Síndrome constitucional y pérdida de peso involuntaria en el adulto: cuándo preocuparse, qué pedir y qué hacer si todo sale normal

Basada en la guía NICE NG12 de sospecha de cáncer (actualización 2026), el estudio de exactitud diagnóstica del BMJ 2024 en atención primaria, la cohorte prospectiva de 2677 pacientes de PLoS One 2017, las revisiones de Med Clin North Am 2021 y de AFP 2021, las revisiones en español de Rev Med IMSS 2013 y Univ Med 2022, y los consensos GLIM 2019 de desnutrición y EWGSOP2 2019 de sarcopenia; la lista completa está al final. Adultos.

Versión 1.1 · 11 de noviembre de 2026 · Revisión clínica por médico del equipo editorial y verificación independiente contra las fuentes citadas

LO QUE TIENES QUE SABER

- **Qué es:** astenia, anorexia y pérdida de peso involuntaria (el «síndrome de las 3A»). El dato que más pesa es la pérdida de peso: **≥5 % del peso habitual en 6–12 meses** amerita estudio.[1,2,6,7]
- **Confirma que la pérdida es real e involuntaria:** peso documentado o, si no lo hay, al menos dos de: cambio de talla de la ropa, confirmación por un familiar y una estimación numérica del paciente. Separa la pérdida de líquidos (diuréticos, resolución de edema o ascitis) de la de tejido y define si una causa ya conocida la explica suficientemente; si no, estúdiala.[1–3]
- **Las causas principales** son la enfermedad orgánica no maligna (la más frecuente, sobre todo digestiva), el cáncer (19–36 %) y, en menor proporción, las psicosociales (depresión, demencia, aislamiento). En 6–28 % no se encuentra causa.[1–3]
- **La historia y la exploración dirigen el estudio.** El estudio inicial es sencillo: biometría, VSG, PCR, química con calcio y albúmina, pruebas hepáticas, TSH, ferritina, LDH, electroforesis de proteínas, examen de orina, FIT cuantitativa (sangre oculta inmunoquímica) y radiografía de tórax **[AFP 2021, C]**.[2,3]
- **La edad cambia la probabilidad de cáncer.** NICE recomienda ofrecer investigación urgente o referencia a las personas de 60 años o más con pérdida >5 % en 6 meses sin explicación, y también ante anorexia inexplicada a cualquier edad. Hombres ≥50 y mujeres ≥60 con pérdida sola superan un VPP de 3 % (BMJ 2024): estudio prioritario. Menores de 50 años, y mujeres de 50–59, sin otros datos: <3 %.[4,5]
- **Ningún análisis normal descarta cáncer,** pero la albúmina baja, la trombocitosis, la leucocitosis y la PCR elevada lo hacen más probable.[2,4]
- **Vigila solo sin alarma ni criterio de estudio urgente o prioritario** (un laboratorio normal no los anula): peso en cada visita por 3–6 meses **[AFP 2021, C]**; reevalúa antes si sigue bajando, y luego revisa al menos una vez al año. No pidas estudios a ciegas ni recetes estimulantes del apetito al adulto mayor **[AGS, Choosing Wisely]**.[2,3]

33 %
de 2677 pacientes referidos por pérdida de peso involuntaria tuvo cáncer; 47 % de esos cánceres fue digestivo y el más frecuente, el de páncreas[3]

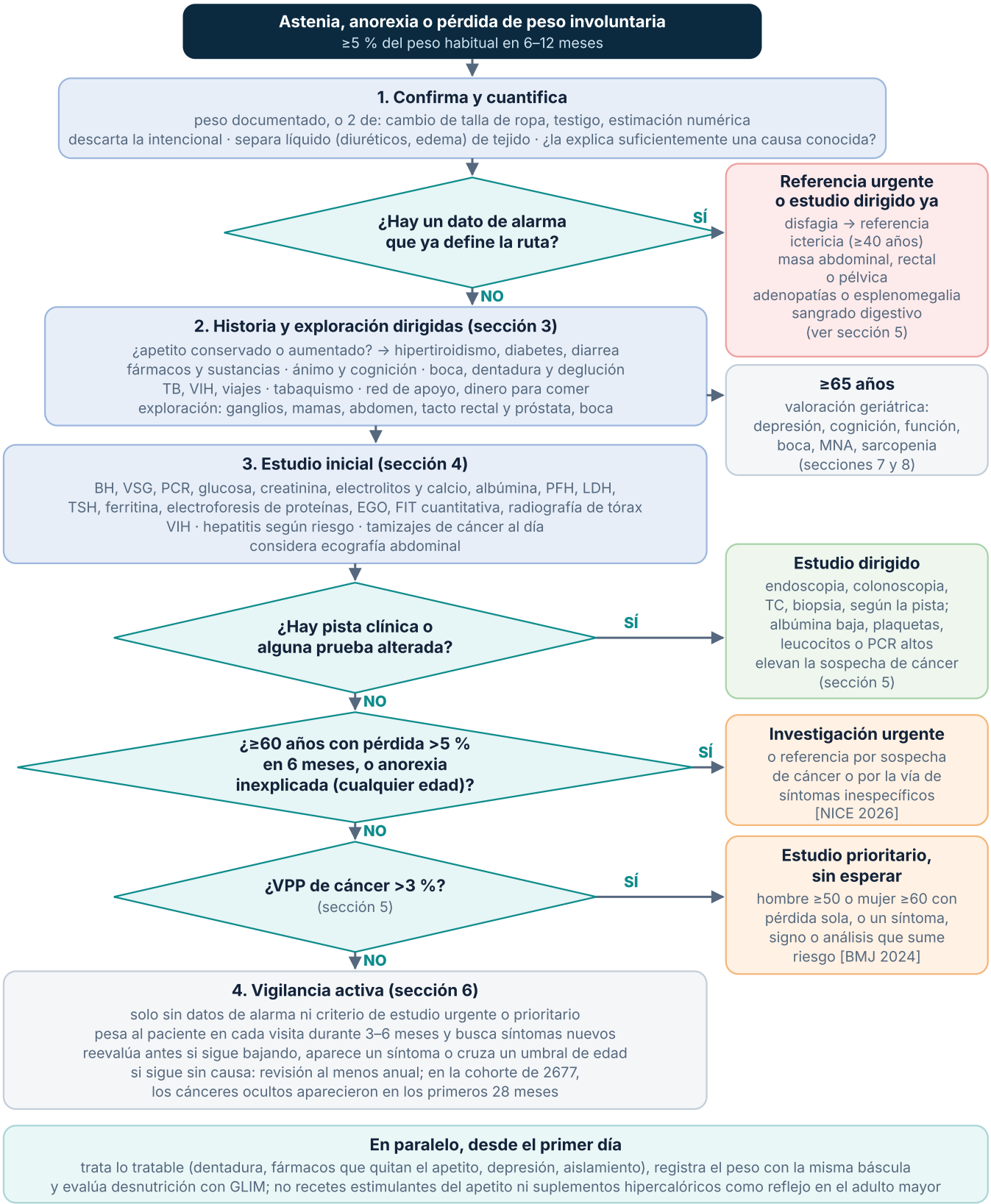
4.8 %
de 326,240 adultos con pérdida de peso registrada en atención primaria tuvo cáncer en los 6 meses siguientes; 96 % de ellos tenía ≥50 años[4]

5 %
de los pacientes sin causa tras el estudio inicial tuvo un cáncer en los 28 meses siguientes: por eso el seguimiento importa[3]

Cómo leer las recomendaciones: la evidencia de este tema es sobre todo observacional y de consenso. Las de AFP 2021 usan la escala SORT de A a C (por ejemplo, **[AFP 2021, C]**); las de NICE llevan el año en que se emitió o modificó cada recomendación (por ejemplo, **[NICE 2015]**); GLIM y EWGSOP2 son consensos de expertos **[GLIM 2019] [EWGSOP2]**; la recomendación de Choosing Wisely es de la American Geriatrics Society **[AGS, Choosing Wisely]**. **Siglas:** VSG, velocidad de sedimentación globular; PCR, proteína C reactiva; LDH, deshidrogenasa láctica; TSH, tirotropina; FIT, prueba inmunoquímica fecal cuantitativa; VPP, valor predictivo positivo; RV+, razón de verosimilitud positiva; IMC, índice de masa corporal; MNA, Mini Nutritional Assessment; TB, tuberculosis; TC, tomografía computarizada; EPOC, enfermedad pulmonar obstructiva crónica.

· El algoritmo (página 2)
1 Definición y conceptos vecinos
2 Las causas
3 Historia y exploración
4 El estudio inicial
5 ¿Cuándo pensar en cáncer?
6 Si el estudio inicial es normal
7 El adulto mayor
8 Desnutrición y sarcopenia
9 Tratamiento
10 Errores frecuentes y casos
11 Consulta rápida

El algoritmo[1–5]



Algoritmo de elaboración propia a partir de las fuentes 1–5. Los umbrales de edad de NICE y del estudio del BMJ se derivaron en atención primaria del Reino Unido, donde la regla para investigar de forma urgente es un VPP de cáncer ≥3 %. Los grupos del BMJ 2024 que superan ese VPP sin cumplir un criterio explícito de NICE se marcan como «estudio prioritario»: estúdialos sin esperar el periodo de vigilancia. Adáptalos a la disponibilidad de estudios en tu medio.

1 Definición y conceptos vecinos

El **síndrome constitucional** es un término de la literatura en español: reúne **astenia, anorexia y adelgazamiento** involuntario («síndrome de las 3A»). Las tres manifestaciones suelen coexistir, pero a veces aparece una sola o dos; en inglés se estudia casi siempre como *unintentional weight loss*, porque la pérdida de peso es el dato objetivo y el que más se asocia con enfermedad grave.[6,7]

CUÁNTO PESO ES «SIGNIFICATIVO»

- **≥5 % del peso habitual en 6–12 meses** es el umbral más usado en los estudios y en las revisiones; se asocia con más morbilidad y mortalidad y amerita evaluación [AFP 2021, B].[1,2]
- Las revisiones en español añaden señales de gravedad por velocidad: **2 % en un mes, 5 % en tres meses o 10 % en seis meses**.[6]
- Incluye a las personas con sobrepeso u obesidad: perder peso sin proponérselo también cuenta en ellas.[6]
- Calcúlalo: (peso habitual − peso actual) ÷ peso habitual × 100. Pesa sin zapatos, en la misma báscula.[2]

CÓMO SE CONFIRMA SIN REGISTRO PREVIO

- Si no hay un peso documentado, la cohorte de 2677 pacientes aceptó **al menos dos** de: cambio en la talla de la ropa, confirmación por un familiar o amigo, y capacidad del paciente de dar una estimación numérica.[3]
- Distingue la pérdida de líquidos (diuréticos en la insuficiencia cardiaca, resolución de edema o ascitis) de la pérdida de tejido, y define si una enfermedad o un tratamiento ya conocidos explican suficientemente la evolución; si la pérdida no encaja con lo esperado, estúdiala. La cohorte de 2677 pacientes dejó fuera la pérdida atribuible a una enfermedad crónica avanzada o a su tratamiento (p. ej., diuréticos) para delimitar su población de estudio; no es una regla para dejar de evaluar a esos pacientes.[1,3]
- El edema puede ocultar la pérdida de peso.[1]

LA PÉRDIDA DE PESO CON LA EDAD

El peso total suele llegar a su máximo alrededor de los 60 años y se mantiene estable hasta los 65–70; a partir de la séptima década se pierde de forma fisiológica alrededor de 0.1–0.2 kg al año. Una pérdida mayor no se explica por la edad y debe estudiarse.[1,2]

CONCEPTOS QUE NO SON LO MISMO

CONCEPTO	QUÉ ES	POR QUÉ IMPORTA AQUÍ
Pérdida de peso involuntaria	Disminución de peso no buscada por el paciente. Una vez confirmada, se define si una enfermedad o un tratamiento conocidos la explican suficientemente; si no, es inexplicada y se estudia.[1,3]	Es el motivo de estudio de esta guía.
Caquexia	Pérdida de peso >5 % en 12 meses atribuida a una enfermedad crónica conocida (cáncer, EPOC, enfermedad renal crónica) más tres de: fatiga, anorexia, índice de masa libre de grasa bajo, fuerza muscular disminuida y laboratorio alterado (albúmina baja, anemia o inflamación).[2]	La enfermedad de base ya se conoce; el problema es el desgaste. En cáncer avanzado aparece en cerca de 80 %.[6]
Sarcopenia	Pérdida progresiva de fuerza y masa muscular; primaria (por la edad) o secundaria a enfermedades.[1,9]	Puede coexistir con la pérdida de peso o aparecer sin ella; se diagnostica con fuerza, masa y desempeño (sección 8).
Desnutrición	Por GLIM: al menos un criterio fenotípico (pérdida de peso, IMC bajo o masa muscular reducida) más uno etiológico (menor ingesta o absorción, o inflamación).[8]	Una pérdida >5 % en 6 meses ya es criterio fenotípico: busca el etiológico y gradúa la gravedad.
Fragilidad	Síndrome geriátrico que incluye pérdida de peso y fatiga entre sus criterios.[7]	En el adulto mayor se superpone con el síndrome constitucional.

2 Las causas

En las series de pacientes estudiados por pérdida de peso, dominan la enfermedad orgánica no maligna y el cáncer, seguidos de las causas psicosociales, y hasta una cuarta parte (6–28 %) queda sin explicación. Muchas series vienen de centros de referencia, donde ya se había descartado lo frecuente, así que en el primer nivel la distribución puede ser distinta.[1]

GRUPO	FRECUENCIA	EJEMPLOS
Cáncer	19–36 %	Digestivo, el más frecuente (en la cohorte de 2677 pacientes: páncreas 19 % de los cánceres, pulmón 17 %, linfoma 11 %, riñón y vías urinarias 10 %). Los de tubo digestivo alto y pulmón son los que más se acompañan de anorexia y pérdida de peso al diagnóstico.[1–3]
Digestivas no malignas	9–45 %	Problemas orales, de dentadura y deglución; úlcera péptica, enfermedad inflamatoria intestinal, malabsorción (celiaquía, insuficiencia pancreática), isquemia mesentérica, colecistitis.[1–3]
Psicosociales	9–24 %	Depresión (la causa psiquiátrica más común), demencia, ansiedad, trastornos de la conducta alimentaria, alcoholismo, aislamiento, falta de dinero o de ayuda para comprar y preparar comida.[1–3]
Endocrinas	4–11 %	Hipertiroidismo, diabetes descontrolada, insuficiencia suprarrenal, hiperparatiroidismo.[1,2]
Infecciosas	4–12 %	TB, VIH, parasitosis, hepatitis C crónica. Considera el patrón local y los viajes.[1,2]
Fármacos	2–10 %	Ver la tabla de la sección 3.[2]
Otras orgánicas	2–9 % cada una	Insuficiencia cardiaca y EPOC (caquexia cardiaca y pulmonar), enfermedad renal, enfermedades autoinmunes (artritis reumatoide, polimialgia reumática, arteritis de células gigantes, poliarteritis nodosa, vasculitis ANCA), neurológicas (Parkinson, demencia, secuelas de ictus).[1–3,7]
Sin causa tras el estudio	6–28 %	La mayoría tiene buena evolución, pero una minoría desarrolla después un cáncer (sección 6).[2,3]

LO QUE CAMBIA CON LA EDAD[1,3]

- **≥65 años:** más cáncer digestivo y no hematológico, problemas orales (la segunda causa en este grupo), ictus, Parkinson, demencia, polimialgia reumática con o sin arteritis y pérdida por fármacos. Con más frecuencia hay varias causas a la vez.
- **<65 años:** más cáncer hematológico, enfermedades endocrinas, TB, VIH y trastornos depresivos, de ansiedad u obsesivo-compulsivos.
- **Residencias de adultos mayores:** las causas psiquiátricas son las más frecuentes.

DOS REGLAS PARA RECORDAR LAS CAUSAS EN EL ADULTO MAYOR[2,7]

- **Las nueve D:** demencia, drogas (fármacos), dentición, depresión, disfunción (discapacidad funcional), diarrea, disgeusia, disfagia y enfermedad (*disease*) aguda o crónica.
- **MEALS ON WHEELS** (en inglés): fármacos, problemas emocionales, anorexia nerviosa y alcoholismo, paranoia tardía, deglución, factores orales, falta de dinero e infecciones nosocomiales, vagabundeo por demencia, hipertiroidismo, hipercalcemia e hipoadrenalismo, problemas entéricos, incapacidad para comer solo, dietas bajas en sal y colesterol, compras y litiasis biliar.

3 Historia y exploración

La historia y la exploración son la parte más rendidora del abordaje: deciden qué se pide y qué no. Un ejemplo: la endoscopia se pide pronto si hay melena, dolor abdominal y saciedad temprana, pero no forma parte del estudio inicial de toda pérdida de peso.[1]

LO QUE HAY QUE PREGUNTAR

TEMA	QUÉ BUSCAR
Cantidad y velocidad	Peso habitual, peso actual, en cuánto tiempo. Registros previos, ropa, testigos.[1,2]
Apetito e ingesta	Pérdida de peso con **apetito conservado o aumentado**: piensa en hipertiroidismo, diabetes mellitus o cuadros diarreicos.[6] Con anorexia, el abanico es amplio (cáncer, depresión, fármacos, enfermedad crónica).
Síntomas acompañantes	Dolor abdominal, saciedad temprana, disfagia, odinofagia, esteatorrea, diarrea, hematoquecia o melena; disnea y tos; dolor articular; fiebre y sudoración; ánimo deprimido.[1,2]
Fármacos y sustancias	Todos los recetados, los de venta libre, los suplementos y los que el paciente obtiene de otras personas; alcohol, tabaco, cocaína y anfetaminas.[1]
Boca y deglución	Dentadura mal ajustada, caries, dolor dental, boca seca, dificultad para tragar.[2,3]
Mente y función	Depresión, deterioro cognitivo (pregunta también a un familiar), capacidad para comprar, cocinar y comer solo.[2,3]
Contexto social	Viudez reciente, aislamiento, dinero para comida, acceso a alimentos; en el adulto mayor dependiente, considera maltrato o abandono.[1,2]
Exposiciones	TB (contactos, procedencia), factores de riesgo de VIH y hepatitis, viajes, asbesto, tabaquismo.[1,5]

FÁRMACOS QUE PUEDEN CAUSAR PÉRDIDA DE PESO[1,2]

MECANISMO	EJEMPLOS
Alteran el gusto o el olfato	Alopurinol, IECA, antibióticos, anticolinérgicos, antihistamínicos, calcioantagonistas, levodopa, propranolol, selegilina, espironolactona.
Anorexia	Amantadina, antibióticos, anticonvulsivos, antipsicóticos, benzodiacepinas, digoxina, levodopa, metformina, opioides, ISRS, teofilina; topiramato, bupropión y estimulantes (metilfenidato, anfetaminas).
Boca seca	Anticolinérgicos, antihistamínicos, clonidina, diuréticos de asa.
Disfagia (esofagitis por píldora)	Bisfosfonatos, doxiciclina, hierro, AINE, potasio.
Náusea, vómito o diarrea	Amantadina, antibióticos, bisfosfonatos, digoxina, agonistas dopaminérgicos, metformina, ISRS, estatinas, antidepresivos tricíclicos; agonistas de GLP-1 y laxantes.

LA EXPLORACIÓN

Busca signos de desgaste (atrofia temporal, pérdida de la bola de Bichat, ropa holgada) y, sobre todo, signos de enfermedad: **adenopatías, esplenomegalia o hepatomegalia, masas** (abdominal, mamaria, rectal, prostática, pélvica), alteraciones cardiopulmonares, sinovitis, y una **exploración de la boca** (dentadura, lesiones dolorosas). Haz un tamizaje cognitivo y de depresión cuando haya duda.[1,2,6]

4 El estudio inicial

La evaluación inicial de la pérdida de peso inexplicada incluye historia, exploración, laboratorio, radiografía de tórax, sangre oculta en heces (de preferencia FIT cuantitativa) y, en algunos casos, ecografía abdominal **[AFP 2021, C]**. Pide más imagen o pruebas invasivas solo si la historia, la exploración o este primer estudio lo justifican, y decide con el paciente según sus metas de atención.[2]

PRUEBA	QUÉ BUSCA
Biometría hemática	Anemia, infección, procesos linfoproliferativos; trombocitosis y leucocitosis (se asocian con cáncer).[1,4]
VSG y PCR	Inflamación, infección o neoplasia. La PCR elevada aumenta la probabilidad de cáncer (RV+ 3.13).[1,4]
Química: glucosa, creatinina, electrolitos, calcio	Diabetes, enfermedad renal, hipercalcemia (neoplasia, hiperparatiroidismo), hiponatremia.[1,2]
Albúmina y proteínas totales	La albúmina baja refleja inflamación, pérdidas (renales, digestivas) o hepatopatía y tiene valor pronóstico, pero **no diagnostica desnutrición**: para eso usa GLIM (sección 8). Es uno de los datos más asociados con cáncer (RV+ 3.24).[2,4,11]
Pruebas de función hepática y LDH	Hepatopatía, colestasis, infiltración; la LDH puede elevarse en neoplasias.[1,2]
TSH	Hipertiroidismo.[1,2]
Ferritina	Ferropenia (pérdida digestiva) o, si está elevada, inflamación.[2,3]
Electroforesis de proteínas	Gammapatía monoclonal (mieloma) o hipergammaglobulinemia policlonal.[2,3]
Examen general de orina	Hematuria (cáncer urotelial o renal), proteinuria, glucosuria.[2,3]
FIT cuantitativa	No es la sangre oculta con guayaco (poco sensible y específica). Orienta la referencia colorrectal: NICE la ofrece desde los 50 años con pérdida de peso inexplicada y recomienda referir por sospecha de cáncer con **≥10 µg Hb/g** **[NICE 2023]**. Con FIT <10 y sospecha persistente: si es alta, refiere sin demora; si no, repite la FIT, usa la vía de síntomas inespecíficos o pide asesoría, y explica a quién acudir ante síntomas nuevos.[1,5,12]
Radiografía de tórax	Cáncer de pulmón, TB, enfermedad pleural. NICE la ofrece urgente a partir de los 40 años con 2 o más síntomas inexplicados (pérdida de peso, anorexia, fatiga, tos, disnea, dolor torácico), o con 1 si fuma o fumó **[NICE 2015]**.[2,5]
VIH y hepatitis virales	VIH; hepatitis virales según factores de riesgo.[1]
Ecografía abdominal	Puede considerarse dentro del estudio inicial.[2,6]
Tamizajes de cáncer por edad	Ponlos al día si no lo están (colon, mama, cérvix y los que apliquen).[1,2]

CÓMO INTERPRETAR EL LABORATORIO

- En 326,240 adultos con pérdida de peso en atención primaria, los análisis más asociados con cáncer fueron **albúmina baja (RV+ 3.24), plaquetas altas (3.48), leucocitos altos (3.01) y PCR alta (3.13)**.[4]
- **Ningún análisis normal descartó cáncer:** la PCR y la VSG normales fueron los que más bajaron la probabilidad, con RV− de 0.48 y 0.51, lejos del 0.2 que haría falta para descartarlo.[4]
- En otra serie pequeña, todos los pacientes con cáncer tuvieron algún análisis alterado (PCR, hemoglobina, LDH o albúmina), mientras que la ecografía y la radiografía de tórax tuvieron sensibilidades de 45 % y 18 %.[1]
- Conclusión práctica: un estudio inicial normal tranquiliza, pero no cierra el caso. Lo que sigue depende del riesgo: estudio urgente o prioritario si hay criterio (sección 5); vigilancia solo si no lo hay (sección 6).[2,4,5]

5 ¿Cuándo pensar en cáncer?

NICE fija en un **VPP de cáncer ≥3 %** el umbral para investigar de forma urgente, y basó la recomendación de 2026 en un solo estudio grande de atención primaria (certeza baja). El estudio del BMJ 2024 midió ese VPP en adultos con pérdida de peso registrada en atención primaria.[4,5]

PÉRDIDA DE PESO SOLA

- **Hombres ≥50 años y mujeres ≥60 años:** el VPP de cáncer supera 3 %.[4]
- **<50 años sin otros datos:** el riesgo está por debajo de 3 %.[4]
- **NICE:** en personas de 60 años o más con pérdida inexplicada >5 % en 6 meses, busca síntomas o hallazgos que orienten el sitio y **ofrece investigación urgente, referencia por sospecha de cáncer o referencia por la vía de síntomas inespecíficos** [NICE 2026].[5]
- **Anorexia inexplicada, a cualquier edad:** la misma conducta [NICE 2015, modificada en 2026].[5]
- Los cánceres que más se asocian con la pérdida de peso son linfoma, primario desconocido, páncreas, esófago y estómago, hígado y vías biliares, pulmón, colon y vías urinarias;[4] NICE menciona colorrectal, esófago y estómago, pulmón, próstata, páncreas y vías urinarias.[5]

PÉRDIDA DE PESO CON ALGO MÁS

- A cualquier edad adulta, un síntoma, signo o análisis acompañante sube el riesgo. Los más asociados en el BMJ 2024: **masa rectal (RV+ 21 en hombres), masa pélvica (19.5 en mujeres)**, masa abdominal, adenopatías, ictericia, disfagia, anemia ferropénica, tromboembolia venosa, dolor abdominal y pérdida del apetito.[4]
- En hombres de 40–49 años, diez de esos síntomas o signos llevaron el VPP por encima de 3 % (en mujeres de esa edad, solo tres). En hombres de 18–39 años lo hicieron las adenopatías y algunos análisis (hemoglobina baja, trombocitosis, albúmina baja, PCR alta); en mujeres de 18–39 años, ninguno.[4]
- Datos asociados con cáncer solo en hombres: estreñimiento, próstata anormal, dispepsia, hemoptisis, disfonía, prurito. Solo en mujeres: náusea, distensión, reflujo, masa pélvica.[4]

RUTAS ESPECÍFICAS DE NICE ANTE PÉRDIDA DE PESO (AÑO DE CADA RECOMENDACIÓN ENTRE CORCHETES)[5]

SITUACIÓN	CÁNCER POSIBLE	ACCIÓN
Disfagia (a cualquier edad)	Esófago, estómago	Referencia por sospecha de cáncer [2015, mod. 2025].
≥55 años con pérdida de peso y dolor abdominal alto, reflujo o dispepsia	Esófago, estómago	Referencia por sospecha de cáncer [2015, mod. 2025].
≥60 años con pérdida de peso y diarrea, dolor lumbar, dolor abdominal, náusea, vómito, estreñimiento o diabetes de inicio reciente	Páncreas	Considera TC urgente (o ecografía si no hay TC) [2015].
≥40 años con ictericia	Páncreas	Referencia por sospecha de cáncer [2015].
≥50 años con pérdida de peso inexplicada; ≥40 años con pérdida y dolor abdominal; <50 años con pérdida y rectorragia	Colorrectal	FIT cuantitativa [2023].
≥40 años con 2 o más síntomas inexplicados (pérdida de peso, anorexia, fatiga, tos, disnea, dolor torácico), o con 1 si fuma o fumó; ≥40 años con pérdida de peso y exposición a asbesto	Pulmón, mesotelioma	Radiografía de tórax urgente [2015].
Pérdida de peso con adenopatías o esplenomegalia inexplicadas	Linfoma	Considera referencia por sospecha de cáncer [2015].
Mujer con pérdida de peso inexplicada (considerar); con saciedad temprana o anorexia persistentes (hacer las pruebas)	Ovario	Pruebas en primer nivel: ≥40 años, CA-125 con umbral por edad y ecografía si está elevado; ≤39 años, ecografía directa, sin CA-125 aislado [2011–2026].

Las vías de referencia son las del sistema de salud del Reino Unido; en tu medio, tradúcelas a estudio urgente o envío prioritario al especialista.

6 Si el estudio inicial es normal

QUÉ HACER

- **Primero decide el riesgo (sección 5).** Un estudio inicial normal no anula un criterio de investigación urgente (≥60 años con >5 % en 6 meses, anorexia inexplicada) ni de estudio prioritario (VPP >3 %).[4,5]
- **Sin datos de alarma ni esos criterios: vigilancia activa de 3 a 6 meses** con peso en cada visita y búsqueda de síntomas nuevos, en lugar de seguir pidiendo estudios sin pista **[AFP 2021, C]**.[1,2]
- Después del periodo de observación, **revisión al menos anual** si sigue sin causa **[AFP 2021, C]**.[2,3]
- **Reevalúa antes** de que termine el periodo si el paciente sigue perdiendo peso, aparece un síntoma o análisis que sume riesgo (sección 5) o cruza un umbral de edad.[2,4,5]

La evidencia detrás. En la cohorte de Barcelona, 14 % (375 de 2677) quedó sin causa tras el estudio inicial y seis meses de evaluación. En el seguimiento de hasta 60 meses más, se detectó un cáncer en 19 de ellos (5 %), en los primeros 28 meses; en 14 pacientes el diagnóstico solo se hizo en la autopsia. Los pacientes sin causa tuvieron una mortalidad baja en el seguimiento inicial (5 % a los 18 meses, frente a 69 % en los pacientes con cáncer). Los autores concluyen que la pérdida de peso inexplicada rara vez es una urgencia a corto plazo, pero que conviene seguir a estos pacientes más tiempo del que se acostumbraba.[3] La revisión de Suárez-Ortega (2013) consideraba que un estudio inicial normal excluye razonablemente el cáncer y que la mayoría de los casos sin diagnóstico son procesos no graves; la cohorte de 2017 matiza esa tranquilidad.[3,6]

7 El adulto mayor

Entre 15 % y 20 % de los mayores de 65 años pierde peso de forma involuntaria a lo largo de 5–10 años, y hasta 60 % de quienes viven en residencias. En este grupo, la pérdida de peso se asocia con más mortalidad aun ajustando por comorbilidad, además de pérdida de independencia, fracturas de cadera, estancias hospitalarias más largas e institucionalización.[1]

POR QUÉ ES DISTINTO[1,7]

- Suele haber **varias causas a la vez**: anorexia del envejecimiento, menor gusto y olfato, vaciamiento gástrico más lento con saciedad temprana, problemas dentales y de deglución, polifarmacia y limitaciones para conseguir y preparar comida.
- Las manifestaciones suelen aparecer aisladas (solo anorexia, solo pérdida de peso o solo astenia) en lugar del síndrome completo.
- Se superpone con **sarcopenia y fragilidad**, que incluyen la pérdida de peso o la fatiga en sus criterios.
- La pérdida de peso puede preceder al diagnóstico de demencia o de Parkinson.

QUÉ AÑADIR A LA EVALUACIÓN[2,3,7]

- **Valoración geriátrica integral:** depresión (por ejemplo, escala de depresión geriátrica abreviada), cognición (por ejemplo, Mini-Cog, con información de un familiar), función y red de apoyo.
- **Boca y deglución:** examen de la cavidad oral; si hay dudas sobre la deglución, estudio de deglución o videofluoroscopia. En la cohorte de 2677 pacientes, los problemas orales fueron la segunda causa en los mayores de 65 años.
- **Tamizaje nutricional** con el MNA y diagnóstico de desnutrición con GLIM (sección 8).
- **Fuerza muscular** para buscar sarcopenia (sección 8).

8 Desnutrición y sarcopenia

DESNUTRICIÓN: CRITERIOS GLIM [GLIM 2019][8]

GLIM propone dos pasos: **tamizaje** con cualquier herramienta validada (por ejemplo, MNA, NRS-2002 o MUST) y, en quien sale en riesgo, **diagnóstico** con al menos **un criterio fenotípico y uno etiológico**. La gravedad se gradúa con los criterios fenotípicos; los etiológicos orientan la intervención.

CRITERIOS FENOTÍPICOS (AL MENOS 1)	
Pérdida de peso	>5 % en los últimos 6 meses, o >10 % en más de 6 meses
IMC bajo	<20 kg/m² si <70 años; <22 kg/m² si ≥70 años (Asia: <18.5 y <20)
Masa muscular reducida	Por un método validado (DXA, bioimpedancia, TC o RM); si no hay, exploración o perímetros de brazo o pantorrilla

CRITERIOS ETIOLÓGICOS (AL MENOS 1)	
Menor ingesta o absorción	≤50 % de los requerimientos por >1 semana, cualquier reducción por >2 semanas, o una enfermedad digestiva crónica que afecte la asimilación
Inflamación	Enfermedad aguda o lesión, o enfermedad crónica (cáncer, EPOC, insuficiencia cardiaca, enfermedad renal crónica); la PCR sirve de apoyo

GRAVEDAD (1 CRITERIO FENOTÍPICO BASTA)	PÉRDIDA DE PESO	IMC	MASA MUSCULAR
Estadio 1, moderada	5–10 % en 6 meses, o 10–20 % en más de 6 meses	<20 si <70 años; <22 si ≥70 años	Déficit leve a moderado
Estadio 2, grave	>10 % en 6 meses, o >20 % en más de 6 meses	<18.5 si <70 años; <20 si ≥70 años	Déficit grave

SARCOPENIA: EWGSOP2 [EWGSOP2][9]

Busca casos con el cuestionario **SARC-F** o ante la sospecha clínica (caídas, debilidad, marcha lenta, dificultad para levantarse de la silla, pérdida de peso o de masa muscular). La **fuerza baja** define la sarcopenia probable; la **masa muscular baja** la confirma; si además el **desempeño físico es bajo**, es grave.

PASO	PRUEBA	HOMBRES	MUJERES
1. Fuerza (sarcopenia probable)	Fuerza de prensión (dinamómetro)	<27 kg	<16 kg
	Levantarse de la silla 5 veces	>15 segundos	
2. Masa (confirma)	Masa muscular apendicular	<20 kg	<15 kg
	Masa apendicular / talla²	<7.0 kg/m²	<5.5 kg/m²
3. Desempeño (gravedad)	Velocidad de la marcha	≤0.8 m/s	
	SPPB (batería corta de desempeño físico)	≤8 puntos	

Los puntos de corte de EWGSOP2 son para población europea; usa referencias regionales cuando existan.

9 Tratamiento

El tratamiento es el de la causa. Mientras se encuentra, o si no se encuentra, el manejo es multidisciplinario: dentista, nutrición, terapia de lenguaje y deglución, terapia ocupacional o física y trabajo social.[1,2]

LO QUE SÍ AYUDA[1,2]

- **Corrige lo corregible:** ajusta o retira fármacos que quitan el apetito o alteran el gusto, arregla la dentadura, trata la depresión.
- **Adapta la dieta:** comida que al paciente le guste; textura más blanda si el problema es **masticar**. Si hay **disfagia**, no basta con una dieta blanda: refiere a valoración de la deglución por personal capacitado, que decida si modificar la consistencia de alimentos y líquidos y reevalúe al paciente con regularidad hasta que esté estable [NICE CG32].[10] Y **quita restricciones innecesarias** (dietas bajas en sal o en grasa) que vuelven la comida poco apetecible.
- **Ayuda para comer** y apoyo social; en residencias, comidas en un ambiente parecido al de casa.
- **Suplementos orales:** si se usan, que **sumen calorías sin sustituir comidas**; pueden rendir más entre comidas. En una revisión Cochrane, con estudios en su mayoría de baja calidad, dieron una ganancia de peso pequeña y constante en adultos mayores, sin cambio en la mortalidad global; en los ya desnutridos sí la redujeron (RR 0.79). La recomendación de la AGS va contra usarlos como tratamiento de rutina; en el paciente desnutrido, si se usan, que complementen la comida.

LO QUE HAY QUE EVITAR O USAR CON CAUTELA

- **American Geriatrics Society (Choosing Wisely):** evita los estimulantes del apetito de prescripción y los suplementos hipercalóricos para tratar la anorexia o la caquexia del adulto mayor; mejor optimiza el apoyo social, retira fármacos que interfieren, ofrece comida apetecible, ayuda para comer y aclara metas y expectativas [AGS, Choosing Wisely].[2]
- **Ningún orexígeno** ha mostrado reducir la mortalidad del adulto mayor con pérdida de peso.[1]
- **Mirtazapina:** puede usarse si hay depresión con poco apetito; no hay estudios específicos en pérdida de peso involuntaria. Vigila boca seca, mareo, hipotensión ortostática y sedación.[1,2]
- **Megestrol:** mejora el apetito y el peso en cáncer y en sida, pero se asocia con edema, eventos tromboembólicos y muerte.[1]
- **Dronabinol:** toxicidad del sistema nervioso central (confusión, somnolencia).[1]
- **Sonda de alimentación en demencia avanzada:** la gastrostomía no mejoró la mortalidad ni la albúmina y les fue peor que a quienes la recibieron por otras indicaciones; en residentes con disfagia, la alimentación por sonda se asoció con más mortalidad. Decide con el paciente y su familia según sus valores.[1]

ANTES DE AUMENTAR EL APORTE: SÍNDROME DE REALIMENTACIÓN [NICE CG32][10]

- **Alto riesgo** con 1 de: IMC <16; pérdida involuntaria >15 % en 3–6 meses; ingesta mínima o nula >10 días; potasio, fósforo o magnesio bajos antes de alimentar. O con 2 de: IMC <18.5; pérdida >10 % en 3–6 meses; ingesta mínima o nula >5 días; alcoholismo o fármacos como insulina, quimioterapia, antiácidos o diuréticos.
- **En alto riesgo:** plan con nutrición especializada; iniciar con ≤10 kcal/kg/día (5 en casos extremos, p. ej., IMC <14 o ingesta casi nula >15 días, con monitoreo cardiaco continuo) y llegar al aporte completo en 4–7 días; restaurar la volemia y vigilar el balance de líquidos; tiamina 200–300 mg/día VO justo antes y durante los primeros 10 días, con complejo B y multivitamínico; reponer potasio, fósforo y magnesio, salvo que estén altos antes de alimentar, y vigilarlos.
- Con ingesta mínima >5 días, aun sin alto riesgo: no más de 50 % del requerimiento los primeros 2 días.

10 Errores frecuentes y casos

ERROR	LO CORRECTO
«Es la edad»	Desde la séptima década se pierden 0.1–0.2 kg al año; ≥5 % en 6–12 meses no es normal y se estudia.[1,2]
No pesar ni calcular el porcentaje	Pesa sin zapatos, en la misma báscula, y calcula el porcentaje; sin registro, usa ropa, testigo y estimación.[2,3]
Olvidar los fármacos y la boca	Revisa toda la lista, incluidos los de venta libre; mira la dentadura y pregunta por la deglución.[1–3]

ERROR	LO CORRECTO
Quedarte tranquilo con un laboratorio normal	Ningún análisis normal descarta cáncer ni anula un criterio de estudio urgente o prioritario. Vigila 3–6 meses solo si no hay alarma ni criterio, y reevalúa antes si sigue bajando.[2–5]
Estudiar igual a todos	La edad y los datos acompañantes cambian la probabilidad: ≥60 años con >5 % en 6 meses amerita investigación urgente; <50 años con pérdida de peso sola no, pero sí estudio inicial y vigilancia. La anorexia inexplicada la amerita a cualquier edad.[4,5]
Recetar megestrol o un orexígeno como primera medida	Primero causas tratables, comida apetecible, ayuda para comer y apoyo social.[1,2]
No buscar depresión ni demencia	Son causas frecuentes, sobre todo en el adulto mayor y en residencias; tamiza con escalas breves.[1–3]

Caso 1 · Hombre de 68 años que bajó 7 % en 5 meses

Exfumador. Sin síntomas digestivos ni respiratorios; exploración normal. Plaquetas 520,000/µL, albúmina 3.1 g/dL, PCR 25 mg/L; el resto del estudio inicial y la radiografía de tórax, normales. ¿Lo vigilas tres meses?

Respuesta. No. Tiene 60 años o más con una pérdida >5 % en 6 meses, de modo que NICE recomienda ofrecer investigación urgente o referencia por sospecha de cáncer o por la vía de síntomas inespecíficos. Además, la trombocitosis, la albúmina baja y la PCR alta son los análisis que más se asocian con cáncer en la pérdida de peso, y un hombre de su edad ya supera el umbral de 3 % de VPP solo con la pérdida. Por su edad le corresponde FIT, y por exfumador, la radiografía de tórax urgente que ya se hizo; con ≥55 años, trombocitosis y pérdida de peso, NICE sugiere además considerar endoscopia alta. El resto del estudio se dirige según la disponibilidad local, sin esperar.[4,5]

Caso 2 · Mujer de 84 años en una residencia que bajó 6 kg en 6 meses

Bajó de 58 a 52 kg (10.3 %). Viuda desde hace un año, con demencia leve. Toma metformina, digoxina y un antidepresivo tricíclico; dieta baja en sal. La dentadura le queda floja y deja la mitad del plato. El estudio inicial es normal. El personal pregunta por un estimulante del apetito.

Respuesta. Hay varias causas probables a la vez: fármacos que dan anorexia o náusea (metformina, digoxina, tricíclico), dentadura mal ajustada, dieta restrictiva, posible depresión por el duelo y demencia. Revisa la necesidad y la dosis de cada fármaco, envía al dentista, quita la restricción de sal si no es indispensable, tamiza depresión y ofrece ayuda para comer y comida que le guste. No inicies un orexígeno como reflejo (recomendación de la AGS). Por edad y magnitud de la pérdida cumpliría el criterio de NICE para investigación urgente: decide cuánto estudiar junto con ella y su familia, según sus metas de atención.[1,2,5]

Caso 3 · Hombre de 29 años con pérdida de 8 % y un ganglio cervical

Cuatro meses de cansancio y pérdida de peso; desde hace 5 semanas, un ganglio cervical de 2.5 cm, no doloroso. Sin fiebre referida. ¿Basta con observar por su edad?

Respuesta. No. En menores de 50 años la pérdida de peso sola tiene un VPP de cáncer <3 %, pero en hombres de 18 a 39 años las adenopatías lo llevan por encima de ese umbral, y NICE recomienda considerar la referencia por sospecha de cáncer (linfoma) ante pérdida de peso con adenopatías inexplicadas. Estudia también TB y VIH, que en este grupo de edad son causas frecuentes de pérdida de peso.[3–5] La biopsia del ganglio suele ser el paso diagnóstico.

Referencias

1. Perera LAM, Chopra A, Shaw AL. Approach to patients with unintentional weight loss. Med Clin North Am 2021;105:175–186. doi:10.1016/j.mcna.2020.08.019
2. Gaddey HL, Holder KK. Unintentional weight loss in older adults. Am Fam Physician 2021;104(1):34–40.
3. Bosch X, Monclús E, Escoda O, et al. Unintentional weight loss: clinical characteristics and outcomes in a prospective cohort of 2677 patients. PLoS One 2017;12:e0175125. doi:10.1371/journal.pone.0175125
4. Nicholson BD, Virdee P, Aveyard P, et al. Prioritising primary care patients with unexpected weight loss for cancer investigation: diagnostic accuracy study (update). BMJ 2024;387:e080199. doi:10.1136/bmj-2024-080199
5. National Institute for Health and Care Excellence. Suspected cancer: recognition and referral (NG12). Publicada en 2015; última actualización, 15 de abril de 2026.
6. Suárez-Ortega S, Puente-Fernández A, Santana-Báez S, et al. Síndrome constitucional: entidad clínica o cajón de sastre. Rev Med Inst Mex Seguro Soc 2013;51(5):532–535.
7. Muñoz Muñetón C, Rodríguez Varón A, Chacón-Valenzuela E, et al. El síndrome constitucional desde una perspectiva geriátrica. Univ Med 2022;63(3). doi:10.11144/Javeriana.umed63-3.cons
8. Cederholm T, Jensen GL, Correia MITD, et al. GLIM criteria for the diagnosis of malnutrition: a consensus report from the global clinical nutrition community. Clin Nutr 2019;38:1–9. doi:10.1016/j.clnu.2018.08.002
9. Cruz-Jentoft AJ, Bahat G, Bauer J, et al. Sarcopenia: revised European consensus on definition and diagnosis. Age Ageing 2019;48:16–31. doi:10.1093/ageing/afy169
10. National Institute for Health and Care Excellence. Nutrition support for adults: oral nutrition support, enteral tube feeding and parenteral nutrition (CG32). Publicada el 22 de febrero de 2006; última actualización, 4 de agosto de 2017.
11. Evans DC, Corkins MR, Malone A, et al. The use of visceral proteins as nutrition markers: an ASPEN position paper. Nutr Clin Pract 2021;36:22–28. doi:10.1002/ncp.10588
12. NHS England. Using faecal immunochemical testing (FIT) in the lower gastrointestinal (GI) pathway. Carta a atención primaria (B2005_i), 6 de octubre de 2022.

11 Consulta rápida

Definición	Astenia, anorexia y pérdida de peso involuntaria. Significativa: ≥5 % del peso habitual en 6–12 meses. Gravedad por velocidad: 2 % en 1 mes, 5 % en 3 meses, 10 % en 6 meses.
Confirma	Peso documentado o 2 de: cambio de talla de ropa, testigo, estimación numérica. Separa pérdida de líquidos (diuréticos, resolución de edema) de pérdida de tejido; ¿la explica suficientemente una causa conocida?
Causas	Cáncer 19–36 % (digestivo el primero), digestivas no malignas, psicosociales (depresión, demencia, aislamiento), endocrinas, infecciosas, fármacos. Sin causa: 6–28 %.
Historia	Apetito conservado → tiroides, diabetes, diarrea. Fármacos, boca y deglución, ánimo y cognición, TB y VIH, red social y dinero para comer.
Estudio inicial	BH, VSG, PCR, química con calcio, albúmina, PFH, LDH, TSH, ferritina, electroforesis, EGO, FIT cuantitativa (≥10 µg Hb/g → referencia por sospecha de cáncer; <10 con sospecha clínica alta → referir sin demora; <10 con sospecha menor persistente → repetir FIT, vía de síntomas inespecíficos o asesoría), radiografía de tórax; VIH; hepatitis según riesgo; tamizajes al día; considera ecografía abdominal.
Riesgo de cáncer	≥60 años con >5 % en 6 meses, o anorexia inexplicada a cualquier edad: investigación urgente (NICE). Hombre ≥50 o mujer ≥60: VPP >3 % → estudio prioritario (BMJ 2024). <50 años, o mujer de 50–59, sin otros datos: <3 %. Suben el riesgo: masas, adenopatías, ictericia, disfagia, anemia ferropénica, trombosis, albúmina baja, trombocitosis, leucocitosis, PCR alta.
Todo normal	Solo sin alarma ni criterio de estudio urgente o prioritario: vigila 3–6 meses con peso en cada visita, reevalúa antes si sigue bajando, luego al menos anual. 5 % de los inexplicados tuvo cáncer en 28 meses.
Adulto mayor	Varias causas a la vez. Valoración geriátrica, boca, MNA, GLIM y sarcopenia (prensión <27 kg en hombres y <16 kg en mujeres).
Tratamiento	La causa. Quita fármacos y dietas restrictivas, dentista, ayuda para comer, apoyo social; suplementos sin reemplazar comidas; valora riesgo de realimentación. Disfagia → valoración de deglución. Evita orexígenos de rutina en el adulto mayor; megestrol con trombosis y muerte.

Material educativo para profesionales de la salud, elaborado con apoyo de inteligencia artificial y verificado contra las fuentes citadas. No sustituye el criterio del médico tratante ni los protocolos de cada hospital.