



## 234 - DETERMINACIÓN ECOGRÁFICA DE LOS PUNTOS DE CORTE DEL GROSOR DEL CUÁDRICEPS PARA DIAGNÓSTICO DE MALNUTRICIÓN Y SARCOPENIA

A. Ros Anadón<sup>1</sup>, M. Lacarta Benítez<sup>1</sup>, C. Moreno Gálvez<sup>1</sup>, L. Olivar Gómez<sup>1</sup>, W.V. González Sacoto<sup>2</sup> y A. Sanz París<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Endocrinología y Nutrición, Hospital Universitario Miguel Servet, Zaragoza. <sup>2</sup>Endocrinología y Nutrición, Hospital de Barbastro, Huesca.

### Resumen

**Introducción:** La malnutrición y la sarcopenia son frecuentes en personas mayores institucionalizadas, con efectos negativos en su calidad de vida y aumento de la morbilidad. La sarcopenia, caracterizada por pérdida de masa, fuerza y función muscular, es un criterio diagnóstico clave según GLIM. La ecografía muscular, herramienta accesible y económica, permite estimar la masa muscular, aunque su aplicación clínica aún necesita mayor estandarización.

**Objetivos:** Determinar los puntos de corte del grosor del recto femoral (RF) y del conjunto RF + vasto intermedio (RF+VI) mediante ecografía para diagnosticar sarcopenia y malnutrición. Comparar las mediciones realizadas en el punto medio y el tercio distal del fémur, y evaluar las diferencias según el método estadístico utilizado para calcular los puntos de corte.

**Métodos:** Estudio observacional en 236 personas mayores de 65 años de cuatro residencias de Zaragoza. Se recogieron datos mediante SARC-F, MNA, antropometría, bioimpedancia, dinamometría y ecografía muscular. La sarcopenia se diagnosticó según criterios EWGSOP2. Se midió el grosor muscular en el punto medio y tercio distal del fémur. Los puntos de corte se calcularon mediante percentiles (p10) y curvas ROC.

**Resultados:** La baja prevalencia de malnutrición impidió definir puntos de corte para esta condición. El 54,9% presentó sarcopenia. Los puntos de corte para sarcopenia variaron significativamente según sexo, localización anatómica de medición y método de cálculo. En hombres los puntos de corte variaron entre 0,69-1,37 cm para RF y 1,26-2,85 cm en RF+VI; en mujeres: 0,52-1,36 cm para RF y 1,08-2,23 cm en RF+VI.

**Conclusiones:** Las curvas ROC mostraron baja precisión diagnóstica, sugiriendo la necesidad de ampliar el tamaño muestral. La variabilidad observada en los resultados refuerza la necesidad de estandarizar las técnicas de medición y análisis para mejorar la precisión diagnóstica.

Esta comunicación fue presentada en formato póster en el Congreso SENPE 2025.