



Endocrinología, Diabetes y Nutrición



P-007 - SARCOPENIA, OTRA COMPLICACIÓN CRÓNICA A CONSIDERAR EN PERSONAS CON DIABETES

A. Zugasti Murillo^a, M. Riestra Fernández^b, E. Petrina Jáuregui^a, F. Villazón González^c, M.C. Ripa Ciáurriz^d, L. Calles Romero^e, M.J. Chinchetru Ranedo^f, J. Rengel Jiménez^g, R. Sánchez Sánchez^h, S. Valle Rodríguez Navasⁱ, M. Díez Muñiz^j y J. Agorreta Ruiz^k

^aHospital Universitario de Navarra, Pamplona. ^bHospital Universitario de Cabueñes, Gijón. ^cHospital Universitario Central de Asturias, Oviedo. ^dHospital Universitario Donostia, San Sebastián. ^eHospital Universitario de Basurto, Bilbao. ^fHospital de San Pedro, Logroño. ^gHospital San Agustín, Avilés. ^hHospital Universitario de Cruces, Bilbao. ⁱHospital Universitario Galdakao, Galdakao. ^jHospital Sierrallana, Torrelavega. ^kHospital Reina Sofía, Tudela.

Resumen

Introducción: La asociación de diabetes y sarcopenia se describe en la literatura con una prevalencia de dos a tres veces mayor en las personas con diabetes (DM). La sarcopenia corresponde a una pérdida progresiva de la masa muscular concomitante a la disminución de su rendimiento. La resistencia a la insulina y el estrés oxidativo son componentes fisiopatológicos de la sarcopenia, que estaría relacionada con componentes característicos de la diabetes, como alteraciones vasculares, inflamación crónica e infiltración lipídica en los músculos. Además, la sarcopenia en personas con DM se asocia con mayor hospitalización, eventos cardiovasculares y mortalidad.

Material y métodos: Datos de pacientes con DM del estudio SeDREno-2. Estudio transversal, observacional, multicéntrico según práctica clínica estándar, realizado en 19 hospitales, durante un período de cinco a siete días, en febrero-marzo 2020. Los pacientes fueron evaluados con cribado de desnutrición (MUST) y con criterios GLIM, SARC-F como cribado de sarcopenia y medida de fuerza con dinamometría, según EWGSOP-2.

Resultados: Pacientes con DM = 422 (96% DM2; varones 70% de DM1 y 64,4% de DM2). DM1 edad fue de $61,0 \pm 19,1$ años, IMC de $29,0 \pm 10,3$ Kg/m². DM2 edad fue $74,8 \pm 11,4$ años, IMC de $28,6 \pm 6$ Kg/m². -DRE según GLIM: Tipo1: moderada 35,3%, severa 23,5%, total 58,8%. En mayores de 70 años 83,3%. Tipo2: moderada 20,2%, severa 20,5%, total 40,7%. En mayores de 70 años 43%. *no diferencia significativa ni entre tipos de DM ni con los pacientes sin DM. Sarcopenia (SARC-F positivo): Tipo 1: 37,5% (> 70 años, 50%); varones 23,7%, mujeres 60%. Tipo 2: 46,7% (> 70 años, 54,7%); varones 37,7%, mujeres 62,4%. *diferencia significativa entre tipo de DM ($p < 0,001$) y con pacientes sin DM ($p < 0,001$). Variantes significativas: DRE ($p 0,029$), edad ($p 0,019$) y valor máximo de dinamometría ($p < 0,001$). Fuerza según EWGSOP-2 (> 70 años, 57,3%). Varones 44,4%, mujeres 49,2%. *diferencia significativa entre tipo de DM ($p < 0,001$) y con pacientes sin DM ($p < 0,001$). Variantes significativas: pantorrilla < 31 cm ($p 0,001$), edad y SARC-F ($p < 0,001$). Los pacientes con DM tuvieron estancias hospitalarias más largas ($p < 0,001$) y más reingresos ($p < 0,005$) que los pacientes sin DM.

Conclusiones: Se deben intensificar las estrategias para la detección precoz y el adecuado tratamiento de DRE y de sarcopenia en paciente hospitalizado con diabetes y mayor de 70 años. La sarcopenia es eminentemente reversible y es posible restaurar la capacidad física mediante la rehabilitación musculoesquelética. Así, el diagnóstico puede resultar en intervenciones que permitan la prevención del deterioro de la masa muscular y de la fuerza y una mejor calidad de vida, así como una mejor gestión de los recursos hospitalarios. En estudios posteriores se evaluará la relevancia del tratamiento farmacológico y del control metabólico en la presencia de sarcopenia.