



<https://www.revclinesp.es>

549 - ¿NECESITAMOS UN PROTOCOLO DIAGNÓSTICO ESPECÍFICO ANTE LA PÉRDIDA DE PESO EN PACIENTES PLURIPATOLÓGICOS CRÓNICOS? EVIDENCIAS DESDE NUESTRA CONSULTA

Marina Baños Calbo, Eduardo Garrido Acosta, Pablo Martínez Rodríguez y María Leticia Moralejo Alonso

Medicina Interna, Complejo Asistencial Universitario de Salamanca, Salamanca, España.

Resumen

Objetivos: Describir el perfil clínico, funcional, farmacológico y social de los PPC derivados a una consulta hospitalaria de continuidad asistencial (UCA) cuyo motivo principal de derivación fue la pérdida de peso. Como objetivos secundarios: comparar las etiologías identificadas en estos pacientes con las del grupo de PPC derivados por otros motivos, y explorar si la pérdida de peso se asocia a perfiles clínicos diferenciados que justifiquen un abordaje diagnóstico específico.

Métodos: Estudio observacional, retrospectivo y descriptivo de 431 PPC valorados en la consulta UCA entre enero de 2023 y enero de 2025. Se clasificaron en: Grupo 1: pacientes derivados por pérdida de peso como motivo principal ($n = 101$); Grupo 2: pacientes derivados por otro motivo clínico ($n = 330$). Se recogieron variables clínicas, funcionales, farmacológicas y sociales, así como el diagnóstico final tras la evaluación. Las etiologías se categorizaron según CIE-11. El análisis estadístico se realizó con SPSS 25, aplicando la prueba de chi-cuadrado.

Resultados: Un 23,4% de los pacientes fueron derivados como motivo principal por pérdida de peso. Estos presentaron una edad media significativamente menor ($82,75 \pm 6,58$ años; $p = 0,008$), mejor funcionalidad (Barthel: $76,48 \pm 24,77$; $p < 0,001$), menor deterioro cognitivo (Pfeiffer: $1,11 \pm 1,84$; $p < 0,001$) y mejor pronóstico (índice PROFUND: $4,28 \pm 4,20$; $p < 0,001$) respecto al Grupo 2. No se hallaron diferencias en el número de fármacos prescritos, institucionalización, ni tiempo desde la derivación. La mayoría procedía de Atención Primaria (71,2%; $p = 0,049$), y utilizaron menos el hospital de día (19,8%; $p < 0,001$). Se adjunta tabla 1 con los resultados. En cuanto a la etiología, en el Grupo 1 destacaron las causas neoplásicas (20,8%), digestivas (12,9%) y farmacológicas (12,9%), principalmente asociadas a iSGLT-2. En el Grupo 2 predominaron las causas hematológicas (33,0%), circulatorias (16,9%) y no clasificadas (13,6%). Las diferencias fueron estadísticamente significativas ($\chi^2 = 111,27$; $p < 0,001$). Adjuntamos tabla 2 y figura con los resultados.

Tabla 1

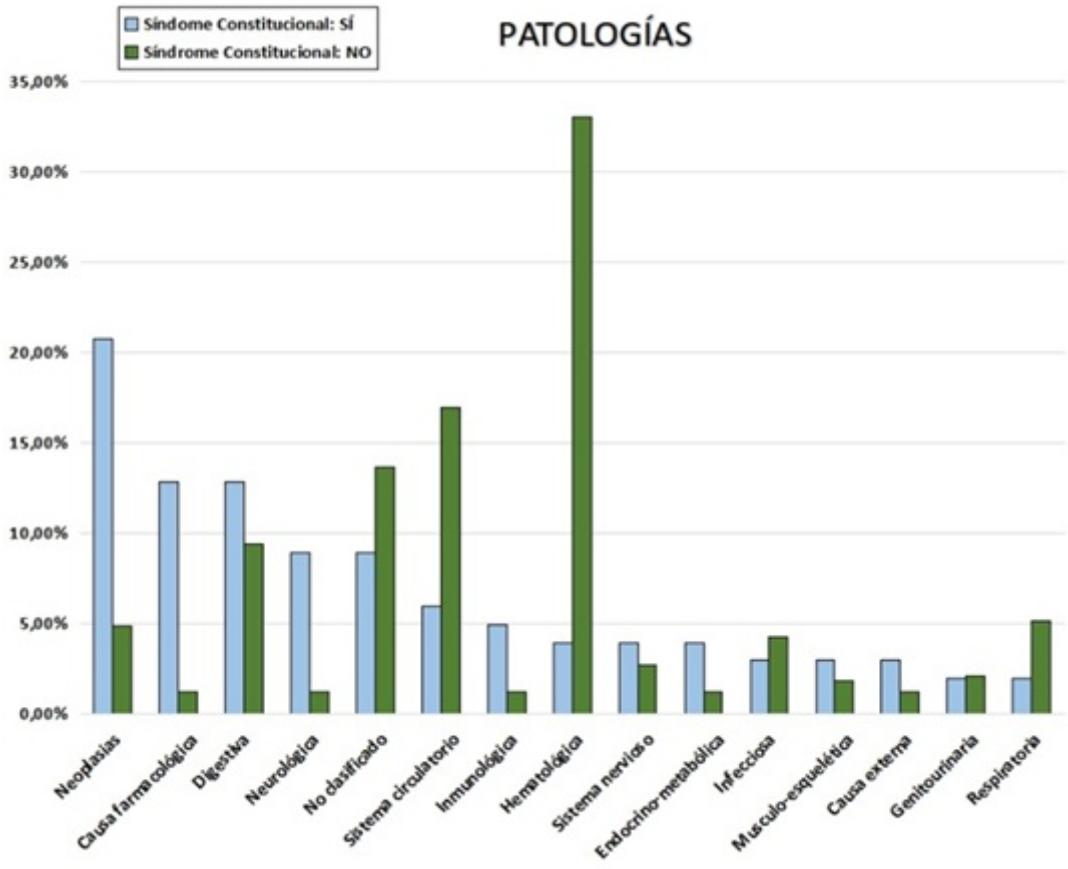
Variable	Con pérdida de peso ($n = 101$)	Sin pérdida de peso ($n = 330$)
----------	-----------------------------------	-----------------------------------

Grupo 1	Grupo 2	
Edad (media ± DE)	82,75 ± 6,58	84,3 ± 9,2
Sexo		
Mujeres	48 (47,5%)	182 (55,2%)
Hombres	53 (52,5%)	148 (44,8%)
Barthel (media ± DE)	76,48 ± 24,77	67,2 ± 40
Pfeiffer (media ± DE)	1,11 ± 1,84	1,8 ± 2,4
Índice PROFUND (media ± DE)	4,28 ± 4,20	6,7 ± 5,7
Institucionalizados	74 (17,2%)	309 (71,7%)
N.º de fármacos al inicio	10,06 ± 3,76	10,3 ± 4,1
Consultas de media (media ± DE)	2,4 ± 1,6	2,4 ± 1,8
Uso de hospital de día	20 (19,8%)	199 (46,2%)
<i>Exitus</i> totales	2 (2,0%)	4 (1,2%)
Origen de la derivación:		
Atención Primaria	72 (71,2%)	213 (64,5%)
Urgencias	17 (16,8%)	60 (18,2%)
Cardiología	5 (5,0%)	10 (3,0%)
Medicina Interna	0 (0,0%)	19 (5,8%)
Nefrología	1 (1,0%)	0 (0,0%)

Otros	6 (5,9%)	28 (8,5%)
-------	----------	-----------

Tabla 2

Grupo patológico según CIE11	Pérdida de peso (%). Grupo 1	Otros motivos (%) Grupo 2
Neoplasias	20,79	4,85
Digestiva	12,87	9,39
Causa farmacológica	12,87	1,21
Neurológica	8,91	1,21
No clasificado	8,91	13,64
Sistema circulatorio	5,94	16,97
Inmunológica	4,95	1,21
Hematológica	3,96	33,03
Endocrinometabólica	3,96	1,21
Sistema nervioso	3,96	2,73
Causa externa	2,97	1,21
Musculoesquelética	2,97	1,82
Infecciosa	2,97	4,24
Respiratoria	1,98	5,15
Genitourinaria	1,98	2,12



Conclusiones: La pérdida de peso es un motivo frecuente de derivación en PPC, con características clínicas que permiten diferenciarlos de aquellos derivados por otros motivos. Lejos de ser un síntoma inespecífico, se asocia a un perfil clínico y etiológico concreto, útil para orientar el estudio. Este subgrupo presenta menor deterioro funcional y cognitivo, lo que puede reflejar una fase más activa del proceso diagnóstico y justificar estrategias asistenciales específicas. Además de las causas neoplásicas y digestivas, destaca la identificación de etiologías farmacológicas (12,9%), principalmente por iSGLT-2, algo poco frecuente en pérdida de peso en no pluripatológicos, lo que podría representar una característica diferencial y específica del PPC. Nuestros resultados apoyan el establecimiento de un protocolo diagnóstico específico para pacientes pluripatológicos derivados por pérdida de peso, que facilite la detección precoz de causas tratables, racionalice recursos y mejore la atención clínica.