



<https://www.revclinesp.es>

EA-29. - ETIOLOGÍA DE LA PÉRDIDA DE PESO INVOLUNTARIA EN ANCIANOS

J. Ortín, C. Fehér, A. Jordán, A. Capdevila, A. López-Soto, E. Sacanella

Servicio de Medicina Interna. Hospital Clínic i Provincial de Barcelona. Barcelona.

Resumen

Objetivos: La pérdida de peso involuntaria (PPI) es un motivo de consulta muy frecuente en medicina interna y se asocia a mayor morbi-mortalidad. Sin embargo, hay pocas series que evalúen esta entidad en pacientes ancianos. Nuestro objetivo es describir una serie de pacientes mayores de 70 años visitados en consultas externas por PPI.

Métodos: Se incluyeron prospectivamente 111 pacientes consecutivos que consultaron entre noviembre de 2007 y diciembre de 2011 por una pérdida involuntaria de $\geq 5\%$ de su peso habitual durante los 6 meses previos. Se obtuvieron los datos demográficos, clínicos, valoración geriátrica integral y pruebas complementarias realizadas de nuestra base de datos y de la historia clínica de cada paciente. Se define ‘síntoma guía’ como cualquier síntoma/signo adicional a parte de la pérdida de peso. El análisis estadístico se realizó con el software SPSS v20.

Resultados: La edad media de los pacientes fue 80 años, mayoritariamente tenían buen estado funcional y baja comorbilidad; 2/3 de ellos tenían otros síntomas asociados a la PPI, siendo los más frecuentes astenia, anorexia, dolor o distensión abdominal entre otros. En el 45,9% de los pacientes se diagnosticó una enfermedad no neoplásica (22 enfermedades gastrointestinales benignas, 6 osteoarticulares invalidantes, 4 endocrinas, 4 cardíacas, 3 trastornos del aparato renovesical y 6 misceláneas), en el 19,8% una enfermedad maligna (11 casos de cáncer digestivo, 7 neoplasias hematológicas y 4 tumores pulmonares) y en el resto (34,2%) no se alcanzó ningún diagnóstico específico. Sin embargo, estos pacientes tomaban significativamente más fármacos que potencialmente inducen PPI (digoxina, SSRI, metformina, diuréticos de asa, opiáceos, AINEs, etc.) que los pacientes con un diagnóstico establecido (4,2 [DE 1,90] vs 3,1 [DE 1,91], $p = 0,033$).

Tabla (EA-29). Características basales de los pacientes

Edad [años, M (DE)]	80,6 (5,01)
---------------------	-------------

Sexo mujer [n/N (%)]	58/111 (52,3)
----------------------	---------------

Tabaco [n/N (%)]	14/111 (12,6)
------------------	---------------

Alcohol [n/N (%)]	7/111 (6,3)
Presencia de síntomas guía [n/N (%)]	73/111 (65,8)
Índice de Barthel/Md (IQR)	100 (10)
Escala de Pfeiffer/Md (IQR)	0 (1,5)
Índice de Charlson/Md (IQR)	1 (2)
Polifarmacia [n/N (%)]	73/110 (66,4)
Enfermedad maligna [n (%)]	22 (19,8)
Enfermedad no maligna [n (%)]	51 (45,9)
No diagnóstico [n (%)]	38 (34,2)

Discusión: La proporción de neoplasia entre las causas de PPI en ancianos con buen estado funcional y baja comorbilidad era relativamente baja en nuestra cohorte, especialmente cuando no existían otros síntomas asociados. En un porcentaje significativo de pacientes no se alcanza un diagnóstico específico a pesar de una búsqueda intensa, pero en muchos de ellos la polifarmacia puede jugar un papel determinante en la PPI.

Conclusiones: La PPI no es sinónimo de cáncer en los ancianos. La revisión de los fármacos que se asocian a PPI y su sustitución por otros siempre que sea factible debería ser un elemento clave en el tratamiento de estos pacientes.