



31 - ¿PODRÍA EMPLEARSE EL PARÁMETRO MASA MUSCULAR ESQUELÉTICA/PESO COMO CRITERIO FENOTÍPICO PARA LA DEFINICIÓN DE DESNUTRICIÓN SEGÚN GLIM EN PACIENTES CON OBESIDAD?

M. Ortiz Ramos^{1,3}, A. Larrad Sáinz^{1,3}, M.G. Hernández Núñez^{1,3}, C. Marcuello Foncillas^{1,3}, M.E. Sánchez Veneros¹, M. Alonso Casasús¹, I. Moraga Guerrero¹, N. Pérez Ferre^{1,2,3}, M.á. Rubio Herrera^{1,2,3} y P. Matía-Martín^{1,2,3}

¹Endocrinología y Nutrición, Hospital Clínico San Carlos, Madrid. ²Departamento de Medicina, Universidad Complutense, Madrid. ³Endocrinología y Nutrición, Instituto de Investigación Sanitaria San Carlos (IdISSC), Madrid.

Resumen

Introducción: La definición de criterios fenotípicos para el diagnóstico de desnutrición relacionada con la enfermedad (DRE) según GLIM (*Global Leadership Initiative on Malnutrition*) está sujeta a controversia cuando se trata de valorar la baja masa muscular esquelética (MME). En sobrepeso esta puede infraestimarse con los puntos de corte actuales. El objetivo fue comparar la prevalencia de DRE en pacientes con y sin sobrepeso con diferentes definiciones de baja MME, incluyendo la propuesta ESPEN/EASO para la obesidad sarcopénica (MME/peso).

Métodos: Sujetos ingresados en servicios médicos entre 2018-2023. Peso y talla medidos, tomados de Atención Primaria o referidos. IMC bajo: < 20 kg/m² < 70 años, < 22 kg/m² ≥ 70 años. Porcentaje de pérdida ponderal (PP) elevado si > 5% en 6 meses o > 10% en más de 6 meses. MME valorada con: circunferencia muscular del brazo (CMB < p25), índice de masa libre de grasa (IMLG < 15/17 kg/m² en mujeres/hombres), índice de MME -fórmula de Janssen-(IMME < 6,68/8,31 kg/m² en mujeres/hombres) y MME/peso (%) - < 27,6/37,0 en mujeres/hombres-. Impedancia bioeléctrica *Bodystat QuadScan 4000*. Las combinaciones fenotípicas estudiadas fueron: IMC bajo o PP > 5% o CMB 5% o IMLG descendido (B), IMC bajo o PP > 5% o IMME descendido (C) e IMC bajo o PP > 5% o MME/peso baja (D).

Resultados: 262 pacientes (edad mediana 80 años -RI 69;87-; 53,1% mujeres; sobrepeso 55,7%). Las prevalencias de DRE según diferentes combinaciones en sobrepeso/normopeso fueron 47,9/88,2% (A) -N = 223-; 66,0/95,0% (B)-N = 194-; 65,6/94,8% (C)-N = 190-; 84,0/96,9% (D) -N = 192-.

Conclusiones: La prevalencia de DRE tendió a igualarse en pacientes con/sin sobrepeso cuando se utilizó como criterio fenotípico la baja MME/peso. La corrección de la MME por datos de adiposidad puede explorarse para evitar la infraestimación de la desnutrición en pacientes con sobrepeso/obesidad.

Financiación: Fundación de Investigación en Nutrición y Metabolismo (FINUMET).