

1022 - BINOMIO DESNUTRICIÓN-SARCOPENIA Y SU INFLUENCIA EN EL PRONÓSTICO DE LOS PACIENTES INGRESADOS EN MEDICINA INTERNA

Antonio Sebastián Vidal-Ríos Castro, Tomás Francisco Galeano Fernández, Juan Gómez Porro, Santiago Tolosa Álvarez, Luis García Martínez, Belén Salgado Cardoso, Irene Sánchez Piñeiro y Juana Carretero Gómez

Complejo Universitario de Badajoz, Badajoz.

Resumen

Objetivos: Estimar la influencia del binomio desnutrición-sarcopenia sobre la mortalidad intrahospitalaria así como el pronóstico (mortalidad/reingreso) a 120 días en pacientes ingresados en Medicina Interna.

Métodos: Estudio observacional, descriptivo de práctica clínica. Los pacientes se reclutaron en dos períodos de un mes (mayo y octubre de 2021) con seguimiento a 120 días. Se excluyen pacientes < 18 años, ingresados el viernes o sin consentimiento verbal. En las primeras 48 horas se determinaron parámetros antropométricos (o se estimaron según Chumlea). Para el diagnóstico de desnutrición utilizamos el test MNA-SF (12-14 normal, 8-11 riesgo nutricional, 0-7 desnutrición) y para sarcopenia el SARC-F (4 alto riesgo). La fuerza muscular se estimó mediante dinamometría (Jamar Plus+DynamometerR). Dividimos la muestra en 3 grupos por puntuación de MNA-SF. Las variables cualitativas se analizaron con el test de ji al cuadrado y las variables cuantitativas con Kruskal-Wallis. Los resultados se expresan como mediana y rango intercuartílico. La mortalidad intrahospitalaria se analizó con un modelo de regresión de Poisson ajustado por grupos de MNA-SF, fuerza muscular e inflamación. Para objetivar diferencias en mortalidad/reingreso a 120 días construimos una curva de Kaplan-Meier comparando los grupos de MNA-SF mediante *log-rank*. Consideramos significativa una $p < 0,05$. Se utilizó programa R (*R project for statistical computing*). El estudio fue autorizado por el CEIC autonómico.

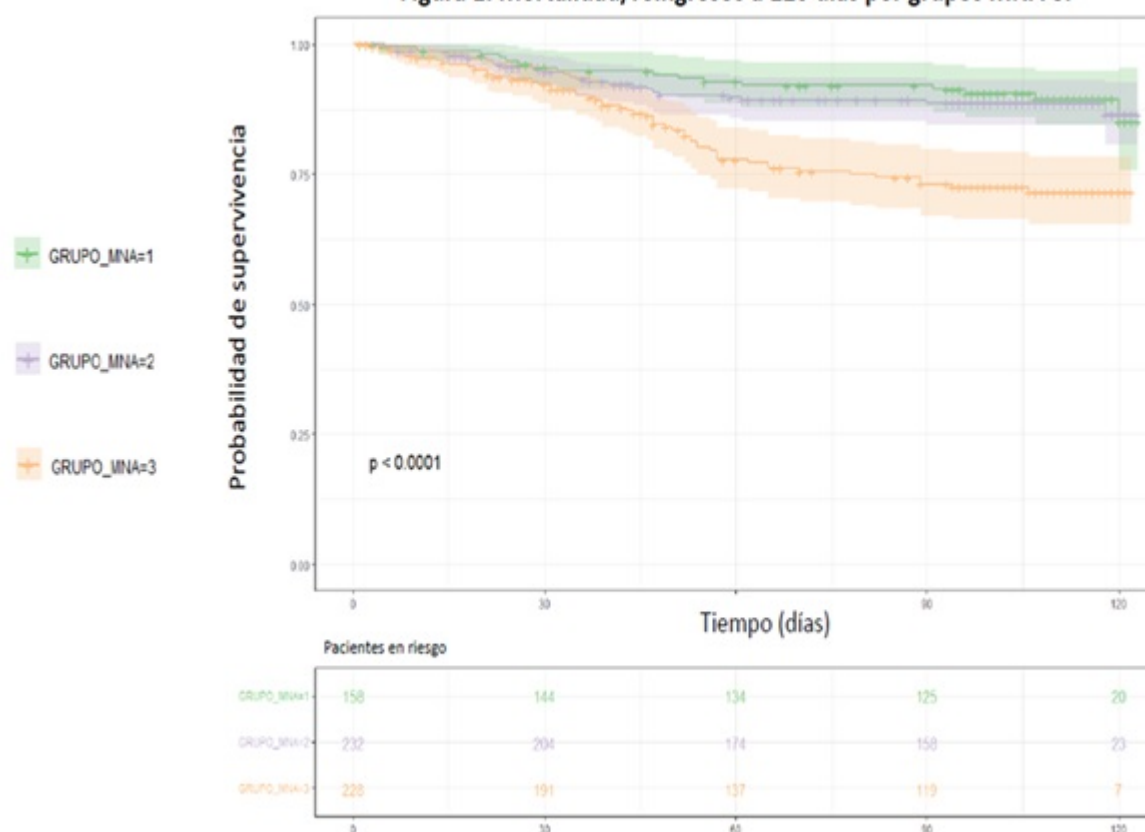
Resultados: Un total de 619 pacientes, 76 (14,8) años, 50,6% mujeres. Los resultados por grupos de MNA-SF se exponen en las tablas. 158 pacientes no presentaban riesgo nutricional, 233 en riesgo y 228 estaban desnutridos (grupos 1, 2 y 3, respectivamente). Los grupos 2 y 3 presentaban mayor riesgo de sarcopenia ($p < 0,0001$). Los principales diagnósticos fueron la ICC, la EPOC y el deterioro del estado basal, sin diferencias ($p = 0,07$). El pronóstico fue peor en el grupo 3, tanto en la mortalidad intrahospitalaria (13 [8,23%], 22 [9,44%] y 25 [10,96%], [$p < 0,00001$]) como en mortalidad/reingreso ($p < 0,0001$) (fig.).

Variable	Grupo 1	Grupo 2	Grupo 3	p
	MNA-SF 12-14	MNA-SF 8-11	MNA-SF 0-7	

N	158	233	228	
Sexo (mujer)	64 (40,5)	127 (54,5)	122 (53,5)	0,01
Hipertensión arterial	122 (72,3)	168 (72,2)	169 (74,1)	0,54
Diabetes <i>mellitus</i> tipo 2	63 (39,9)	91 (39,1)	96 (42,1)	0,79
Dislipemia	92 (58,8)	127 (54,5)	120 (52,6)	0,56
Etilismo	23 (14,6)	28 (12,1)	12 (5,3)	0,006
Fumador	32 (20,2)	41 (17,6)	32 (14,0)	0,26
Disfagia	5 (3,2)	20 (8,6)	34 (14,9)	0,0005
EPOC	32 (20,2)	55 (23,6)	40 (17,5)	0,27
Hepatopatía	8 (5,1)	14 (5,6)	14 (6,1)	0,89
Insuficiencia cardíaca	50 (31,6)	82 (35,4)	59 (25,8)	0,11
Enfermedad renal crónica	38 (24,0)	57 (24,2)	56 (24,6)	0,99
Enfermedad cardiovascular	76 (48,1)	90 (38,6)	80 (34,9)	0,02
Neoplasia órgano sólido	26 (16,4)	43 (18,4)	57 (25,0)	0,08
Institucionalizado	4 (2,5)	25 (10,7)	41 (17,9)	0,00001
UPP	5 (3,2)	25 (10,7)	48 (21,0)	0,001
Neumonía nosocomial	3 (1,9)	7 (3,0)	11 (4,8)	0,27
SARCF-F				
> 4	50 (31,6)	118 (50,6)	175 (76,7)	0,0001
< 4	108 (68,3)	115 (49,4)	53 (23,2)	0,0001
Variable	Grupo 1	Grupo 2	Grupo 3	p
	MNA-SF 12-14	MNA-SF 8-11	MNA-SF 0-7	
N	158	233	228	
Edad (años)	76 (17,7)	80 (17)	81 (15)	0,001
Peso (kg)	71,6 (17,4)	63,0 (16,9)	55,8 (18,8)	< 0,0000
IMC (kg/m ²)	26,8 (6,8)	24,8 (7,1)	21,9 (7,3)	< 0,0000
Fuerza prensión mano (kg)	30,2 (23,6)	25,2 (20)	18,6 (19,3)	< 0,0000
Proteínas (g/dL)	6,6 (1,0)	6,5 (1,1)	6,4 (1,4)	0,01
Albumina (mg/dL)	3,8 (0,7)	3,7 (0,7)	3,5 (0,9)	< 0,0000
Colesterol (mg/dL)	142,5 (60,7)	138,5 (52,2)	132,5 (55,2)	0,2
Transferrina (mg/dL)	217,5 (94,0)	195,5 (77)	161 (82,5)	< 0,0000

Linfocitos ($\times 10^9/L$)	1,3 (1,0)	1,4 (1)	1,25 (1,1)	0,44
Hemoglobina (g/dL)	12,4 (2,4)	11,9 (2,3)	11,3 (2,1)	< 0,0000
hsPCR (mg/L)	19,4 (69,6)	38 (95,6)	43,6 (102,2)	0,003
HbA1c (%)	5,9 (1,3)	6,1 (1,4)	5,9 (1,1)	0,9
Ratio linfocito/albúmina	56.000 (57.100)	49.950 (51.600)	42.000 (48.975)	0,05
Ratio PCR/albúmina	4,8 (16,6)	10,8 (29,6)	13,2 (31,5)	0,0006
Índice de Charlson	6 (4)	6 (4)	6 (3)	0,04
Readmisiones	0 (0)	0 (1)	0 (1)	0,07
Estancia media	8 (7)	8 (7)	8 (7)	0,89

Figura 1. Mortalidad/reingresos a 120 días por grupos MNA-SF



Conclusiones: El binomio desnutrición-sarcopenia empeora el pronóstico de los pacientes en MI. Durante el ingreso aumenta la mortalidad o la aparición de UPP. A 120 días disminuye la probabilidad de supervivencia libre de reingresos. Los factores más influyentes son la presencia de disfagia, la institucionalización o la pérdida de función muscular medida por fuerza de prensión. Como nuestros resultados expresan, el papel de la inflamación, medida por albumina, hsPCR o sus ratios, es primordial en el desarrollo de desnutrición en las enfermedades crónicas. Es imprescindible su detección para mejorar el pronóstico y calidad de vida de los pacientes.

Bibliografía

1. Elia M, *et al.* Guidelines for detection and management of malnutrition. Malnutrition Advisory Group (MAG), Standing Committee of BAPEN, 2000.

2. Cruz-Jentoft AJ, *et al.* Writing Group for the European Working Group on Sarcopenia in Older People 2 (EWGSOP2), and the Extended Group for EWGSOP2. Sarcopenia: revised European consensus on definition and diagnosis. *Age Ageing*. 2019;48:16-31.
3. Schuetz P, *et al.* Management of disease-related malnutrition for patients being treated in hospital. *Lancet*. 2021;398:1927-38.