Endocrinología, Diabetes y Nutrición 72 (2025) 300

Endocrinología, Diabetes y Nutrición

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

A. Ros Anadón[1], M. Lacarta Benítez[1], C. Moreno Gálvez[1], L. Olivar Gómez[1], W.V. González Sacoto[2] y A. Sanz París[1]

[1]Endocrinología y Nutrición, Hospital Universitario Miguel Servet, Zaragoza.[2]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 morbimortalidad. 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.

© 2025 SEEN y SED. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.