



## 249 - LA ECOGRAFÍA NUTRICIONAL DEL RECTO FEMORAL Y LA GRASA PREPERITONEAL COMO PREDICTOR PRONÓSTICO DEL PACIENTE HOSPITALIZADO: RESULTADOS DE UN ESTUDIO PROSPECTIVO UNICÉNTRICO

**Raquel Marín Baselga<sup>1</sup>**, Carmela Sanz Ortega<sup>2</sup>, Lucía Platero Dueñas<sup>1</sup>, Raquel Sorriquieta Torre<sup>1</sup>, Juan Antonio Vargas Núñez<sup>3</sup>, Belén Gutiérrez Sancerni<sup>1</sup>, Alberto Moreno Fernández<sup>1</sup> y Yale Tung Chen<sup>1</sup>

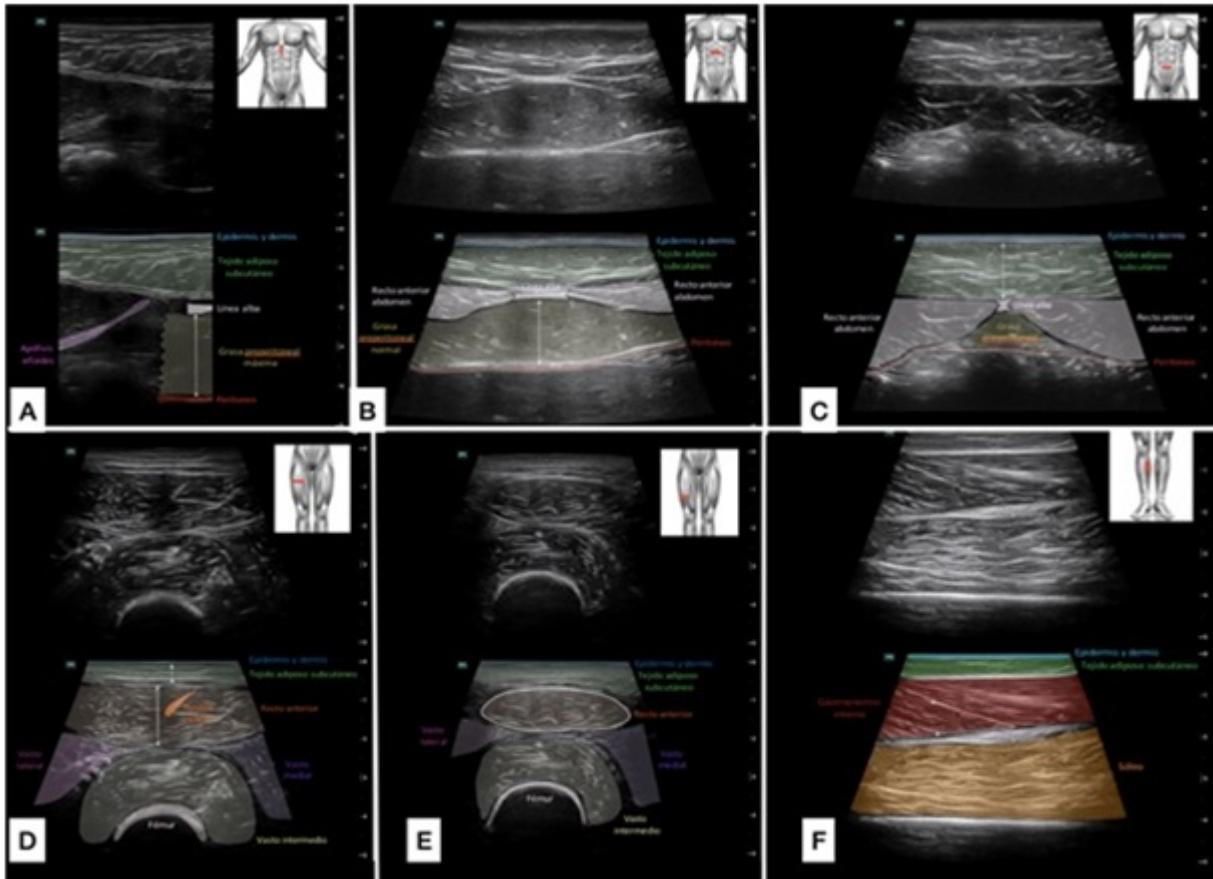
<sup>1</sup>Hospital Universitario La Paz, Madrid, España. <sup>2</sup>Universidad Autónoma de Madrid, Madrid, España. <sup>3</sup>Hospital Universitario Puerta de Hierro, Madrid, España.

### Resumen

**Objetivos:** Cuantificar mediante ecografía nutricional cambios en la masa muscular y depósitos grasos de pacientes hospitalizados, correlacionar estas mediciones con distintos parámetros clínicos, antropométricos y analíticos y con ello identificar factores que repercutan en la pérdida de masa muscular, la hospitalización y el pronóstico de los pacientes.

**Métodos:** Estudio observacional prospectivo realizado en el Servicio de Medicina Interna de un hospital terciario, entre abril y mayo de 2023. Se incluyeron pacientes mayores de edad, ingresados en Medicina Interna por patología aguda. Se obtuvieron datos epidemiológicos, clínicos y analíticos; se pasaron escalas de cribado de desnutrición (MUST), sarcopenia (SARC-F), fragilidad (FRAIL) y funcionalidad (Barthel); un internista experimentado realizó al ingreso y al alta las mediciones ecográficas de grasa preperitoneal máxima y normal, grasa subcutánea central abdominal, grosor y área del recto femoral (RF) en relajación y contracción y el ángulo de pennación en el gastrocnemio interno en relajación y contracción. Los análisis estadísticos se realizaron con el *software* IBM SPSS v25.0. El estudio fue aprobado por el Comité Ético de Investigación del hospital. Se obtuvo el consentimiento informado de cada paciente reclutado.

**Resultados:** Se incluyeron 23 pacientes. La edad media fue 62,1 años. El 56,5% fueron hombres. Las comorbilidades más frecuentes fueron: HTA (56,5%), DM (17,4%), DL (34,8%), cardiopatía (30,4%), neumopatía (21,7%). El 13% estaba inmunosuprimido. El 43,5% presentaba IMC > 25. El 56,5% estaba polimedicado. La estancia media fue 8,8 días. Los principales motivos de ingreso fueron: infecciones (39,1%), respiratorias (26,1%) y digestivas (8,7%). Encontramos correlación significativa entre días de ingreso y grasa preperitoneal máxima (-0,585;  $p = 0,004$ ), grosor RF relajado (-0,539;  $p = 0,008$ ) así como el área RF relajado (-0,540;  $p = 0,008$ ). El grosor RF relajado se correlacionó con la edad (-0,547;  $p = 0,007$ ), el Barthel (0,628;  $p < 0,001$ ), SARC-F (-0,637;  $p < 0,001$ ) y el FRAIL (-0,599;  $p = 0,003$ ). El área del RF se correlacionó también con el SARC-F (-0,705;  $p < 0,001$ ), FRAIL (-0,679;  $p = 0,003$ ), y en menor grado con el Barthel. La capacidad de contracción del músculo RF se correlacionó con el ejercicio semanal reportado (0,642;  $p < 0,001$ ) y con el nivel de lactato (-0,748;  $p < 0,001$ ).



**Discusión:** En nuestra cohorte, aquellos con un IMC más elevado han presentado menor riesgo de sarcopenia, desnutrición, fragilidad y dependencia así como ingresos más cortos. Observamos una correlación negativa entre el área del RF en relajación y la grasa preperitoneal con el N<sup>o</sup> de días de ingreso. Además, observamos una correlación fuerte-moderada entre el grosor y área del RF y las escalas Charlson, SARC-F, FRAIL y Barthel, lo que sugiere que la comorbilidad tiene un impacto negativo sobre la masa muscular. Por último, observamos una fuerte correlación entre el lactato en sangre y la capacidad de contracción del RF. Limitaciones: tamaño muestral pequeño, necesidad de un ecografista formado/experimentado y falta de comparación de las mediciones con un método de referencia como la TC o la RMN.

**Conclusiones:** El grosor del recto femoral y de la grasa preperitoneal o subcutánea medidos por ecografía, se relacionan con el número de días de ingreso y constituyen variables pronósticas independientes del paciente hospitalizado. Es necesario implementar esta técnica en nuestra práctica clínica habitual dentro de la imprescindible evaluación de la composición corporal y nutricional.