilos de vida (como el tabaquismo), la fragilidad, trastornos orales, la polifarmacia y el dolor crónico que el adulto mayor puede presentar. (Nivel de evidencia IIB y V) (Bosch, 2017) (al L. A., 2021)

Además, estudios transversales y de cohorte han encontrado que la mala salud bucal está asociada con la pérdida de peso, fragilidad, discapacidad y mortalidad en personas adultas mayores. Se encontró una asociación de la PP con una menor cantidad de piezas dentales (<20 dientes), consumo infrecuente de frutas, verduras, carne y pescado. La mala salud dental tiene influencia en la elección de alimentos, la ingesta dietética y el estado nutricional el paciente. (Nivel de evidencia V) (Nakamura, 2016) La ingesta inadecuada de alimentos produce una regulación a la baja de la leptina provocando una disminución en el gasto energético. (Nivel de evidencia V) (Wong, 2014)

Como se ha descrito las enfermedades crónicas puede generar PP y deber ser consideradas dentro del estudio etiológico, principalmente por factores inherentes a la propia enfermedad, déficits nutricionales, estado hipercatabólico y estado de inflamación sistémica como se presenta en la insuficiencia cardiaca, Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica (EPOC), fibrosis pulmonar, hepatopatía crónica y Enfermedad Renal Crónica (ERC). Lo anterior hace referencia al termino de síndrome de caquexia, el cual se puede presentar en estadios avanzados de las enfermedades mencionadas. (Nivel de evidencia IIB) (Cachot, 2018) (Christopher J. Wong, 2018)

Según un estudio más reciente, existen factores independientes asociados con PPNI, estos son predictores de pérdida de peso, lo que significa que si el paciente los presenta, tiene más predisposición a tener cambios en el peso. Lo anterior permite que en caso de identificarlos en el paciente se puedan realizar acciones correctivas para prevenir dicha patología: (Sripongpunkul, 2021)

- Charlson Comorbidity Index (CCI) >1
- Déficit vitamina B12
- Hg <12g/dl

En un estudio se documentó que dentro de las causas más comunes de la PP en adultos mayores, se encuentra la anorexia, el cual implica un proceso degenerativo

de las neuronas del epitelio olfatorio que produce sensibilidad reducida del olfato, lo que disminuye el apetito; además se menciona la demencia y polifarmacia en el paciente, lo anterior indica que la detección temprana de estos factores puede prevenir la PP. (Nivel de evidencia IIIB) (Sripongpunkul, 2021)

En varios estudios revisados se identificó que los medicamentos son un punto importante para tener en cuenta, principalmente en los adultos mayores dado que son más vulnerables a los efectos adversos. Los efectos adversos más relevantes con respecto a la pérdida de peso son la supresión del apetito, náuseas, vómitos, alternación del gusto y el olfato, boca seca, disfagia por esofagitis y diarrea; los cuales se asocian con medicamentos de uso común en población mayor (ver tabla 3).

10.1.1.3 Tabla 3. Efectos adversos descritos por los medicamentos que provocan pérdida de peso no intencional

Supresión del apetito (anorexia)	Topiramato, bupropion, metilfenidato, dextroanfetamina, L-DOPA, metformina, opioides, teofilina, zonisamida,
Náuseas y vómitos	ISRS, antidepresivos tricíclicos, agonistas de dopamina, metformina, digoxina, metronidazol, hierro, amantadina, estatinas
Alteracion en el gusto y el olfato	IECA, bloqueadores de canales de calcio, espironolactona, alopurinol, L-DOPA, propranolol, espironolactona
Boca seca	Anticolinérgicos, diuréticos de Asa, clonidina, antihistamínicos
Disfagia por esofagitis	Bifosfonatos, doxiciclina, suplementos de potasio, suplementos de hierro, AINES

Diarrea	Metformina, agonistas GLP-1, laxantes, antibióticos
----------------	---

Fuente: (Pettitt, 2017) (Christopher J. Wong, 2018)

10.1.1.4 Enfermedades orgánicas malignas

Estudios indican que pacientes ≥ 18 años con PP tienen hasta 12.5 veces más probabilidad de tener cáncer en comparación con aquellos pacientes que no presentan pérdida de peso. Además, 1 de cada 10 pacientes mayores a 60 años que presentan PP serán diagnosticados con cáncer. (Nivel de evidencia V) (Rao, 2021)

Otro estudio demostró que los pacientes con PPNI tenían un riesgo de 2-3 veces mayor de un nuevo diagnóstico de cáncer dentro de los 2 años posteriores. (Nivel de Evidencia V) (Ferri, 2022)

Un estudio indica que la NICE (National Institute for Health and Care Excellence) reportó la PP como una característica de 7 tipos de cáncer en atención primaria, con un Valor Predictivo Positivo (VPP) de 0.4-3% y un VPP acumulativo de 7.1% para todos los tipos de cáncer. Lo anterior indica que los pacientes con PP tienen mayor riesgo de cáncer que aquellos pacientes quienes no lo presentan. Sin embargo, la ausencia de PP no se puede utilizar para descartar alguna neoplasia. (Nivel de evidencia Ia) (Nicholson B. D., 2018)

Otro estudio identificó un VPP $\geq 3\%$ para cáncer para aquellos pacientes mayores a 50 años, sexo masculino y fumadores. (Nivel de evidencia IIB y IV) (Nicholson B. D., 2020) (Bosch, 2017)

Según Nicholson, la pérdida de peso no intencional tiene una sensibilidad para todos los tipos de cáncer del 2-47% con una especificidad del 92-99%. Lo anterior indica que los pacientes con ausencia de PP no se les puede descartar un proceso neoplásico dada la baja sensibilidad, sin embargo, la alta especificidad puede ser

explicada dado que el paciente asiste a la atención primaria cuando ya presenta PP. (Nivel de evidencia Ia) (Nicholson B. D., 2018) (Nicholson B. D., 2020)

La PP es considerada como un marcador nutricional y ha sido reconocido como factor pronóstico independiente en pacientes oncológicos. (Nivel de evidencia IIB) (Cachot, 2018)

En dos estudios que se revisaron no se encontró una relación entre la cantidad de pérdida de peso con el tipo y el estadio del cáncer (Nivel de evidencia Ia, IIb, IIIb) (Nicholson B. D., 2018) (Baicus, 2014) (Aligue, 2021) En un estudio posterior del mismo autor, indica que la mayoría de los pacientes en estudio se encontraban en una etapa tardía de la enfermedad. (nivel de evidencia IIIb) (Nicholson B. D., 2020)

Además, Nicholson et al, indica que no se encontraron diferencias en cuanto al sexo y no se ha podido relacionar la edad con algún tipo de neoplasia. (Nivel de evidencia Ia) (Nicholson B. D., 2018)

Los tipos de cáncer que se han descrito que están relacionados con PP son cáncer de colon, pancreático, gastro-esofágico, ovario, pulmón, renal, mieloma, linfoma no Hodgkin, vía biliar y próstata. (Nivel de evidencia Ia) (Nicholson B. D., 2018) Siendo principalmente neoplasias digestivas y no hematológicas en pacientes mayores. (Nivel de evidencia IIB) (Bosch, 2017)

Estudios han descrito la frecuencia de presentación, según el origen de las neoplasias; donde las neoplasias gastrointestinales lideran la lista. Según Nicholson et al, el cáncer de páncreas es el más frecuente, posteriormente las neoplasias primarias de origen desconocido, el cáncer gastroesofágico, el linfoma, la neoplasia hepatobiliar, la neoplasia de pulmón, la neoplasia de colon y, por último, la neoplasia del tracto renal. (Nivel de evidencia IIIb) (Nicholson B. D., 2020)

Nicholson et al también describe qué según un estudio retrospectivo de cohorte, la PPNI se asocia con menor probabilidad con el cáncer de mama y el cáncer de próstata. (Nivel de evidencia IIIB) (Nicholson B. D., 2020)

Dentro de la literatura revisada se habla acerca de varios factores que son predictores de malignidad y/o patología subyacente grave. (Nivel de evidencia IIB) (Cachot, 2018) (Christopher J. Wong, 2018) Los cuales son, edad entre 60-80 años, género masculino, aumento de un o más MTS (Marcador Tumoral Sérico), exposición a radiación, exposición a quimioterapia, inmunosupresión, tabaquismo, antecedente de pólipos a nivel el colon, infección por Hepatitis B y C e infección por Helicobacter Pylori

10.1.1.5 Factores psicosociales

Un estudio que correlacionó los factores psicosociales y la PPNI, evidencio que la pérdida de peso en pacientes menores de 65 años se debe principalmente por baja satisfacción de vida y autoestima; por otro lado, la pérdida de peso en los pacientes mayores de 65 años se debe principalmente al aislamiento social. (Nivel de evidencia V) (Hajek, 2017)

Un estudio descriptivo basado en una encuesta realizada a los pacientes con PP documentó qué está asociada con creencias negativas como pérdida de control, ansiedad, estrés, progresión de la enfermedad y proximidad al final de la vida. (Nivel de evidencia V) (Yuen, 2022)

Existe una clara relación entre la PPNI y la depresión en el adulto mayor, se ha descrito una prevalencia de aproximada del 16%; llegando a ser hasta un 50% en pacientes que se encuentran en hogares de cuidado. (Nivel de evidencia V) (al L. A., 2021) (Hajek, 2017)

Según la literatura revisada, se ha evidenciado qué las enfermedades médicas pueden superponerse a las enfermedades psiquiátricas, ejemplo de esto es cuando en el caso de los pacientes que sufren ECV (Evento Cerebro Vascular) o infarto

agudo de miocardio, posteriormente pueden cursar con depresión. También es el caso del paciente con diagnóstico de cáncer que pueden cursar con trastorno ansioso depresivo. (Christopher J. Wong, 2018)

Un estudio menciona el termino de “fracaso geriátrico para prosperar” que puede afectar del 5 al 35% de los adultos mayores, este término incluye la PP, la disminución del apetito y la apatía. (Nivel de evidencia IV) (Durmuş, 2022)

En otro estudio, se demostró qué las variables sociodemográficas como el grado de educación, estilo de vida (como el uso de alcohol, tabaco y sedentarismo), bajos ingresos económicos, actividad social y condiciones geriátricas como capacidades para realizar actividades básicas e instrumentales de la vida diaria, alteraciones visuales y alteraciones auditivas se encuentran asociadas con la PP del paciente. (Nivel de evidencia V) (Sripongpunkul, 2021) (GADDEY, 2014)

Por último, otros estudios han descrito factores protectores contra la pérdida de peso no intencional, como realizar actividad física, mayor circunferencia de cadera e ingesta frecuente de alimentos. (Nivel de evidencia V) (Cao, 2019) (Nakamura, 2016)

10.1.1.6 Factores fisiológicos

Los cambios fisiológicos que se han descrito previamente que se dan a raíz del envejecimiento del adulto mayor, también se han visto como factores fisiológicos que contribuyen a que la persona adulta mayor pierda peso, los mismos se exponen en la tabla 2. (Nivel de evidencia V) (Levitt, 2018) (Holroyd-Leduc, 2018)

Según literatura revisada existen otras formas de clasificación de los elementos relacionados a la PPNI, los cuales dependen del género, edad y/o ambos.

10.1.1.7 Según género

Según el género del paciente, los trastornos psiquiátricos son las etiologías más frecuentes en el género femenino con PP, el resto de los grupos etiológicos (como

trastornos orgánicos neoplásicos y no neoplásicos) son de predominio en el género masculino. (Nivel de evidencia IIB) (Cachot, 2018) (Aligue, 2021)

Otro estudio documento que un mayor porcentaje de hombres mayores padecen de trastornos neoplásicos. (Aligue, 2021)

Con respecto al riesgo global de presentar alguna neoplasia los hombres tienen de un 11-14% versus las mujeres con un 3-7% por encima del riesgo normal para cáncer asociado con la edad. (Gaddey, 2021)

Otro estudio describe que los hombres con pérdida de peso tienen 3 veces más probabilidad de presentar cáncer dentro de los 3 meses o 2 veces más probabilidad de presentar cáncer a los 6 meses; mientras que las mujeres tienen 2 veces más probabilidad de tener cáncer a los 3 meses. (Nivel de evidencia IV) (Nicholson B. D., 2020)

Un estudio identificó que las mujeres tienen menor riesgo de neoplasia, lo anterior se puede explicar por las siguientes condiciones: (Nivel de evidencia IV) (Nicholson B. D., 2020)

1. Consultan con más frecuencia y con mayor prontitud al médico
2. Reportan síntomas al médico con mayor frecuencia que los hombres, por lo que se someten a estudios antes de que se presenta la PP

10.1.1.8 Según edad

Estudios indican que la edad es un determinante clave para la PPNI. (Nivel de evidencia V) (al L. A., 2021) (Cao, 2019)

En los pacientes menores de 65 años fueron más frecuentes los trastornos psiquiátricos, (Nivel de evidencia IIB) (Cachot, 2018) mientras que en los pacientes mayores o igual a 65 años fue más frecuentes el diagnóstico de cáncer,

enfermedades neurológicas y trastornos orgánicos no neoplásicos (Nivel de evidencia IIB) (Cachot, 2018)

10.1.1.9 Según sexo y edad

Un estudio describe las etiologías más frecuentes según sexo y edad del paciente, ver tabla 4.

10.1.1.10 Tabla 4. Etiologías según sexo y edad

Sexo	< 60 años	60-79 años	>80 años
Hombres	DM Depresión Trastornos tiroideos	Cáncer DM EPOC Depresión	Cáncer Demencia IC
Mujeres	Depresión Trastornos tiroideos DM EPOC	Depresión Trastornos tiroideos Cáncer	Demencia Cáncer Depresión IC

Fuente: (Withrow, 2022)

En la Tabla 4 se expone una de las propuestas descritas para realizar el abordaje diagnóstico de la pérdida de peso no intencional, que toma en cuenta las patologías más frecuentes documentadas en pacientes según género y edad, menores de 60 años, 60-79 años y mayores de 80 años. (Withrow, 2022)

10.1.1.11 Según Tiempo de evolución de pérdida de peso

Un estudio encontró que las enfermedades orgánicas neoplásicas y no neoplásicas tenían una PP de menos de 3 meses de evolución, mientras que los trastornos psiquiátricos y de origen desconocido tenían más de 6 meses. (Aligue, 2021)

Otro estudio previamente había documentado qué tanto los hombres como las mujeres con PPNI tenían más probabilidades de ser diagnosticados con alguna neoplasia dentro de los 3 meses posteriores. Además, se evidenció qué esta asociación fue mayor en hombres mayores de 50 años y en mujeres mayores de 70 años. (Nivel de evidencia IIIB) (Nicholson B. D., 2020)

En el estudio anterior también se documenta qué posterior a los 3 meses iniciales, el riesgo de diagnóstico de cáncer se redujo por debajo de los pacientes que no presentaban PP, y qué esta reducción se mantuvo durante los siguientes 21 meses. (Nivel de evidencia IIIB) (Nicholson B. D., 2020)

10.1.1.12 Morbilidad y mortalidad

Según una revisión sistemática de estudios observacionales para estimar el aumento de riesgo de eventos cardiovasculares, se identificó qué la PPNI se asoció con un riesgo significativo de muerte por cualquier causa, principalmente en paciente con sobrepeso y/u obesidad, con comorbilidades y adultos mayores. (Nivel de evidencia Ia) (Stefani, 2018)

Se ha descrito asociado a la PPNI un aumento del riesgo de fractura, deterioro funcional, fragilidad, infección, sarcopenia, úlceras por presión, exacerbación de trastornos cognitivos y del estado de ánimo, además del aumento del uso de los servicios de emergencias e ingresos hospitalarios. (Nivel de evidencia IV) (Durmuş, 2022)

Estudios describen un aumento del riesgo de fracturas en mujeres posmenopáusicas a nivel de cadera, columna vertebral y clavícula dentro de un año a 5 años posteriores a las PP. (Nivel de evidencia V) (Freha, 2018)

También se ha identificado qué la PP se asocia con mayor fragilidad, mayor deterioro funcional, caídas recurrentes y peores resultados de salud. (Holroyd-Leduc, 2018) (28)

Otro estudio realizado en EE. UU. por Gregg y Colaboradores documentaron que la PPNI se asoció con un aumento de mortalidad aproximadamente del 30%. (Nivel de evidencia V) (Wong, 2014) Otro estudio indica una tasa de mortalidad en adultos mayores del 9-38%. (Nivel de evidencia V) (Freha, 2018)

10.1.2 Estrategias diagnósticas más utilizadas para el abordaje de la pérdida de peso no intencional en población mayor a 60 años

La alta complejidad y el amplio diagnóstico diferencial de la pérdida de peso no intencional genera un elevado costo por la necesidad de practicar múltiples procedimientos diagnósticos. (Cachot, 2018)

La prioridad es identificar aquellos pacientes con riesgo de enfermedad grave subyacente. (Casarrubias-Ramírez, 2019)

Los estudios que se recopilieron para el análisis del abordaje diagnóstico de la pérdida de peso no intencional describen como estrategias diagnósticas más utilizadas la historia clínica exhaustiva y un examen físico completo. Basado en lo anterior describe la utilización de ciertos estudios de laboratorios y gabinete de rutina con el objetivo de realizar un abordaje dirigido. Un estudio reporta que posterior a realizar el abordaje inicial diagnóstico, se logra documentar la etiología de la PPNI en 33-60%. (Nivel de evidencia IIB) (Bosch, 2017)

Otro estudio recomienda realizar el abordaje de los pacientes, según prevalencia de las etiologías previamente descritas, según el grupo etario en qué se encuentre el paciente, según edad y género; ver tabla 5. (Nivel de evidencia IIIB) (Withrow, 2022) (Durmuş, 2022)

10.1.2.1 Tabla 5. Abordaje de las etiologías según prevalencia por sexo y edad

Sexo	60-79 años	>80 años
Hombres	Priorizar investigación de neoplasia, pruebas de DM y EPOC	Priorizar detección de demencia, depresión e IC; mientras se considera la investigación por cáncer.
Mujeres	Priorizar PFT, detección de depresión; mientras se	

	considera la investigación por cáncer	
--	--	--

Fuente: (Withrow, 2022)

Otras formas útiles que se han utilizado para realizar el abordaje diagnóstico de la pérdida de peso es la aplicación de las mnemotecnias “Meals on Wheels”, “STOP WEIGHT LOSS” y el uso de las 9 D’s. Las anteriores permiten al clínico tener en cuenta el abanico de diagnósticos diferenciales que puede presentar el paciente. Ver Anexos 15,16 y 17. (GADDEY, 2014)

10.1.2.2 Historia clínica

Con respecto a la historia clínica que se debe realizar en estos pacientes, la misma debe ser completa y amplia, que permita identificar condiciones clínicas en el paciente que justifiquen una mayor evaluación del paciente. Teniendo en cuenta los antecedentes personales patológicos, los antecedentes no patológicos, antecedentes psiquiátricos, antecedentes sociales, antecedentes nutricionales y el motivo de consulta del paciente.

10.1.2.2.1 Antecedentes personales patológicos

En los antecedentes personales patológicos se debe tener en cuenta las comorbilidades de paciente, ya que las mismas pueden predisponer al paciente a presentar PP. Las comorbilidades pueden ser evaluadas con el Índice de Charlson ajustado por edad. (Nivel de evidencia IIB) (Bosch, 2017)

Un estudio demostró que el 12% de los pacientes presentaba una alta carga de comorbilidades ≥ 3 , según el Índice de Charlson. (Aligue, 2021)

Es importante indagar por patologías crónicas como insuficiencia cardiaca, EPOC y ERC, dado que como se expuso anteriormente son causas importantes de pérdida de peso, que de forma progresiva y en un estadio avanzado provocan pérdida de peso y desencadenan posteriormente el síndrome de caquexia. (Wong, 2018)

Es importante tener en cuenta las diferentes etiologías expuestas en el apartado anterior y realizar la evaluación de los medicamentos que el paciente se encuentra consumiendo de forma aguda y crónica, dado que como se explica en el apartado anterior es una causa importante de pérdida de peso. (Nivel de evidencia IV) (Durmuş, 2022)

10.1.2.2.2 Antecedentes personales no patológicos

En este apartado los estudios indican que se debe indagar por uso de medicamentos o drogas prescritas, de venta libre e ilícitas. Preguntar por el consumo de alcohol, tabaco u opioides. (al L. A., 2021)

Con respecto al antecedente de tabaquismo es importante que si se presenta en conjunto con otros síntomas respiratorios como hemoptisis, anorexia, dolor torácico, fatiga, tos y hallazgos al examen físico de hipocratismo digital puede hacernos sospechar en neoplasia de pulmón. (Pettitt, 2017)

Además, según la literatura estudiada se debe preguntar por el comportamiento sexual, conductas de riesgo y tener en cuenta cuales son las poblaciones más vulnerables. Además, recomienda indagar por viajes o paseos realizados a zonas con alta prevalencia de enfermedades endémicas. (Freha, 2018)

10.1.2.2.3 Antecedentes psiquiátricos y sociales

Según los estudios revisados los pacientes que presentan PPNI deben ser evaluados primero para detectar etiologías físicas y posteriormente por etiologías psiquiátricas, principalmente por que la pérdida de peso puede ser un síntoma importante de un trastorno mayor depresivo. (Durmuş, 2022)

Por lo anterior los estudios recomiendan que se debe realizar la evaluación por depresión y ansiedad, utilizando los diferentes cuestionarios de tamizajes descritos en los diferentes estudios, como la escala de depresión de Hamilton (ver Anexo 11),

PHQ-9 (ver Anexo 12), la escala de depresión geriátrica y la escala del trastorno de ansiedad generalizada (ver Anexo 13).

Dentro de este apartado la literatura recomienda preguntar por los hábitos de alimentación del paciente, el apetito, evaluar el gusto y el olfato del paciente, evaluar la ingesta de alimentos, la cantidad y la calidad de los alimentos. (Durmuş, 2022)

Se debe preguntar por aspectos económicos propios del paciente y su familia; red de apoyo qué realiza o ayuda con el aporte económico al hogar. Además, se debe evaluar por otros aspectos psicosociales como abuso, exposición a violencia, negligencia y acceso a los alimentos (Wong, Assessment of unintentional weight loss, 2018) (Hajek, 2017)

Es importante valorar la red de apoyo del paciente (con quien vive, quien lo visita, si vive solo, si tiene red externa al hogar), ya que como vimos anteriormente la ingesta de alimentos y el “comer” es una conducta meramente social (Wong, Involuntary Weight Loss, 2014)

10.1.2.2.4 Antecedentes nutricionales

Con respecto a esta parte de la historia clínica se refiere a evaluar la ingesta que el paciente con pérdida de peso presenta.

Lo anterior se puede realizar solicitando un historial dietético para esto se puede solicitar al paciente o al familiar completar un diario de alimentos durante varios días. (Holroyd-Leduc, 2018)

Los estudios revisados apoyan el uso del tamizaje nutricional, el cual se puede realizar con MNA (Mini Nutritional Assessment). Es una herramienta de detección universal de malnutrición y evaluación global subjetiva que permite realizar un tamizaje rápido. (Levitt, 2018) (Gyenes, 2021)

Según el puntaje obtenido se puede evidenciar malnutrición proteico-calórica, riesgo y estado nutricional adecuado.

- <17 puntos = malnutrición proteico-calórica
- 17-23.5 puntos = riesgo nutricional
- ≥24 puntos = estado nutricional adecuado

Según uno de los estudios revisados la prealbúmina y la albúmina sirven como marcadores del estado nutricional del paciente. (Levitt, 2018)

En un estudio se menciona la utilización de otro cuestionario, el SNAQ (ver Anexo 14) donde un puntaje mayor o igual a 14 indica sospecha de sarcopenia o malabsorción, por lo que recomiendan realizar prueba de resistencia física y prueba de vitamina A y β -caroteno. Por otro lado, un puntaje menor a 14 indica sospecha de caquexia y anorexia, por lo que recomiendan utilizar mnemotecnia “Meals on Wheels” y realizar PCR y albúmina. (Nicholson B. D., 2019)

10.1.2.2.5 Motivo de consulta y otros síntomas

Según la literatura estudiada es importante conocer la cantidad de pérdida de peso; para esto se pueden utilizar los criterios de Marton y colaboradores, en donde se documenta directamente la pérdida de peso o qué el paciente tenga al menos 2 de los siguientes 3 criterios: (Aligue, 2021) (Wong, Involuntary Weight Loss, 2014)

- 1) Cambios en la talla de la ropa
- 2) Confirmación de pérdida de peso por parte de un familiar o amigo
- 3) Capacidad para dar una estimación numérica de la pérdida de peso

Según los estudios revisando durante la revisión del tema, la pérdida de peso no intencional puede estar asociada o no a otros síntomas. En el caso de qué no se encuentre asociado a otros síntomas específicos, es lo que se conoce como pérdida de peso no intencional aislada. En el caso de qué se encuentre asociada con síntomas específicos y/o signos de alarma; la cual aborda de manera más dirigida.

Las manifestaciones clínicas inespecíficas más frecuentes descritas en los estudios revisados fueron: (Asenjo, 2018) (Aligue, 2021)

- Anorexia
- Molestia abdominal (este fue el síntoma inespecífico más frecuentemente asociado con malignidad)
- Astenia
- Debilidad
- Nauseas
- Fatiga por esfuerzo

Es importante prestar especial atención a los síntomas y signos de cáncer, condiciones gastrointestinales y condiciones psiquiátricas

Según un estudio realizado por Nicholson, evidencio un aumento del VPP cuando la PP se relaciona con alguna otra característica clínica y con la edad avanzada, lo que se traduce como un aumento del riesgo de neoplasia. (Nicholson B. D., 2018)

Se han documentado síntomas que pueden ayudar a guiar la investigación de la pérdida de peso. Nicholson describe que la PP registrada es el segundo riesgo más alto después de tomar en cuenta los siguientes síntomas en relación con las posibles etiologías, ver tabla 6. (Nicholson B. D., 2018)

10.1.2.3 Tabla 6. Posibles Etiologías según Síntomas Específicos o Signos de Alarma asociados a PPNI

Síntomas / Signos	Evaluar por:
Disfagia	Cáncer de esófago, orofaringe o laringe
Dolor abdominal (síntoma más frecuentemente asociado con malignidad)	Cáncer gástrico, ulcera péptica
Diarrea	enfermedad celiaca, enfermedad inflamatoria intestinal, insuficiencia pancreática exocrina

Melena	Aliteración del tracto GI superior
Rectorragia	Cáncer de colon
Hemoptisis / tos	TB, Cáncer de Pulmón
Dolor costal	Mieloma
Ictericia, Dolor en epigastrio	Cáncer de Páncreas
Hematuria	Cáncer del tracto renal
Polidipsia, poliuria, PP	Diabetes mellitus
Intolerancia al calor, irritabilidad, insomnio, sudoración excesiva, diarrea, palpitaciones, debilidad muscular	Hipertiroidismo
Soplo cardiaco, crépitos pulmonares, edemas podálicos, ingurgitación yugular	Insuficiencia cardiaca
Estertores, consolidaciones, hipocratismo digital	EPOC
Síntomas depresivos (apatía, bradialia, afecto depresivo)	Trastorno depresivo

Fuente: (Nicholson B. D., 2018) (Wong, 2018)

También se ha descrito la PP como el tercer riesgo más alto para Linfoma no Hodgkin y Cáncer gastroesofágico. (Nicholson B. D., 2018)

En otro estudio se describen características clínicas que pueden estar asociadas con origen neoplásicas, dependiendo del género del paciente, ver tabla 7.

10.1.2.4 Tabla 7. Características clínicas de probable origen neoplásico según sexo

Sexo	Características clínicas
Ambos	Masa abdominal + dolor abdominal + anorexia + anemia por deficiencia de hierro + ictericia + linfadenopatias

Hombres	Disfagia + hemoptisis + dolor de pecho no cardíaco + quejas urinarias (frecuencia / urgencia)
Mujeres	Lumbalgia + cambios en el hábitos defecatorio + dispepsia + trombosis venosa profunda (TVP)

Fuente: (Nicholson B. D., 2020)

10.1.2.5 Examen Físico

Al realizar el examen físico del paciente, la literatura recomienda valorar por aparatos y sistemas para evitar olvidos. Iniciando con el peso del paciente (se debe comparar con el previo, si lo hay), estatura, IMC (Índice de Masa Corporal), circunferencia de la extremidad superior. Además, realizar la toma de signos vitales (frecuencia cardíaca, frecuencia respiratoria, presión arterial y saturación de oxígeno) (GADDEY, 2014)

Siempre se debe realizar la valoración de la cavidad oral, piezas dentales, prótesis dentales, el estado general y el grado de hidratación. Además, se debe valorar la dificultad para masticar y deglutir. (GADDEY, 2014)

Con respecto a la inspección indican valorar si el paciente presenta desgaste temporal, signos de emaciación, evaluar qué ropa del paciente le queda poco ajustada. (GADDEY, 2014)

Se recomienda evaluar por adenopatías cervicales, supraclaviculares, axilares, inguinales o alguna masa sospechosa. Valorar también por inflamación articular, alteraciones cardiopulmonares, hepatomegalia, esplenomegalia, masas a nivel abdominal y mamas. En el caso de los hombres es importante valorar por agrandamiento prostático. Importante realizar examen neurológico completo. (GADDEY, 2014)

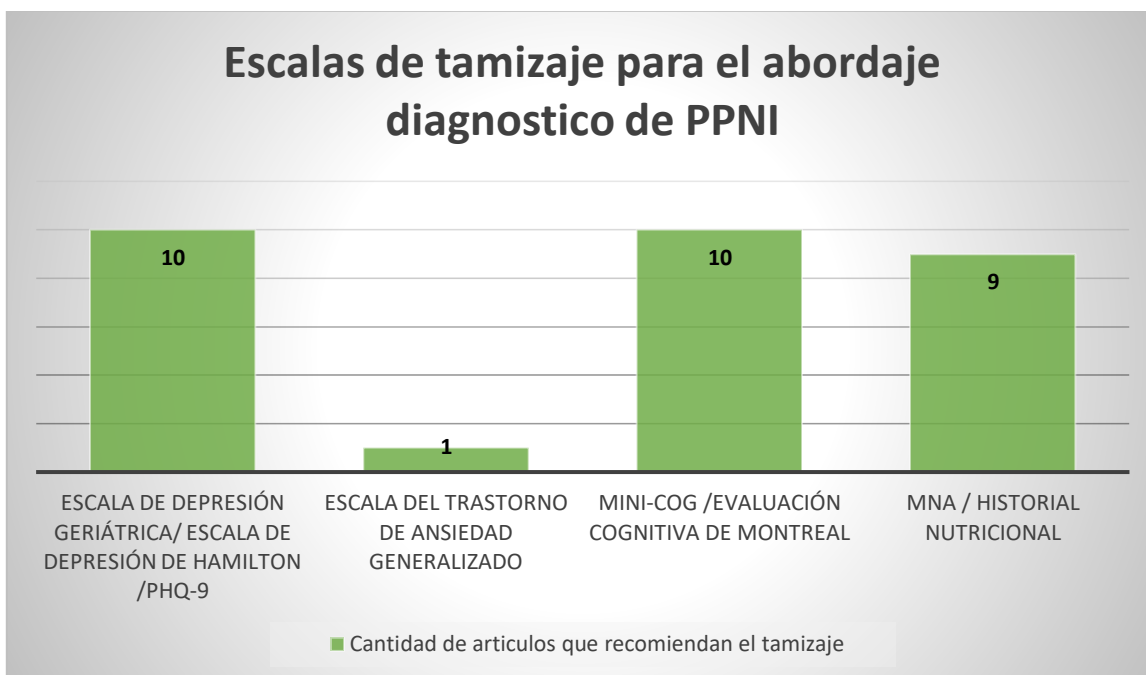
10.1.2.6 Tamizajes por Depresión, Ansiedad, Estado Cognitivo y Estado Nutricional

Según los estudios revisados a lo largo de este documento se describe como parte importante de la valoración del paciente la utilización de instrumentos de tamizaje, ver contenido del gráfico 1. La información recopilada se resume de la siguiente forma, se encontró que 10 de los artículos revisados incluyen el uso de la Escala de Depresión Geriátrica, la Escala de Depresión de Hamilton y el PHQ-9 para evaluar al paciente por trastorno depresivo. Sin embargo, con respecto a la evaluación de trastorno de ansiedad, únicamente se menciona la utilización de la Escala del Trastorno de Ansiedad Generalizado (GAD-7) en uno de los artículos revisados. (Wong, 2018)

Por otro lado, se menciona como parte de la evaluación del paciente, el uso de instrumentos para evaluar la función cognitiva en 10 de los artículos estudiados. En este caso, mencionan el uso del Mini-Cog, un total de 9 artículos y la Evaluación Cognitiva de Montreal en un artículo.

Además, en 9 de los artículos analizados se documenta la importancia del uso del tamizaje nutricional del paciente como parte del abordaje diagnóstico de la PPNI en la población en estudio, con el uso del MNA y el historial nutricional del paciente.

10.1.2.6.1 Gráfico 1. Cantidad de estudios que recomiendan el uso de escalas de tamizaje para el abordaje diagnóstico de la Pérdida de peso no intencional



Fuente: propia, según información recopilada de los estudios revisados.

10.1.2.7 Exámenes de laboratorios

El uso de los exámenes de laboratorios como parte del abordaje diagnóstico inicial del paciente se menciona en 22 de 31 artículos revisados para el abordaje diagnóstico inicial del paciente con pérdida de peso no intencional. Sin embargo, se expone la utilización de diversos laboratorios.

En el gráfico 2 se pueden observar que los estudios de mayor uso son el hemograma, las Pruebas de Función Renal (PFR), las Pruebas de Función Hepática (PFH) (incluyendo Gamma-Glutamil Transferasa) GGT y Fosfatasa Alcalina (FA)), HBA1C y glicemia en ayunas, TSH, VES, Proteína C Reactiva (PCR) y Deshidrogenasa Láctica (DHL); los cuales se mencionan en más de 10 artículos analizados. Otros estudios con menor prevalencia de uso para el diagnóstico inicial son los electrolitos, proteínas totales y fraccionadas, Examen General de Orina

(EGO), ferritina, hierro sérico, guayaco, calcio, Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH) y Antígeno Prostático Específico (APE).

Un estudio indica que los estudios de mayor rendimiento diagnóstico son el hemograma y el guayaco. En el caso del hemograma se demostró que la presencia de anemia aumenta la probabilidad de presentar una causa orgánica. (Rao, 2021)

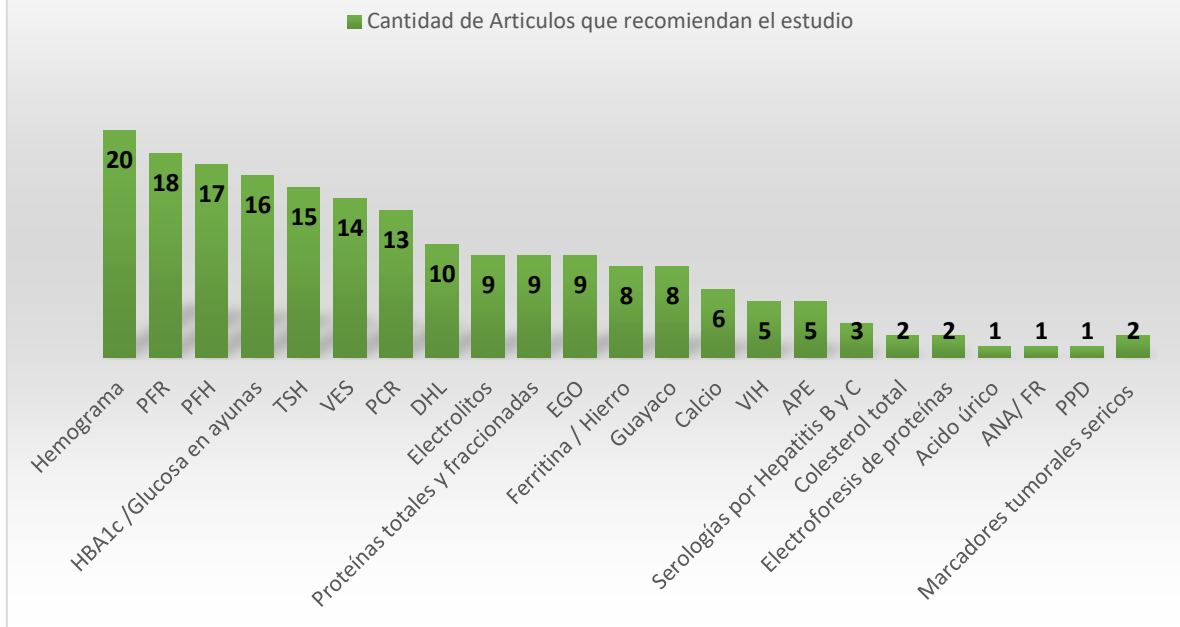
Por último, otros estudios poco mencionados en los artículos en revisión fueron las serologías por Hepatitis B y C, colesterol total, electroforesis de proteínas, ácido úrico, Anticuerpos Antinucleares (ANA), Factor reumatoideo (FR), Derivado Proteico Purificado de Tuberculina (PPD) y el uso de marcadores tumorales.

La utilización racional de los Marcadores Tumorales Séricos (MTS) está bien definida en las recomendaciones de la National Academy of Clinical Biochemistry como marcadores pronósticos, detección de recurrencia, monitorización del tratamiento y en el estudio de casos sospechosos de enfermedad maligna. (Cachot, 2018)

Por lo mencionado anteriormente las pruebas de marcadores tumorales séricos no están indicadas para paciente con PPNI en ausencia de otros síntomas localizados o en ausencia de sospecha clínica. (Rao, 2021)

10.1.2.7.1 Gráfico 2. Cantidad de estudios revisados que recomiendan el uso de laboratorios para el abordaje inicial del paciente

Estudios de laboratorio recomendados para el abordaje inicial



Fuente: propia, según información recopilada de los estudios revisados.

La literatura se ha enfocado en identificar variables predictoras o desarrollar índices clinimétricos, que sirvan como tamizaje para la selección de pacientes que requieren estudios más específicos, optimizando recursos y evitando realizar estudios costosos o invasivos innecesarios. (Casarrubias-Ramírez, 2019)

Según estudios revisados se exponen factores predictivos de enfermedad maligna los cuales son: (Gaddey, 2021)

- Edad > 80 años
- Leucocitos aumentados
- Plaquetas aumentadas
- VES / PCR aumentadas
- Fosfatasa alcalina (FA) aumentada
- Deshidrogenasa láctica (DHL) aumentada
- Albumina baja
- Calcio aumentado

Marton y colaboradores, exponen un modelo diagnóstico que correlaciona la PPNI con la probabilidad de presentar una causa física. El modelo anterior se expone en la tabla 8. Donde los factores como náuseas, vómitos, aumento reciente en el apetito, cambios recientes en la tos y hallazgos positivos al examen físico tienen mayor probabilidad de presentar una causa física.

10.1.2.8 Tabla 8. Modelo diagnóstico de Marton y colaboradores

Probabilidad de presentar una causa física	
Menor probabilidad	Mayor probabilidad
Fumador <20 paquetes/ año Ausencia de disminución de la actividad	Nauseas / vómitos Aumento reciente en el apetito Cambios recientes en la tos Hallazgos positivos al examen físico

Fuente: (Wong, Involuntary Weight Loss, 2014)

Otro de los modelos diagnósticos propuesto utilizando exámenes de laboratorios y la edad del paciente es el índice de Hernández y colaboradores. Este índice es uno de los más utilizados y este está compuesto por 5 variables, sin embargo, se limita su uso como prueba de tamizaje por su baja sensibilidad. (Casarrubias-Ramírez, 2019)

10.1.2.9 Tabla 9. Modelo diagnóstico de Hernández y colaboradores

Probabilidad de presentar malignidad	
Mayor probabilidad	Menor probabilidad
Edad >80 años Leucocitos >12.000 FA > 300 IU/L DHL >500 IU/L	Albúmina >3.5g/dl

Fuente: (Wong, Involuntary Weight Loss, 2014)

El índice de Hernández permite descartar aquellos pacientes con baja probabilidad de neoplasia, evitando someter a los pacientes a estudios costosos o invasivos. La evidencia sugiere que es un método que permite brindar seguimiento y vigilancia estrecha al paciente por un periodo de 1 año. (Casarrubias-Ramírez, 2019)

Baicus y colaboradores exponen otro modelo diagnóstico que toma en cuenta los factores de mayor probabilidad para presentar malignidad. Está compuesto por 3 factores únicamente. En el caso de que un paciente presente los 3 factores tiene un 64% de riesgo de presentar malignidad, al contrario del paciente que no presente ninguno de los factores tiene un 9% de riesgo. (Wong, Involuntary Weight Loss, 2014)

- 1) Edad >62 años
- 2) Hemoglobina <10g/dl
- 3) VES >29mm/h

Metalidis y colaboradores, documentaron que ningún de sus pacientes presentó malignidad, cuando tenían una evaluación inicial negativa. La evaluación que realizaron consistía en historia clínica, examen físico, radiografía de tórax, ultrasonido de abdomen y exámenes de laboratorios (hemograma, PCR, AST, ALT, DHL, FA, albumina, ferritina, PFT, glucosa en ayunas, EGO). Sin embargo, la muestra que utilizaron fue pequeña. (Wong, Involuntary Weight Loss, 2014)

Otro estudio menciona que ciertos estudios de laboratorios se encontraron alterados en diferentes tipos de neoplasias como los leucocitos elevados, VES, Ferritina, GGT (principalmente en metástasis hepática), FA (principalmente en metástasis hepáticas y/o óseas, TSH, DHL, PCR y Albúmina. (Aligue, 2021)

Otro estudio realizado en Bélgica con 101 pacientes, en el que se evaluó la capacidad que tiene una evaluación inicial asociada con estudios básicos y de gabinete para descartar la posibilidad de una enfermedad potencialmente grave. Evidencio que ninguno de los pacientes a quienes se diagnosticó una enfermedad grave, relacionada con mal pronóstico, tuvo una evaluación inicial completamente

normal; en comparación con el 75% de los pacientes en quienes se identificó alguna enfermedad orgánica relevante. (Casarrubias-Ramírez, 2019)

Rabinovitz y colaboradores, lograron demostrar que los pacientes que presentan alguna malignidad tenían más probabilidad de presentar albúmina baja y/o fosfatasa alcalina elevada. (Wong, Involuntary Weight Loss, 2014)

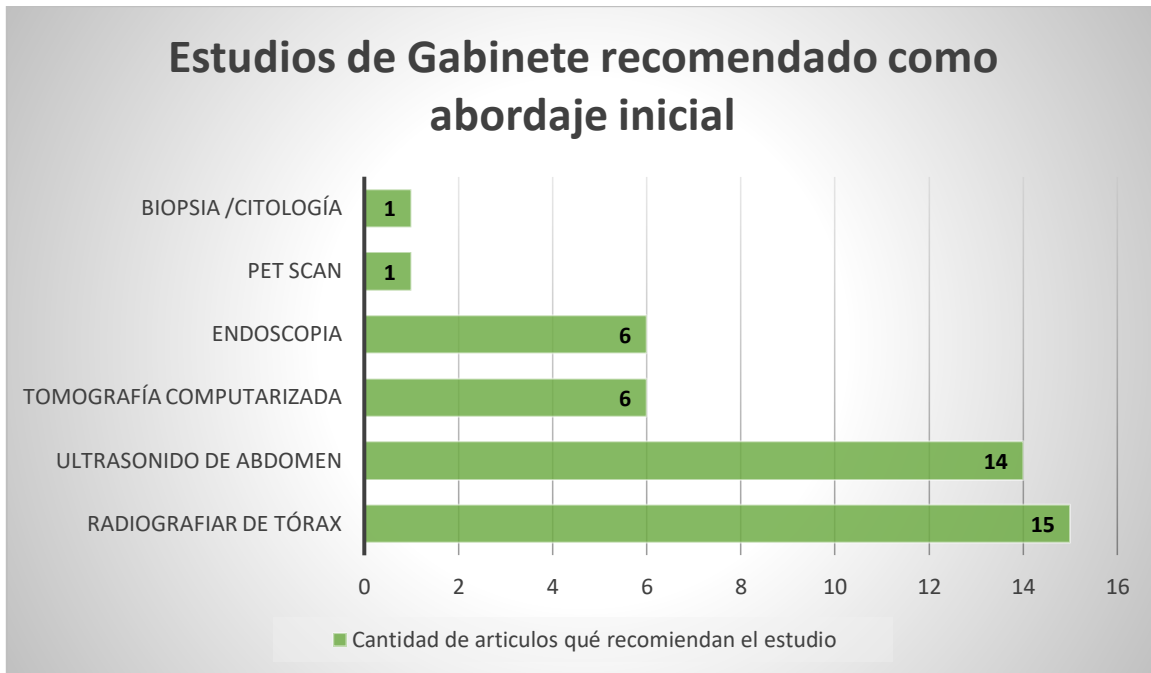
El valor predictivo negativo aumenta de 85% a 95% cuando las variables de edad >60 años, FA y albúmina están negativas. (Nivel de evidencia IIB) (Baicus, 2014)

10.1.2.10 Estudios de gabinete

En relación con los estudios de gabinete se mencionan en 15 de los artículos analizados como parte del abordaje diagnóstico inicial del paciente con pérdida de peso no intencional. Los estudios de gabinete descritos son la radiografía de tórax, el ultrasonido de abdomen, la tomografía computarizada, la endoscopia, el PET SCAN y el uso de biopsia o citología.

Los estudios recomendados en la mayor cantidad de artículos revisados corresponden al uso de la radiografía de tórax y el ultrasonido de abdomen, ver gráfico 3.

10.1.2.10.1 Gráfico 3. Cantidad de estudios que recomiendan el uso de estudios de gabinete para el abordaje inicial del paciente



Fuente: propia, según información recopilada de los estudios revisados.

10.1.2.10.2 Radiografía de Tórax

La radiografía de tórax es una herramienta rentable y ampliamente disponible para la evaluación de síntomas respiratorios y cardiacos. (Rao, 2021)

Los estudios recomiendan realizar la radiografía de tórax cuando el paciente refiera síntomas respiratorios, sea tabaquista y/o presente otros factores de riesgo para enfermedad pulmonar. (Durmuş, 2022) Además, puede ser de utilidad para el diagnóstico de cáncer de pulmón, Tuberculosis y manifestación del VIH (como infecciones oportunistas). (Rao, 2021) Un estudio documento que la radiografía de tórax tiene una sensibilidad de 18%. (al L. A., 2021)

10.1.2.10.3 Ultrasonido de abdomen

El ultrasonido de abdomen es una herramienta de fácil uso, no implica radiación y es rentable. Se ha documentado que tiene una sensibilidad del 45%. (al L. A., 2021) Se puede utilizar para detectar hepatomegalia, esplenomegalia, hidronefrosis, ascitis y derrames pleurales. (Rao, 2021)

10.1.2.10.4 Tomografía Computarizada (TAC)

La Tomografía computarizada es un estudio que se ha convertido gradualmente en una parte integral de los estudios para el abordaje de la PP. Este se puede realizar en pacientes con síntomas localizados, imágenes preliminares anormales o laboratorios anormales. (Rao, 2021)

Un estudio documentó que la tomografía computarizada fue la prueba complementaria de mayor rendimiento a realizar, además de una anamnesis completa, análisis de sangre completo y la radiografía de tórax. (Aligue, 2021)

10.1.2.10.5 Endoscopia

Con respecto al uso de endoscopia algunos autores incluyen la gastroscopia como parte del estudio inicial de todos los pacientes, otros argumentan que debe reservarse para aquellos pacientes que presentan síntomas o signos del tracto gastrointestinal. (Freha, 2018)

Puede realizarse en caso de que el paciente presente PPNI asociado con síntomas gastrointestinales específicos como melena, dolor abdominal y saciedad temprana. (al L. A., 2020)

Un estudio propone realizar endoscopia en caso de el paciente presente los siguientes síntomas: (Wong, 2018)

- 1) Gastroscopia: PPNI, anemia, dolor abdominal superior y disfagia
- 2) Colonoscopia: PPNI, anemia, guayaco positivo, dolor abdominal, cambio en el calibre de las heces

Otro estudio demostró que la gastroscopia puede conducir al diagnóstico definitivo en más de la mitad de los casos, sin embargo, este estudio fue realizado en pacientes mayores de 80 años que se encontraban hospitalizado, por ello no se puede generalizar. (Freha, 2018)

10.1.2.10.6 Tamizaje por neoplasias

Además, 5 de los artículos analizados durante la revisión realizada mencionan realizar tamizaje neoplásico como parte del abordaje inicial del paciente. Para descartar cáncer de mama, cáncer de cérvix, cáncer de colon y cáncer de próstata según el género y la edad del paciente. (Wong, 2014) (Pettitt, 2017)

10.1.3 Realizar una propuesta de abordaje diagnóstico de pérdida de peso no intencional para pacientes mayores de 60 años que sea aplicable en atención primaria.

Según lo documentado anteriormente con respecto a los elementos relacionados a la pérdida de peso no intencional en la población mayor a 60 años y las estrategias diagnósticas más utilizadas descritas en los artículos revisados; se logra documentar que la PPNI requiere un trabajo de detective y un enfoque amplio para el abordaje diagnóstico. Por lo que se procede a realizar una propuesta para el abordaje de esta patología en nuestro medio.

Con los resultados encontrados es evidente que se puede iniciar un abordaje diagnóstico oportuno y con prontitud desde una perspectiva de atención primaria.

Desde el primer contacto que se tiene con el paciente que llega con la historia de pérdida de peso mayor o igual al 5% de su peso corporal, se debe poner especial atención al mismo. Se deben recordar las diferentes posibilidades diagnósticas que el paciente puede presentar, según su género y su edad; ya que como se expuso en los apartados anteriores las causas pueden variar.

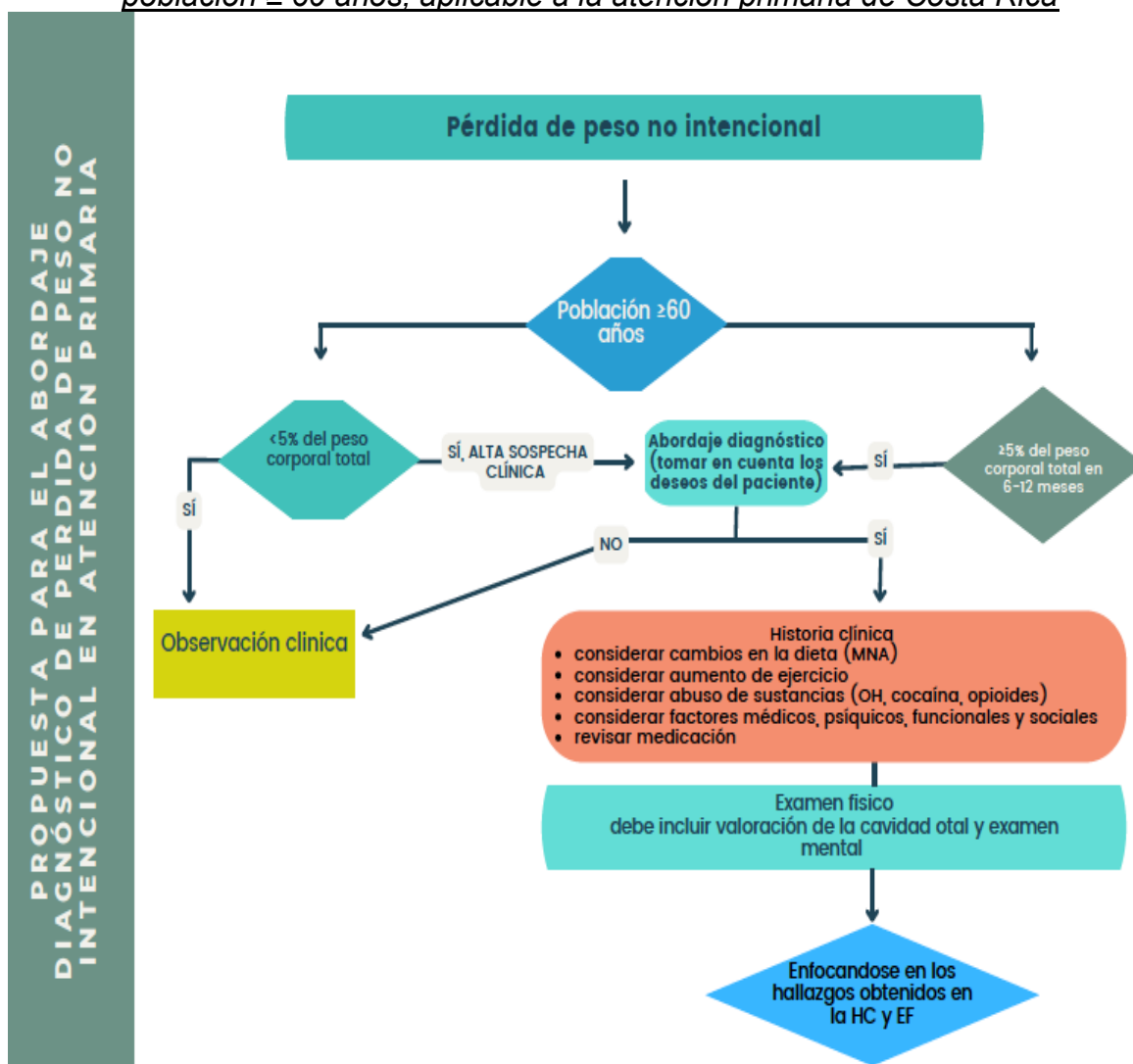
Es importante orientar el abordaje diagnóstico de esta población con los hallazgos documentados en la historia clínica y el examen físico, pues se ha visto que estas son las herramientas que tienen mayor rendimiento para determinar la causa de PP.

Una vez realizados ambos procesos se puede elegir cuales estudios de laboratorio y estudios de gabinetes pueden ayudar al clínico a dirigir la evaluación. Durante el estudio de paciente es importante realizar el tamizaje por depresión, tamizaje por deterioro cognitivo, realizar la evaluación nutricional y abordar aspectos socioeconómicos de la persona.

Otro aspecto para tener en cuenta al momento de abordar estos pacientes es entender que la decisión de iniciar el abordaje diagnóstico debe tomarse de acuerdo con los deseos que el paciente tenga.

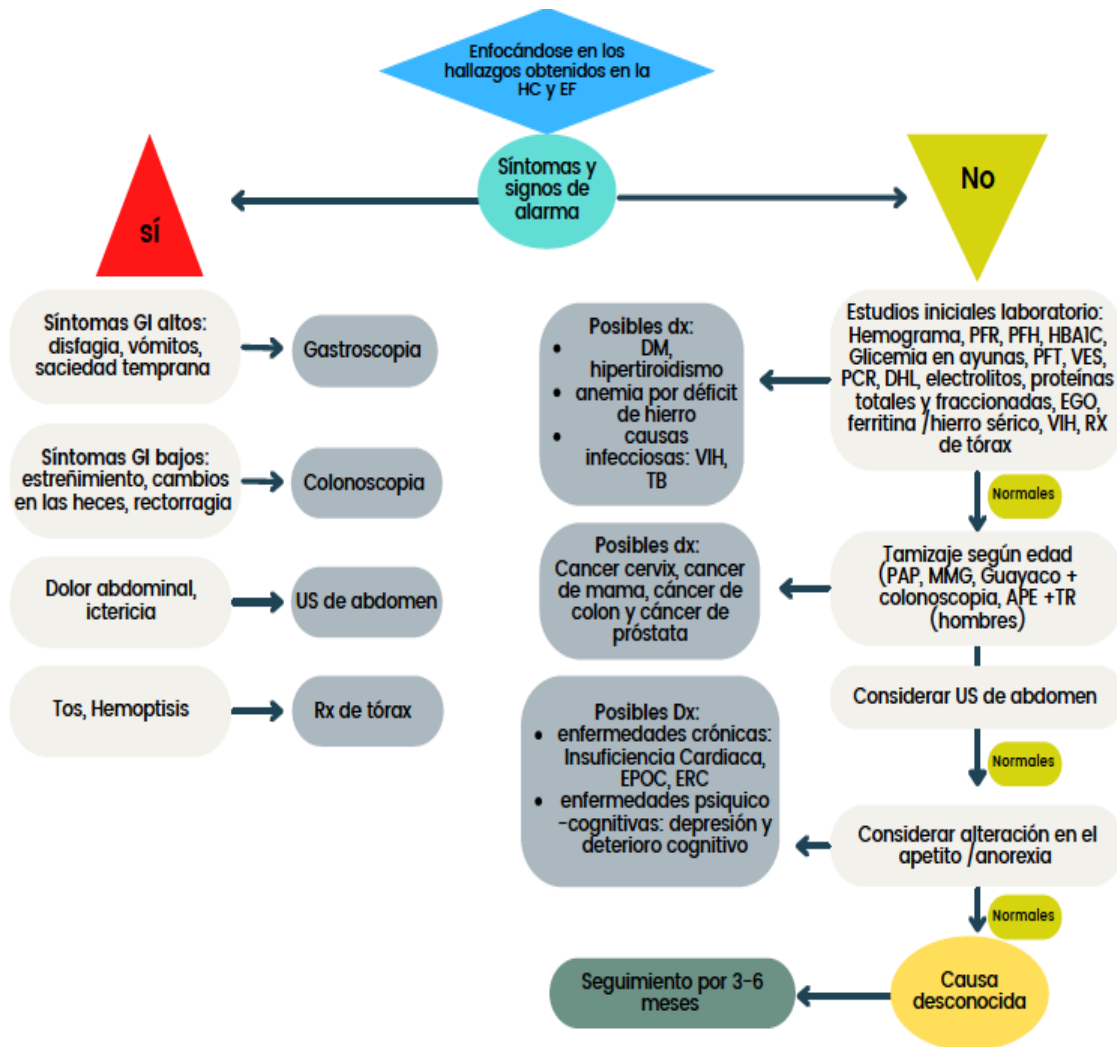
Dentro de los estudios revisados se encontraron algunos algoritmos diagnósticos utilizados, por ende, se decide realizar una recopilación de los mismos y realizar un algoritmo como parte de la propuesta diagnóstico para el abordaje de la población en estudio, adaptada para la atención primaria en Costa Rica.

10.1.3.1 Diagrama 1. Propuesta para el abordaje diagnóstico de la PPNI en población ≥ 60 años, aplicable a la atención primaria de Costa Rica



Fuente: propia, según información recopilada de los estudios revisados.

10.1.3.2 Diagrama 2. Continuación de la propuesta para el abordaje diagnóstico de la PPNI en población ≥ 60 años, aplicable a la atención primaria de Costa Rica



Fuente: propia, según información recopilada de los estudios revisados.

11 Conclusiones y Recomendaciones

11.1 Conclusiones

1. Al finalizar el trabajo de investigación se logra identificar que los elementos asociados a la pérdida de peso no intencional de la población en estudio se pueden clasificar en factores orgánicos no malignos, factores orgánicos malignos, factores psicosociales, factores fisiológicos y causa desconocida o idiopática.
2. Siendo las causas orgánicas no malignas como los trastornos digestivos benignos (dentro de ellos los problemas dentales), Diabetes Mellitus, patología tiroidea, enfermedades crónicas en etapa avanzada (como IC, EPOC y ERC), la multimorbilidad, la polifarmacia y los efectos adversos de los medicamentos; las causas más frecuentes en la población en estudio.
3. En relación con las causas orgánicas malignas se identificó que los pacientes mayores de 60 años, que cursan con pérdida de peso no intencional tienen mayor riesgo de presentar cáncer, que quienes no lo presentan. Se identifica una relación entre la PPNI con los siguientes tipos de cáncer: de colon, páncreas, gastroesofágico, ovario, pulmón, renal, mieloma, linfoma no Hodgkin, vía biliar y próstata. Siendo principalmente neoplasias digestivas y no hematológicas en pacientes mayores de 60 años.
4. Además, se identifican como causas psicosociales frecuentes y relevantes en la población en estudio, la depresión y la demencia. Otros factores como el bajo grado de educación, aislamiento social, sedentarismo, bajos ingresos económicos y funcionalidad del paciente se encuentran asociadas con la PP.
5. Durante la investigación se identificaron factores protectores contra la PPNI como la actividad física, mayor circunferencia de cadera e ingesta frecuente de alimentos.

6. Otra forma de clasificación de las posibles etiologías de la PPNI es según el género y la edad del paciente. Con respecto al género femenino se identifican los trastornos psiquiátricos como la causa más frecuente, mientras que en el género masculino son más frecuentes los trastornos orgánicos neoplásicos y no neoplásicos.
7. En relación con la edad pacientes, en menores de 65 años son más frecuentes los trastornos psiquiátricos, mientras que en pacientes mayores o igual a 65 años el diagnóstico de cáncer, enfermedades neurológicas y trastornos orgánicos no neoplásicos son los más frecuentes.
8. Además, es importante tener en cuenta el tiempo de inicio de la pérdida de peso, pues estudios mencionan que tanto hombre como mujeres tienen mayor probabilidad de ser diagnosticados con algún proceso neoplásico dentro de los tres meses posteriores. Sin embargo, posterior a ese periodo, el riesgo de ser diagnosticado con algún proceso mitótico se reduce por debajo de los pacientes que no presentan PP y esto se mantiene hasta 21 meses después.
9. Se debe tener presente que la PPNI se asocia con mayor fragilidad, deterioro funcional, caídas recurrentes, peores resultados de salud, exacerbación de trastornos cognitivos y del estado de ánimo, lo cual se traduce como un aumento de la morbilidad y la mortalidad del paciente y mayor uso de los servicios de urgencias y de hospitalizaciones.
10. Las estrategias diagnósticas más utilizadas son la historia clínica exhaustiva y un examen físico completo. En relación con la historia clínica es importante considerar cambios en la dieta o historial nutricional (MNA), aumento de ejercicio, el abuso de sustancias, factores médicos, psíquicos, funcionales y sociales propios del paciente y revisar la medicación del paciente por los efectos adversos que estos pueden tener. Es importante estar atentos a síntomas y signos de alarma asociados a la pérdida de peso, que ayuden a guiar el abordaje diagnóstico.

11. En relación con el examen físico, debe ser completo que incluya la valoración de la cavidad oral y el examen mental del paciente. Durante esta etapa es beneficioso utilizar los instrumentos como la escala de Barthel, la escala de Lawton y Brody, el Mini-Mental y Escala de Depresión de Hamilton (u otro para valorar por depresión).
12. La solicitud de exámenes de laboratorios y estudios de gabinete deben ir enfocados en los hallazgos documentados en la historia clínica y el examen físico, con la finalidad de evitar realizar estudios innecesarios que pongan en riesgo la salud del paciente y evitar el uso inadecuado y excesivo de recursos.
13. Los estudios con mayor evidencia para el abordaje inicial son el hemograma, PFR, PFH, HbA1C, glicemia en ayunas, TSH, VES, PCR, DHL, electrolitos, Proteínas totales y fraccionadas, EGO, Ferritina/hierro sérico, guayaco, junto con una radiografía de tórax. En caso de que el paciente presente síntomas y signos de alarma, se puede recurrir al uso de ultrasonido de abdomen, gastroscopia y colonoscopia.
14. Se documentaron factores predictores de enfermedad maligna que son la edad mayor a 80 años, leucocitos aumentados, plaquetas aumentadas, VES /PCR aumentadas, FA elevada, DHL elevada, albúmina baja y calcio aumentado.
15. Por último, se logró diseñar un algoritmo del abordaje diagnóstico de la pérdida de peso no intencional en pacientes mayores a 60 años con la finalidad de que sirva de apoyo a los médicos que se encuentra en atención primaria. Además, orientar al clínico sobre las diferentes patologías que el paciente puede presentar y así lograr un diagnóstico oportuno con la utilización de recursos de forma óptima.

11.2 Recomendaciones

11.2.1 Al nivel central de la CCSS

Elaborar un protocolo para el abordaje diagnóstico de la pérdida de peso no intencional para población mayor a 60 años que pueda implementarse en la atención primaria del sistema de salud costarricense y que forme parte de la valoración integral del adulto mayor.

Dotar los centros de salud de atención primaria con equipos de laboratorios de calidad que permitan el procesamiento de muestras de forma oportuna.

Analizar el tiempo de atención en la consulta externa de los pacientes que se presentan con pérdida de peso no intencional mayor a 60 años, con el fin de permitir realizar un abordaje integral de la patología de forma ambulatoria, orientar las diferentes posibilidades diagnósticas y mejorar el uso de recursos de la institución.

11.2.2 Al primer nivel

Capacitar al personal de atención primaria acerca de cómo realizar el abordaje diagnóstico enfocado en los hallazgos clínicos y según el grupo etario del paciente con la finalidad de hacer uso racional de los recursos y evitar realizar estudios innecesarios.

Crear un enlace con el segundo y tercer nivel y optimizar la comunicación entre los diferentes niveles de atención, para mejorar la capacidad resolutive en caso de que el paciente requiera estudios como ultrasonido de abdomen, gastroscopia, colonoscopia o incluso tomografía computarizada; para que los mismos sean realizados de forma ambulatorios y con prontitud.

Crear mayor concientización en la población adulta mayor, mediante campañas acerca de la importancia de prevenir y consultar de forma temprana en caso de presentar cambios en el peso.

Se recomienda evaluar a futuro, si el abordaje diagnóstico de la pérdida de peso no intencional en población mayor a 60 años se está realizando de forma óptima y oportuna.

Se recomienda realizar un estudio retrospectivo acerca de las características epidemiológicas y etiológicas de los pacientes que se presentan a la consulta externa con pérdida de peso no intencional.

11.2.3 Al posgrado de medicina familiar de la Universidad de Costa Rica

Se recomienda la implementación de capacitaciones que instruyan al médico residente de cómo realizar el abordaje diagnóstico de la pérdida de peso no intencional según lo expuesto en la investigación. Lo anterior con la finalidad de homogenizar conceptos y técnicas de abordaje para brindar un uso racional de los recursos y evitar estudios innecesarios que pongan en riesgo la salud del paciente.

12 Bibliografía

- 1) al, L. A. (2020). Approach to Patients with unintentional weight loss. *Elsevier*, 175-186.
- 2) Wong, C. J. (2014). Involuntary Weight Loss. *Elsevier*, 625-643.
- 3) Gaddey, H. L. (2021). Unintentional Weight Loss in Older Adults . *American Family Physician*, 34-40.
- 4) Wong, C. J. (2018). Assessment of unintentional weight loss. *BMJ Best Practice* , 1-68.
- 5) World Health Organization. (2015). World report on Ageing And Health. *Library Cataloguing-in-Publication Data*, 1-260.
- 6) Instituto Nacional de Estadística y Censos (INEC). (2018). *Panorama demográfico* . Costa Rica : INEC.
- 7) Ministerio de Salud Costa Rica . (2018). *Análisis de la Situación de Salud* . Costa Rica: MINSAL.
- 8) Deses, C. D. (2017). Valoración Geriátrica Integral . *revista de la Facultad de Medicina de la UNAM*, 38-54.
- 9) Newberry, C. (2021). Nutrition and weight management in the elderly. *Elsevier*, 131-140.
- 10)al, L. A. (2021). Approach to patients with unintentional weight loss. *Elsevier*, 175-186.
- 11)al, P. E. (2018). Geriatric Assessment: An office-based approach. *American Family Physician* , 776-784.
- 12)Dominguez-Ardila, A. (2014). Comprehensive Geriatric Assessment. *Atención Familiar*, 20-23.
- 13)Ahmed, T. (2010). Assessment and management of nutrition in older people and its importance to health. *Dove Medical Press*, 207-216.
- 14)Alberta Health Services . (2019). *Nutrition Guideline Senior Health Overview (65 years and older)*. Canada : 4.3.1.1.
- 15)Bosch, X. (2017). Unintentional Weight Loss: clinical characteristics and outcomes in a prospective cohort of 2677 patients. *PLoS ONE*, 1-20.

- 16) Casarrubias-Ramirez, M. (2019). Validación de un índice predictivo de neoplasia en pérdida de peso inexplicada. *Rev Med Inst Mex Seguro Soc*, 133-139.
- 17) Stefani, F. d. (2018). Observational Evidence for Unintentional Weight Loss in All-Cause Mortality and Major Cardiovascular Events: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Scientific reports*, 1-11.
- 18) Nicholson, B. D. (2018). Weight loss as a predictor of cancer in primary care: a systematic review and meta-analysis. *British Journal of General Practice*, 1-12.
- 19) Baicus, C. (2014). Cancer and Involuntary Weight Loss: Failure to Validate a Prediction Score. *Plos One*, 1-7.
- 20) Nicholson, B. D. (2020). Prioritising primary care patients with unexpected weight loss for cancer investigation: diagnostic accuracy study. *the bmj*, 1-12.
- 21) Aligue, J. (2021). Etiologies and 12-month mortality in patients with isolated involuntary weight loss at a rapid diagnostic unit. *PLOS ONE*, 1-15.
- 22) Bosch, X. (2017). Unintentional weight loss: Clinical characteristics and outcomes in a prospective cohort of 2677 patients. *PLOS ONE*, 1-20.
- 23) Cachot, J. T. (2018). Pérdida de peso involuntaria aislada: epidemiología y factores predictivos de malignidad. *Elsevier*, 1-7.
- 24) Casarrubias-Ramírez, M. (2019). Validación de un índice predictivo de neoplasia en pérdida de peso inexplicada. *Rev Med Inst Mex Seguro Soc*, 133-139.
- 25) Sripongpunkul, C. (2021). Factors associated with unintentional weight loss among older adults in a geriatric outpatient clinic of university hospital. *PLOS ONE*, 1-15.
- 26) Asenjo, M. M. (2018). Motivo de consulta: pérdida de peso. *Semergen*, 257-261.
- 27) Withrow, D. R. (2022). Serious disease risk among patients with unexpected weight loss: a matched cohort of over 70 000 primary care presentations. *Journal of Cachexia, Sarcopenia and Muscle*, 1-8.

- 28) Nicholson, B. D. (2020). The association between unexpected weight loss and cancer diagnosis in primary care: a matched cohort analysis of 65,000 presentations. *Springer Nature*, 1848-1856.
- 29) Durmuş, N. Ş. (2022). Unintentional Weight Loss in Adults 65 Years or Older A Symptom of Physical and Psychiatric Etiologies. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 640-642.
- 30) Cao, Y. (2019). Associations of medical conditions, lifestyle and unintentional weight loss in early old age: The 1946 British Birth Cohort. *PLOS ONE*, 1-11.
- 31) Hajek, A. (2017). Psychosocial correlates of unintentional weight loss in the second half of life in the German general population. *PLOS ONE*, 1-12.
- 32) Yuen, E. Y. (2022). Unintentional weight loss, its associated burden, and perceived weight status in people with cancer. *Supportive Care in Cancer*, 329–339.
- 33) GADDEY, H. L. (2014). Unintentional Weight Loss in Older Adults. *American Family Physician*, 718-722.
- 34) Nakamura, M. (2016). Poor Oral Health and Diet in Relation to Weight Loss, Stable Underweight, and Obesity in Community-Dwelling Older Adults: A Cross-Sectional Study From the JAGES 2010 Project. *J Epidemiol*, 322-329.
- 35) Pettitt, R. (2017). Abnormal Loss of Weight. *Osteopathic Family Physician*, 20-24.
- 36) Levitt, A. (2018). Older Adults With Unintended WEIGHT LOSS. *Wolters Kluwer Health*, 312-318.
- 37) Freha, N. A. (2018). *Unintentional Weight Loss*. Retrieved from Intech Open : <http://dx.doi.org/10.5772/intechopen.74860>
- 38) Holroyd-Leduc, J. M. (2018). UNINTENTIONAL WEIGHT LOSS IN OLDER ADULTS: A PRACTICAL APPROACH TO DIAGNOSIS AND MANAGEMENT. *CGS JOURNAL OF CME*, 1-6 .
- 39) Christopher J. Wong. (2018). *Assessment of unintentional weight loss*. Seattle, WA: The BMJ Group.
- 40) Rao, S. (2021). Unintentional weight loss: what radiologists need to know and what clinicians want to know. *Springer Nature*, 1-15.
- 41) Ferri, F. F. (2022). Unexplained Weight Loss! *Clinical Key*, 1-16.

- 42) Gyenes, M. (2021). Assessing and Managing Unintentional Weight Loss: A Global Survey of Geriatrician Practice and Their Use of Ice Cream to Address It. *Serdi and Springer Nature Switzerland*, 350-356.
- 43) Nicholson, B. D. (2019). When should unexpected weight loss warrant further investigation to exclude cancer? *The BMJ*, 1-8.
- 44) Silva, Y. G. (2021). Utilidad del índice de comorbilidad de Charlson en personas ancianas. Concordancia con otros índices de comorbilidad. *Rev Clin Med Fam*, 64-70.
- 45) Torales, T. E. (2019). Índice de comorbilidad de Charlson aplicado a pacientes de Medicina Interna: estudio multicéntrico. *Rev. virtual Soc. Parag. Med. Int.*, 47-56.
- 46) Charlson, M. E. (2022). Charlson Comorbidity Index: A Critical Review of Clinimetric Properties. *Psychother Psychosom*, 8-35.
- 47) Vitoria, U. F. (2022, Octubre 14). *Editorial UFV*. Retrieved from .: www.editorialufv.es/wp-content/uploads/Tablas_libros_geriatria.pdf
- 48) al, D. K. (2019). Nutritional Interventions for Elderly and Considerations for the Development of Geriatric Foods. *Bentram Science*, 15-27.
- 49) LA ASAMBLEA LEGISLATIVA DE LA REPÚBLICA DE COSTA RICA. (25/10/1999). *Ley Integral para la Persona Adulta Mayor N° 7935*. San Jose: Sistema Costarricense de Informacion Juridica .
- 50) Martinez, F. M. (2017). *Tratado de Geriatria y Gerontologia* . San Jose : Editorial Nacional de Salud y Seguridad Social (EDNASS).
- 51) al, A. B. (2017). Aging, inflammation and the environment. *ELSEVIER*, 1-9.

13 Anexos

13.1 Anexo 1. Índice de Comorbilidad de Charlson

Índice de Charlson	Enfermedades
1 punto	Infarto miocardio
1 punto	Insuficiencia cardiaca
1 punto	Arteriopatía periférica
1 punto	Demencia
1 punto	EPOC*
1 punto	Colagenosis
1 punto	Úlcera gastroduodenal
1 punto	Hepatopatía leve
1 punto	Diabetes mellitus no complicada
2 puntos	Diabetes mellitus complicada
2 puntos	Hemiplejía
2 puntos	Nefropatía
2 puntos	Tumor sólido
2 puntos	Leucemia
2 puntos	Linfoma
3 puntos	Hepatopatía grave
6 puntos	Metástasis
6 puntos	SIDA

*Enfermedad pulmonar obstructiva crónica

Fuente: (Charlson, 2022)

13.2 Anexo 2. Índice de actividades de la vida diaria de Katz

Índice de Katz	
ACTIVIDAD	DESCRIPCIÓN DE LA DEPENDENCIA
BAÑARSE	Independiente: necesita ayuda para lavarse una sola parte (con la espalda o una extremidad incapacitada) o se baña completamente sin ayuda.
	Dependiente: necesita ayuda para lavarse más de una parte del cuerpo, para salir o entrar en la bañera o no se lava solo.
VESTIRSE	Independiente: coge la ropa solo, se la pone, se pone adornos y abrigos y usa cremalleras (se excluye el atarse los zapatos).
	Dependiente: no se viste solo o permanece vestido parcialmente.
USAR EL RETRETE	Independiente: accede al retrete, entra y sale de él, se limpia los órganos excretores y se arregla la ropa (puede usar o no soportes mecánicos).
	Dependiente: usa orinal o cuña o precisa ayuda para acceder al retrete y utilizarlo.
MOVILIDAD	Independiente: entra y sale de la cama y se sienta y levanta de la silla solo (puede usar o no soportes mecánicos).
	Dependiente: precisa de ayuda para utilizar la cama y/o la silla; no realiza uno o más desplazamientos.
CONTINENCIA	Independiente: control completo de micción y defecación.
	Dependiente: incontinencia urinaria o fecal parcial o total.
ALIMENTACIÓN	Independiente: lleva la comida desde el plato o su equivalente a la boca (se excluyen cortar la carne y untar la mantequilla o similar).
	Dependiente: precisa ayuda para la acción de alimentarse o necesita de alimentación enteral o parental.
Por ayuda se entiende la supervisión, dirección o ayuda personal activa. La evaluación debe realizarse según lo que el enfermo realice y no sobre lo que sería capaz de realizar	
CLASIFICACIÓN	
A. Independiente en alimentación, continencia, movilidad, uso de retrete, vestirse y bañarse.	
B. Independiente para todas las funciones anteriores excepto una.	
C. Independiente para todas excepto bañarse y otra función adicional.	
D. Independiente para todas excepto bañarse, vestirse y otra función adicional.	
E. Independiente para todas excepto bañarse, vestirse, uso de retrete y otra función adicional.	
F. Independiente para todas excepto bañarse, vestirse, uso de retrete, movilidad y otra función adicional.	
G. Dependiente en las seis funciones.	
H. Dependiente en al menos dos funciones, pero no clasificable como C, D, E o F.	

Fuente: (Vitoria, 2022)

13.3 Anexo 3. Índice de Barthel

ÍNDICE DE BARTHEL				
Comida				
10	Independiente. Capaz de comer por sí solo en un tiempo razonable. La comida puede ser cocinada y servida por otra persona.			
5	Necesita ayuda para cortar la carne, extender la mantequilla, etc., pero es capaz de comer solo.			
0	Dependiente. Necesita ser alimentado por otra persona.			
Aseo				
5	Independiente. Capaz de lavarse entero, de entrar y salir del baño sin ayuda y de hacerlo sin necesidad de que otra persona supervise.			
0	Dependiente. Necesita algún tipo de ayuda o supervisión.			
Vestido				
10	Independiente. Capaz de ponerse y quitarse la ropa sin ayuda.			
5	Necesita ayuda. Realiza sin ayuda más de la mitad de estas tareas en un tiempo razonable.			
0	Dependiente. Necesita ayuda para las mismas.			
Arreglo				
5	Independiente. Realiza todas las actividades personales sin ayuda alguna. Los complementos pueden ser provistos por otra persona.			
0	Dependiente. Necesita alguna ayuda.			
Deposición				
10	Continente. No presenta episodios de incontinencia.			
5	Accidente ocasional. Menos de una vez por semana o necesita ayuda para colocar enemas o supositorios.			
0	Incontinente. Más de un episodio semanal. Incluye administración de enemas o supositorios por otra persona.			
Micción				
10	Continente. No presenta episodios de incontinencia. Capaz de utilizar cualquier dispositivo por sí solo (sonda, orinal, pañal, etc.).			
5	Accidente ocasional. Presenta un máximo de un episodio en 24 horas o requiere ayuda para la manipulación de sondas u otros dispositivos.			
0	Incontinente. Más de un episodio en 24 horas. Incluye pacientes con sonda incapaces de manejarse.			
Ir al retrete				
10	Independiente. Entra y sale solo y no necesita ayuda alguna por parte de otra persona.			
5	Necesita ayuda. Capaz de manejarse con una pequeña ayuda: es capaz de usar el baño. Puede limpiarse solo.			
0	Dependiente. Incapaz de acceder a él o de utilizarlo sin ayuda mayor.			
Traslado cama/sillón				
15	Independiente. No requiere ayuda para sentarse o levantarse de una silla ni para entrar o salir de la cama.			
10	Mínima ayuda. Incluye una supervisión o una pequeña ayuda física.			
5	Gran ayuda. Precisa la ayuda de una persona fuerte o entrenada. Capaz de estar sentado sin ayuda.			
0	Dependiente. Necesita una grúa o el alzamiento por dos personas. Es incapaz de permanecer sentado.			
Deambulaci3n				
15	Independiente. Puede andar 50 metros o su equivalente en una casa sin ayuda ni supervisi3n. Puede utilizar cualquier ayuda mecánica, excepto su andador. Si utiliza una prótesis, puede ponérsela y quitársela solo.			
10	Necesita ayuda. Necesita supervisi3n o una pequeña ayuda física por parte de otra persona o utiliza andador.			
5	Independiente. En silla de ruedas, no requiere ayuda ni supervisi3n.			
0	Dependiente. Si utiliza silla de ruedas, precisa ser empujado por otro.			
Subir y bajar escaleras				
10	Independiente. Capaz de subir y bajar un piso sin ayuda ni supervisi3n de otra persona.			
5	Necesita ayuda. Necesita ayuda o supervisi3n.			
0	Dependiente. Es incapaz de salvar escalones. Necesita ascensor.			
La incapacidad funcional se valora como:		<ul style="list-style-type: none"> • Severa: < 45 puntos. • Grave: 45-59 puntos 	<ul style="list-style-type: none"> • Moderada: 60-80 puntos. • Ligera: 80-100 puntos 	Puntuaci3n total:

Fuente: (Vitoria, 2022)

13.4 Anexo 4. Índice de Lawton y Brody

ACTIVIDADES INSTRUMENTALES DE LA VIDA DIARIA	
Paciente.....	Edad..... Sexo.....
Anotar, con la ayuda del cuidador principal, cual es la situación concreta personal del paciente, respecto a estos 8 items de actividades instrumentales de la vida diaria.	
ESCALA DE ACTIVIDAD INSTRUMENTAL DE LA VIDA DIARIA	Ptos.
A. CAPACIDAD PARA USAR EL TELÉFONO	
1. Utiliza el teléfono a iniciativa propia, busca y marca los números, etc.	1
2. Marca unos cuantos números bien conocidos.	1
3. Contesta el teléfono pero no marca.	1
4. No usa el teléfono.	0
B. IR DE COMPRAS	
1. Realiza todas las compras necesarias con independencia.	1
2. Compra con independencia pequeñas cosas.	0
3. Necesita compañía para realizar cualquier compra.	0
4. Completamente incapaz de ir de compras.	0
C. PREPARACIÓN DE LA COMIDA	
1. Planea, prepara y sirve las comidas adecuadas con independencia.	1
2. Prepara las comidas si se le dan los ingredientes.	0
3. Calienta y sirve las comidas, pero no mantiene una dieta adecuada.	0
4. Necesita que se le prepare y sirva la comida.	0
D. CUIDAR LA CASA	
1. Cuida la casa solo o con ayuda ocasional (ej., trabajos pesados).	1
2. Realiza tareas domésticas ligeras como fregar o hacer la cama.	1
3. Realiza tareas domésticas ligeras, pero no puede mantener un nivel de limpieza aceptable.	1
4. Necesita ayuda en todas las tareas de la casa.	1
5. No participa en ninguna tarea doméstica.	0
E. LAVADO DE ROPA	
1. Realiza completamente el lavado de ropa personal.	1
2. Lava ropa pequeña.	1
3. Necesita que otro se ocupe del lavado.	0
F. MEDIO DE TRANSPORTE	
1. Viaja con independencia en transportes públicos o conduce su coche.	1
2. Capaz de organizar su propio transporte en taxi, pero no usa transporte público.	1
3. Viaja en transportes públicos si le acompaña otra persona.	1
4. Solo viaja en taxi o automóvil con ayuda de otros.	0
5. No viaja.	0
G. RESPONSABILIDAD SOBRE LA MEDICACIÓN	
1. Es responsable en el uso de la medicación, dosis y horas correctas.	1
2. Toma responsablemente la medicación si se le prepara con anticipación en dosis preparadas.	0
3. No es capaz de responsabilizarse de su propia medicación.	0
H. CAPACIDAD DE UTILIZAR EL DINERO	
1. Maneja los asuntos financieros con independencia, recoge y conoce sus ingresos.	1
2. Maneja los gastos cotidianos pero necesita ayuda para ir al banco, grandes gastos, etc.	1
3. Incapaz de manejar el dinero.	0
Máxima dependencia: 0 puntos Independencia total: 8 puntos	

Fuente: (Vitoria, 2022)

13.5 Anexo 5. Mini Mental State Examination

MINI MENTAL STATE EXAMINATION (MMSE)

Basado en Folstein et al. (1975), Lobo et al. (1979)

Nombre: _____ Varón [] Mujer []
 Fecha: _____ F. nacimiento: _____ Edad: _____
 Estudios/Profesión: _____ Núm. Historia: _____
 Observaciones: _____

¿En qué año estamos? 0-1 ¿En qué estación? 0-1 ¿En qué día (fecha)? 0-1 ¿En qué mes? 0-1 ¿En qué día de la semana? 0-1	ORIENTACIÓN TEMPORAL (máx. 5)	
¿En qué hospital (o lugar) estamos? 0-1 ¿En qué piso (o planta, sala, servicio)? 0-1 ¿En qué pueblo (ciudad)? 0-1 ¿En qué provincia estamos? 0-1 ¿En qué país (o nación, autonomía)? 0-1	ORIENTACIÓN ESPACIAL (máx. 5)	
Nombre tres palabras peseta-caballo-manzana (o balón-bandera-árbol) a razón de 1 por segundo. Luego se pide al paciente que las repita. Esta primera repetición otorga la puntuación. Otorgue 1 punto por cada palabra correcta, pero continúe diciéndolas hasta que el sujeto repita las 3, hasta un máximo de 6 veces. Peseta 0-1 Caballo 0-1 Manzana 0-1 (Balón 0-1 Bandera 0-1 Árbol 0-1)	Núm. de repeticiones necesarias FIJACIÓN RECUERDO inmediato (máx. 3)	
Si tiene 30 euros y me va dando de tres en tres, ¿Cuántos le van quedando?. Detenga la prueba tras 5 sustracciones. Si el sujeto no puede realizar esta prueba, pídale que deletree la palabra MUNDO al revés. 30 0-1 27 0-1 24 0-1 21 0-1 18 0-1 (O 0-1 D 0-1 N 0-1 U 0-1 M 0-1)	ATENCIÓN CÁLCULO (máx. 5)	
Preguntar por las tres palabras mencionadas anteriormente. Peseta 0-1 Caballo 0-1 Manzana 0-1 (Balón 0-1 Bandera 0-1 Árbol 0-1)	RECUERDO DIFERIDO (máx. 3)	
DENOMINACIÓN. Mostrarle un lápiz o un bolígrafo y preguntar ¿qué es esto?. Hacer lo mismo con un reloj de pulsera, lápiz 0-1, reloj 0-1. REPETICIÓN. Pedirle que repita la frase: "ni sí, ni no, ni pero" (o "en un trigal había 5 perros") 0-1. ÓRDENES. Pedirle que siga la orden: "coja un papel con la mano derecha, dóblelo por la mitad, y póngalo en el suelo". Coge con la mano derecha 0-1 dobla por la mitad 0-1 pone en suelo 0-1. LECTURA. Escriba legiblemente en un papel "cierre los ojos". Pídale que lo lea y haga lo que dice la frase 0-1. ESCRITURA. Que escriba una frase (con sujeto y predicado) 0-1. COPIA. Dibuje 2 pentágonos intersectados y pida al sujeto que los copie tal cual. Para otorgar un punto deben estar presentes los 10 ángulos y la intersección 0-1.	LENGUAJE (máx. 9)	
Puntuaciones de referencia: 27 ó más: normal 24 ó menos: sospecha patológica 12-24: deterioro 9-12: demencia	PUNTUACIÓN TOTAL (máx. 30 puntos)	

a.e.g.(1999)

13.6 Anexo 6. Mini- Cog

FECHA _____ EDAD _____ SEXO M F Localidad _____ Administrado por _____

MINI-COG™ -Spanish

1) OBTENGA LA ATENCIÓN DEL PARTICIPANTE, Y DIGA:

“Le voy a decir tres palabras que quiero que usted recuerde ahora y más tarde. Las palabras son

Por favor, dígamelas ahora.”

Manzana

Amanecer

Silla

Intento 1

Intento 2

(administre sólo si las 3 palabras no fueron repetidas en el Intento 1. Diga **“Las palabras son Manzana, Amanecer, Silla. Por favor, dígamelas ahora”**)

Intento 3

(administre sólo si las 3 palabras no fueron repetidas en el Intento 2. Diga **“Las palabras son Manzana, Amanecer, Silla. Por favor, dígamelas ahora”**)

(Indique con una marca de verificación [✓] cada palabra que es repetida correctamente. Dele 3 intentos para repetir las palabras al participante. Si es incapaz de repetir las palabras después de 3 intentos, continúe con el siguiente ítem.)

2) Dele al participante la Página 2 de este formulario y un lápiz/lapicero. DIGA LAS SIGUIENTES FRASES EN EL ORDEN CORRESPONDIENTE:

“Por favor, dibuje un reloj en este espacio. Comience dibujando un círculo grande.” (Cuando esto haya sido completado, diga)

“Coloque todos los números en el círculo.” (Cuando esto haya sido completado, diga) **“Ahora coloque las manecillas del reloj**

para que marquen las 11 y 10.” Si el participante no ha terminado de dibujar el reloj en 3 minutos, suspenda este ítem y pídale al participante que le diga las tres palabras que le pidió que recordara antes.

3) DIGA: **“¿Cuáles fueron las tres palabras que le pedí que recordara?”**

_____ (Puntúe 1 por cada una) Puntaje de las Palabras

Puntúe el reloj (según el formulario de Puntaje del Reloj):

Reloj Normal
Reloj Alterado

2 puntos
0 puntos

Puntaje del Reloj

Puntaje Total = Puntaje de Palabras más Puntaje del Reloj

**0, 1, o 2 posible trastorno cognitivo;
3, 4, o 5 indica que no hay trastorno cognitivo**

.....
Mini-Cog™, Derecho de autor S Borson. Permitido para uso educacional en el "AFA National Memory Screening Day" en el año 2012. No se puede modificar o usar para otro propósito sin permiso del autor (soob@uw.edu). Todos los derechos están reservados.

13.7 Anexo 7. Prueba del Reloj

CRITERIOS DE PUNTUACIÓN DEL TEST DEL RELOJ	
1. ESFERA DEL RELOJ (MÁXIMO 2 PUNTOS)	
PTOS.	RESULTADOS
2	• Dibujo normal. Esfera circular u ovalada con pequeñas distorsiones por temblor.
1	• Incompleto o con alguna distorsión significativa. Esfera muy asimétrica.
0	• Ausencia o dibujo totalmente distorsionado.
2. PRESENCIA O SECUENCIA DE LOS NÚMEROS (MÁXIMO 4 PUNTOS)	
4	• Todos los números presentes y en el orden correcto. solo «pequeños errores» en la localización espacial en menos de 4 números (ej., colocar el número 8 en el espacio del número 9).
3,5	• Cuando los «pequeños errores» en la colocación espacial se dan en 4 o más números pequeños.
3	• Todos presentes con error significativo en la localización espacial (ej., colocar el número 3 en el espacio del número 6). • Números con algún desorden de secuencia (menos de 4 números).
2	• Omisión o adición de algún número, pero sin grandes distorsiones en los números restantes. • Números con algún desorden de secuencia (4 ó más números). • Los 12 números colocados en sentido antihorario (rotación inversa). • Todos los números presentes, pero con gran distorsión espacial (números fuera del reloj o dibujados en media esfera, etc.). • Presencia de los 12 números en una línea vertical, horizontal u oblicua (alineación numérica).
1	• Ausencia o exceso de números con gran distorsión espacial. • Alineación numérica con falta o exceso de números. • Rotación inversa con falta o exceso de números.
0	• Ausencia o escasa representación de números (menos de 6 números dibujados).
3. PRESENCIA Y LOCALIZACIÓN DE LAS MANECILLAS (MÁXIMO 4 PUNTOS)	
4	• Las manecillas están en posición correcta y con las proporciones adecuadas de tamaño (la de la hora más corta).
3,5	• Las manecillas en posición correcta, pero ambas de igual tamaño.
3	• Pequeños errores en la localización de las manecillas (situar una de las agujas en el espacio destinado al número anterior o posterior). • Aguja de los minutos más corta que la de la hora, con pauta horaria correcta.
2	• «Gran distorsión en la localización de las manecillas (incluso si marcan las once y diez, cuando los números presentan errores significativos en la localización espacial)». • Cuando las manecillas no se juntan en el punto central y marcan la hora correcta.
1	• Cuando las manecillas no se juntan en el punto central y marcan una hora incorrecta. • Presencia de una sola manecilla o un esbozo de las dos.
0	• Ausencia de manecillas o perseveración en el dibujo de las mismas. Efecto en forma de «rueda de carro».

Fuente: (Vitoria, 2022)

13.8 Anexo 8. Escala de Depresión de Yesavage

ESCALA DE GERIÁTRICA DEPRESIÓN (YESAVAGE). Versión corta		
	sí	NO
1. ¿Está bastante satisfecho con su vida?	0	1
2. ¿Ha renunciado a muchas de sus actividades e intereses?	1	0
3. ¿Siente que su vida está vacía?	1	0
4. ¿Se encuentra a menudo aburrido/a?	1	0
5. ¿La mayor parte del tiempo está de buen humor?	0	1
6. ¿Teme que le pase algo malo?	1	0
7. ¿Se siente feliz la mayor parte del tiempo?	0	1
8. ¿Se siente a menudo abandonado/a?	1	0
9. ¿Prefiere quedarse en casa en lugar de salir y hacer cosas?	1	0
10. ¿Cree que tiene más problemas de memoria que el resto de la gente?	1	0
11. ¿Piensa que es maravilloso vivir?	0	1
12. ¿Le cuesta iniciar nuevos proyectos?	1	0
13. ¿Se siente lleno/a de energía?	0	1
14. ¿Siente que su situación es desesperada?	1	0
15. ¿Cree que mucha gente está mejor que usted?	1	0
0-5 Normal; 6-9 Probable depresión; 10 o más Depresión establecida.		

Fuente: (Vitoria, 2022)

13.9 Anexo 9. Escala de Zarit

TEST DE ZARIT - ESCALA DE SOBRECARGA DEL CUIDADOR	
Pregunta a realizar	Puntuación
¿Siente que su familiar solicita más ayuda de la que realmente necesita?	
¿Siente que debido al tiempo que dedica a su familiar ya no dispone de tiempo suficiente para usted?	
¿Se siente tenso cuando tiene que cuidar a su familiar y atender además otras responsabilidades?	
¿Se siente avergonzado por la conducta de su familiar?	
¿Se siente enfadado cuando está cerca de su familiar?	
¿Cree que la situación actual afecta de manera negativa a su relación con amigos y otros miembros de su familia?	
¿Siente temor por el futuro que le espera a su familiar?	
¿Siente que su familiar depende de usted?	
¿Se siente agobiado cuando tiene que estar junto a su familiar?	
¿Siente que su salud se ha resentido por cuidar a su familiar?	
¿Siente que no tiene la vida privada que desearía debido a su familiar?	
¿Cree que su vida social se ha visto afectada por tener que cuidar de su familiar?	
¿Se siente incómodo al invitar amigos a casa, a causa de su familiar?	
¿Cree que su familiar espera que usted le cuide, como si fuera la única persona con la que puede contar?	
¿Cree que no dispone de dinero suficiente para cuidar a su familiar además de sus otros gastos?	
¿Siente que será incapaz de cuidar a su familiar por mucho más tiempo?	
¿Siente que ha perdido el control sobre su vida desde que la enfermedad de su familiar se manifestó?	
¿Desearía poder encargar el cuidado de su familiar a otras personas?	
¿Se siente inseguro acerca de lo que debe hacer con su familiar?	
¿Siente que debería hacer más de lo que hace por su familiar?	
¿Cree que podría cuidar de su familiar mejor de lo que lo hace?	
En general: ¿Se siente muy sobrecargado por tener que cuidar de su familiar?	
TOTAL	
OPCIONES 1=Nunca; 2=Rara vez; 3=Algunas veces; 4=Bastantes veces; 5=Casi siempre	
INTERPRETACIÓN <47: No sobrecarga; 47 a 55: Sobrecarga; >55: Sobrecarga intensa	

Fuente: (Vitoria, 2022)

13.10 Anexo 10. Mini Evaluación de Nutrición (MNA)

Apellidos:		Nombre:		
Sexo:	Edad:	Peso, kg:	Altura, cm:	Fecha:

Responda a la primera parte del cuestionario indicando la puntuación adecuada para cada pregunta. Sume los puntos correspondientes al cribaje y si la suma es igual o inferior a 11, complete el cuestionario para obtener una apreciación precisa del estado nutricional.

Cribaje	Evaluación
<p>A Ha perdido el apetito? Ha comido menos por faldade apetito, problemas digestivos, dificultades de masticación o deglución en los últimos 3 meses? 0 = ha comido mucho menos 1 = ha comido menos 2 = ha comido igual <input type="checkbox"/></p> <p>B Pérdida reciente de peso (<3 meses) 0 = pérdida de peso > 3 kg 1 = no lo sabe 2 = pérdida de peso entre 1 y 3 kg 3 = no ha habido pérdida de peso <input type="checkbox"/></p> <p>C Movilidad 0 = de la cama al sillón 1 = autonomía en el interior 2 = sale del domicilio <input type="checkbox"/></p> <p>D Ha tenido una enfermedad aguda o situación de estrés psicológico en los últimos 3 meses? 0 = sí 2 = no <input type="checkbox"/></p> <p>E Problemas neuropsicológicos 0 = demencia o depresión grave 1 = demencia leve 2 = sin problemas psicológicos <input type="checkbox"/></p> <p>F Índice de masa corporal (IMC) = peso en kg / (talla en m)² 0 = IMC < 19 1 = 19 ≤ IMC < 21 2 = 21 ≤ IMC < 23 3 = IMC ≥ 23. <input type="checkbox"/></p> <p>Evaluación del cribaje (subtotal máx. 14 puntos) <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>12-14 puntos: estado nutricional normal 8-11 puntos: riesgo de malnutrición 0-7 puntos: malnutrición</p> <p>Para una evaluación más detallada, continúe con las preguntas G-R</p>	<p>J. Cuántas comidas completas toma al día? 0 = 1 comida 1 = 2 comidas 2 = 3 comidas <input type="checkbox"/></p> <p>K Consume el paciente</p> <ul style="list-style-type: none"> • productos lácteos al menos una vez al día? <input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> • huevos o legumbres 1 o 2 veces a la semana? <input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> • carne, pescado o aves, diariamente? <input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> <p>0.0 = 0 o 1 sies 0.5 = 2 sies 1.0 = 3 sies <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>L Consume frutas o verduras al menos 2 veces al día? 0 = no 1 = sí <input type="checkbox"/></p> <p>M Cuántos vasos de agua u otros líquidos toma al día? (agua, zumo, café, té, leche, vino, cerveza...) 0.0 = menos de 3 vasos 0.5 = de 3 a 5 vasos 1.0 = más de 5 vasos <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>N Forma de alimentarse 0 = necesita ayuda 1 = se alimenta solo con dificultad 2 = se alimenta solo sin dificultad <input type="checkbox"/></p> <p>O Se considera el paciente que está bien nutrido? 0 = malnutrición grave 1 = no lo sabe o malnutrición moderada 2 = sin problemas de nutrición <input type="checkbox"/></p> <p>P En comparación con las personas de su edad, cómo encuentra el paciente su estado de salud? 0.0 = peor 0.5 = no lo sabe 1.0 = igual 2.0 = mejor <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>Q Circunferencia braquial (CB en cm) 0.0 = CB < 21 0.5 = 21 ≤ CB ≤ 22 1.0 = CB > 22 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>R Circunferencia de la pantorrilla (CP en cm) 0 = CP < 31 1 = CP ≥ 31 <input type="checkbox"/></p> <p>Evaluación (máx. 16 puntos) <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>Cribaje <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>Evaluación global (máx. 30 puntos) <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>Evaluación del estado nutricional</p> <p>De 24 a 30 puntos <input type="checkbox"/> estado nutricional normal De 17 a 23.5 puntos <input type="checkbox"/> riesgo de malnutrición Menos de 17 puntos <input type="checkbox"/> malnutrición</p>

Ref Vellas B, Villars H, Abellan G, et al. *Overview of the MNA® - Its History and Challenges*. J Nut Health Aging 2006 ; 10 : 456-465.
Rubenstein LZ, Harker JO, Salva A, Guigoz Y, Vellas B. *Screening for Undernutrition in Geriatric Practice : Developing the Short-Form Mini Nutritional Assessment (MNA-SF)*. J. Geront 2001 ; 56A : M366-377.
Guigoz Y. *The Mini-Nutritional Assessment (MNA®) Review of the Literature - What does it tell us?* J Nutr Health Aging 2006 ; 10 : 466-487.
© Société des Produits Nestlé SA, Trademark Owners.
© Société des Produits Nestlé SA 1994, Revision 2009.
Para más información: www.mna-elderly.com

13.11 Anexo 11. Escala de Depresión de Hamilton

<i>Ítems</i>	<i>Criterios operativos de valoración</i>
1. Humor deprimido (tristeza, depresión, desamparo, inutilidad)	0. Ausente 1. Estas sensaciones se indican solamente al ser preguntado 2. Estas sensaciones se relatan oral y espontáneamente 3. Sensaciones no comunicadas verbalmente, es decir, por la expresión facial, la postura, la voz, y la tendencia al llanto 4. El paciente manifiesta estas sensaciones en su comunicación verbal y no verbal de forma espontánea
2. Sensación de culpabilidad	0. Ausente 1. Se culpa a sí mismo, cree haber decepcionado a la gente 2. Ideas de culpabilidad, o meditación sobre errores pasados o malas acciones 3. La enfermedad actual es un castigo. Ideas delirantes de culpabilidad 4. Oye voces acusatorias o de denuncia y/o experimenta alucinaciones visuales amenazadoras
3. Suicidio	0. Ausente 1. Le parece que la vida no merece la pena ser vivida 2. Desearía estar muerto o tiene pensamientos sobre la posibilidad de morirse 3. Ideas de suicidio o amenazas 4. Intentos de suicidio (cualquier intento serio se califica 4)
4. Insomnio precoz	0. Ausente 1. Dificultades ocasionales para dormirse, por ejemplo, más de media hora 2. Dificultades para dormirse cada noche
5. Insomnio medio	0. Ausente 1. El paciente se queja de estar inquieto durante la noche 2. Está despierto durante la noche; cualquier ocasión de levantarse de la cama se califica 2 (excepto si está justificada: orinar, tomar o dar medicación, etc.)
6. Insomnio tardío	0. Ausente 1. Se despierta a primeras horas de la madrugada pero vuelve a dormirse 2. No puede volver a dormirse si se levanta de la cama
7. Trabajo y actividades	0. Ausente 1. Ideas y sentimientos de incapacidad. Fatiga o debilidad relacionadas con su actividad, trabajo o aficiones 2. Pérdida de interés en su actividad, aficiones, o trabajo, manifestado directamente por el enfermo o indirectamente por desatención, indecisión y vacilación 3. Disminución del tiempo dedicado a actividades o descenso en la productividad 4. Dejó de trabajar por la presente enfermedad
8. Inhibición (lentitud de pensamiento y de palabra, empeoramiento de la concentración, actividad motora disminuida)	0. Palabra y pensamiento normales 1. Ligero retraso en el diálogo 2. Evidente retraso en el diálogo 3. Diálogo difícil 4. Torpeza absoluta
9. Agitación	0. Ninguna 1. «Juega» con sus manos, cabellos, etc. 2. Se retuerce las manos, se muerde las uñas, los labios, se tira de los cabellos, etc.
10. Ansiedad psíquica	0. No hay dificultad 1. Tensión subjetiva e irritabilidad 2. Preocupación por pequeñas cosas 3. Actitud aprensiva aparente en la expresión o en el habla 4. Terrores expresados sin preguntarle

11. Ansiedad somática	0. Ausente 1. Ligera 2. Moderada 3. Grave 4. Incapacitante Signos fisiológicos concomitantes de la ansiedad como: <ul style="list-style-type: none"> • Gastrointestinales: boca seca, flatulencia, diarrea, eructos, retortijones • Cardiovasculares: palpitaciones, cefalalgias • Respiratorios: hiperventilación, suspiros • Frecuencia urinaria • Sudoración
12. Síntomas somáticos gastrointestinales	0. Ninguno 1. Pérdida del apetito, pero come sin necesidad de que lo estimulen. Sensación de pesadez en el abdomen 2. Dificultad en comer si no se le insiste. Solicita o necesita laxantes o medicación intestinal para sus síntomas gastrointestinales
13. Síntomas somáticos generales	0. Ninguno 1. Pesadez en las extremidades, espalda o cabeza. Dorsalgias, cefalalgias, algias musculares. Pérdida de energía y fatigabilidad 2. Cualquier síntoma bien definido se califica 2
14. Síntomas genitales	0. Ausente 1. Débil 2. Grave 3. Incapacitante Síntomas como <ul style="list-style-type: none"> • Pérdida de la libido • Trastornos menstruales
15. Hipocondría	0. No la hay 1. Preocupado de sí mismo (corporalmente) 2. Preocupado por su salud 3. Se lamenta constantemente, solicita ayudas, etc. 4. Ideas delirantes hipocondríacas
16. Pérdida de peso (completar A o B)	A. Según manifestaciones del paciente (primera evaluación) <ul style="list-style-type: none"> 0. No hay pérdida de peso 1. Probable pérdida de peso asociada con la enfermedad actual 2. Pérdida de peso definida (según el enfermo) B. Según pesaje hecho por el psiquiatra (evaluaciones siguientes) <ul style="list-style-type: none"> 0. Pérdida de peso inferior a 500 g en una semana 1. Pérdida de peso de más de 500 g en una semana 2. Pérdida de peso de más de 1 kg en una semana (por término medio)
17. <i>Insight</i> (conciencia de enfermedad)	0. Se da cuenta de que está deprimido y enfermo 1. Se da cuenta de su enfermedad pero atribuye la causa a la mala alimentación, clima, exceso de trabajo, virus, etc. 2. Niega que esté enfermo

13.12 Anexo 12. PHQ-9

CUESTIONARIO SOBRE LA SALUD DEL PACIENTE-9 (PHQ-9)

Durante las últimas 2 semanas, ¿qué tan seguido le han afectado cualquiera de los siguientes problemas? <i>(Marque con una "✓" para indicar su respuesta)</i>	Para nada	Varios días	Más de la mitad de los días	Casi todos los días
1. Poco interés o placer en hacer las cosas	0	1	2	3
2. Se ha sentido decaído(a), deprimido(a), o sin esperanzas	0	1	2	3
3. Dificultad para dormir o permanecer dormido(a), o ha dormido demasiado	0	1	2	3
4. Se ha sentido cansado(a) o con poca energía	0	1	2	3
5. Con poco apetito o ha comido en exceso	0	1	2	3
6. Se ha sentido mal con usted mismo(a) – o que es un fracaso o que ha quedado mal con usted mismo(a) o con su familia	0	1	2	3
7. Ha tenido dificultad para concentrarse en cosas tales como leer el periódico o ver televisión	0	1	2	3
8. ¿Se ha estado moviendo o hablando tan lento que otras personas podrían notarlo?, o por el contrario – ha estado tan inquieto(a) o agitado(a), que se ha estado moviendo mucho más de lo normal	0	1	2	3
9. Ha pensado que estaría mejor muerto(a) o se le ha ocurrido lastimarse de alguna manera	0	1	2	3

FOR OFFICE CODING 0 + + +
=Total Score:

Si usted marcó cualquiera de estos problemas, ¿qué tan difícil fue hacer su trabajo, las tareas del hogar o llevarse bien con otras personas debido a tales problemas?

Para nada difícil	Un poco difícil	Muy difícil	Extremadamente difícil
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

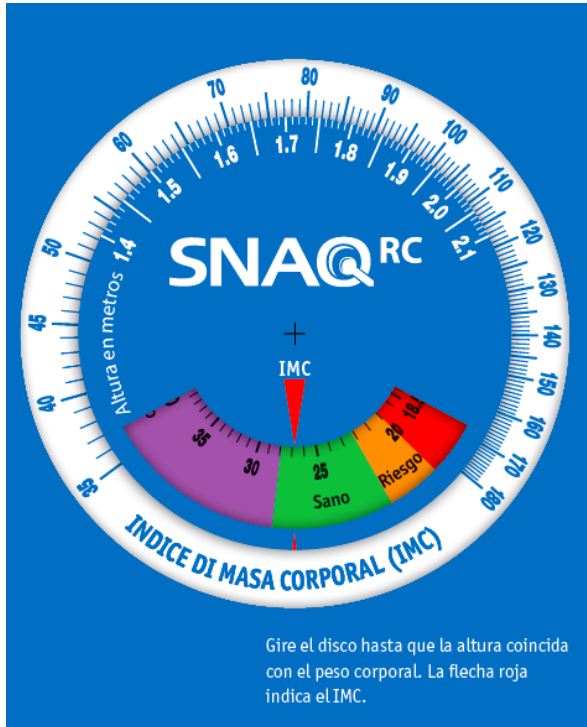
13.13 Anexo 13. Escala del Trastorno de Ansiedad Generalizada.

GAD-7

Durante las <u>últimas 2 semanas</u> , ¿qué tan seguido ha tenido molestias debido a los siguientes problemas? <i>(Marque con un " " para indicar su respuesta)</i>	Ningún día	Varios días	Más de la mitad de los días	Casi todos los días
1. Se ha sentido nervioso(a), ansioso(a) o con los nervios de punta	0	1	2	3
2. No ha sido capaz de parar o controlar su preocupación	0	1	2	3
3. Se ha preocupado demasiado por motivos diferentes	0	1	2	3
4. Ha tenido dificultad para relajarse	0	1	2	3
5. Se ha sentido tan inquieto(a) que no ha podido quedarse quieto(a)	0	1	2	3
6. Se ha molestado o irritado fácilmente	0	1	2	3
7. Ha tenido miedo de que algo terrible fuera a pasar	0	1	2	3

(For office coding: Total Score T ___ = ___ + ___ + ___)

13.14 Anexo 14. SNAQ



Hágase estas preguntas

Ha perdido peso inintencionadamente ?

- ▶ Más de 6 Kg. en los últimos 6 meses ●
- ▶ Más de 3 Kg. en el último mes ●

Necesita ayuda de otros para poder comer ? ●

Se ha reducido su apetito en el último mes? ●

Mida su IMC

El IMC por debajo de 20 es rojo ●

El IMC desde 20 hasta 22 es naranja ●

El IMC desde 22 hasta 28 es verde ●

El IMC por encima de 28 indica sobrepeso

Puntuación total de las preguntas + IMC

●	+	●	=	●
●	+	●	=	●
●	+	●	=	●
●	+	●	=	●

➔

Reconocimiento y plan de tratamiento

Breve cuestionario de evaluación nutricional para la atención residencial

Reconocimiento y control de peso* en caso de ingreso y anterior a cada consulta multidisciplinar
Anotar en plan de cuidados

<p style="text-align: center;">●</p> <p style="text-align: center;">Ninguna acción</p>	<p style="text-align: center;">●</p> <ul style="list-style-type: none"> • 2 - 3 x al día alimentación adicional entre comidas • Motivar, folleto según proceda • Control global de la toma 	<p style="text-align: center;">●</p> <ul style="list-style-type: none"> • 2 - 3 x al día alimentación adicional entre comidas + enriquecimiento de las comidas principales + control global de la toma • Alertar al médico para introducción de tratamiento dietético • ≤ 3 días laborables tras reconocimiento, consulta dietética • ≤ 8 días laborables tras reconocimiento, comienzo del tratamiento • Evaluación 5 días después del comienzo del tratamiento
--	---	---

*** Control de peso**

- 1 x cada 1 - 3 meses
- 1 x al mes
- 1 x al mes

Detección temprana y tratamiento de la desnutrición en centros residenciales y de cuidados

13.15 Anexo 15. Mnemotecnia “Meals on Wheels”

M	Efecto de los medicamentos
E	Problemas emocionales (depresión)
A	Anorexia
L	Alcoholismo Paranoia tardía de la vida
S	Problemas para deglutir
O	Factores orales (protesis mal ajustadas o caries)
N	Sin dinero
W	Demencia
H	Hipertiroidismo, hipotiroidismo, hiperparatiroidismo e hipoadrenalismo
E	Problemas entericos
E	Problemas para comer
L	Dieta baja en grasa y sal
S	Problemas sociales

Fuente: (GADDEY, 2014)

13.16 Anexo 16. Mnemotecnia “Stop Weight Loss”

S	Efectos secundarios de medicamentos
T	Efectos del tratamiento (quimioterapia, radioterapia, diálisis)
O	Otros diagnósticos médicos (malignidad, IC/EPOC en etapa terminal, ERC)
P	Dolor (control inadecuado)
W	Comportamiento errante, repetitivos de demencia o enfermedades psiquiátricas
E	Problemas emocionales /psicológicos (ansiedad, depresión, delirios)
I	Deterioro cognitivo o funcional
G	Enfermedades gastrointestinales (malabsorción, reflujo gastroesofágico, náuseas, vómitos, estreñimiento)
H	Hipertiroidismo, hipotiroidismo, hiperparatiroidismo, hipoadrenalismo
T	Sabor, textura de los alimentos (dietas restrictivas, bajas en sodio, bajas en colesterol, pures)
L	Pérdida de apetito /saciedad temprana
O	Factores de salud oral (mucosa, dentición) y prótesis dentales mal ajustadas
S	Trastornos de deglución
S	Factores sociales (aislamiento, pobreza, acceso deficiente de alimentos)

Fuente: (Holroyd-Leduc, 2018)

13.17 Anexo 17. 9 D's

D	Demencia
D	Dentición
D	Depresión
D	Diarrea
D	Enfermedad aguda /crónica
D	Drogas
D	Alteración funcional
D	Disgeusia
D	Disfagia

Fuente: (GADDEY, 2014)