



<https://www.revclinesp.es>

341 - DIFERENCIAS NUTRICIONALES ENTRE LOS PACIENTES HOSPITALIZADOS CON Y SIN COVID-19 MEDIANTE LA APLICACIÓN MÓVIL "R-MAPP": ¿INFLUYE LA INFECCIÓN POR SARS-CoV-2 EN EL ABORDAJE NUTRICIONAL?

L. de Jorge Huerta, J. Alonso Carrillo, J. Tejada Montes, A. Alonso Crespo, A. Terrón Muñiz e I. Aldao Argüelles

Hospital Universitario 12 de Octubre. Madrid.

Resumen

Objetivos: En los países desarrollados la principal causa de desnutrición es la enfermedad (DRE) siendo una entidad frecuente durante la hospitalización que se acentúa por estados inflamatorios como la infección por SARS-CoV-2 (COVID-19). El objetivo de este estudio es valorar las diferencias a nivel nutricional entre dos poblaciones (COVID y no-COVID) en pacientes hospitalizados en Medicina Interna.

Métodos: Estudio descriptivo transversal realizado en un hospital terciario. Se seleccionó de forma aleatoria una cohorte de pacientes hospitalizados en Medicina Interna entre el 1 y el 31 de mayo 2021. Se realizó una valoración nutricional y funcional mediante la aplicación para móviles "R-MAPP", con la que se recogieron variables epidemiológicas y antropométricas y con la que se realizó el test MUST para valoración nutricional (alto riesgo desnutrición > 2 puntos y/o salida de UCI) y el test SARC-F para valoración de sarcopenia (riesgo sarcopenia > 4 puntos). Se recogió si se había realizado una valoración nutricional por el médico responsable incluyendo suplementación nutricional al momento del estudio.

Resultados: Se seleccionaron un total de 250 pacientes ingresados en Medicina Interna y se compararon a nivel nutricional aquellos con infección activa por SARS-CoV-2 (grupo COVID-19; N = 64) con los que no tuvieran esta infección en el momento del estudio (grupo no-COVID-19; N = 184). Sus principales características se recogen en la tabla. A nivel nutricional, la media de peso e IMC en el momento de la valoración nutricional fue mayor en los pacientes con infección por SARS-CoV-2 (peso 69,72 vs. 78,62 kg, p = 0,23; IMC 27,06 vs. 28,75 kg/m²; p = 0,92). Sin embargo, hubo mayor nº de pacientes con pérdida involuntaria de peso en el grupo-COVID-19, tanto mayores del 5% (28,1% vs. 28,0%) como del 10% (15,6% vs. 14%). Los pacientes con infección por SARS-CoV-2 presentaban mayor riesgo de desnutrición al momento de la valoración (29,7% vs. 25,3% p = 0,493) (test MUST ? 2 puntos y/o salida de UCI). Sin embargo, la valoración nutricional por los médicos tratantes fue poco frecuente, aunque más habitual que en los no-COVID (20,3% vs. 15,6%; p = 0,39) y con mayor grado de cumplimiento de suplementación cuando estaba indicada(42,1% vs. 27,7%; p = 0,25). Se dispuso del peso del paciente previo al estudio solo en el 47,9% de los no-COVID-19 y en el 20,3% de los COVID-19 (p 0,001).

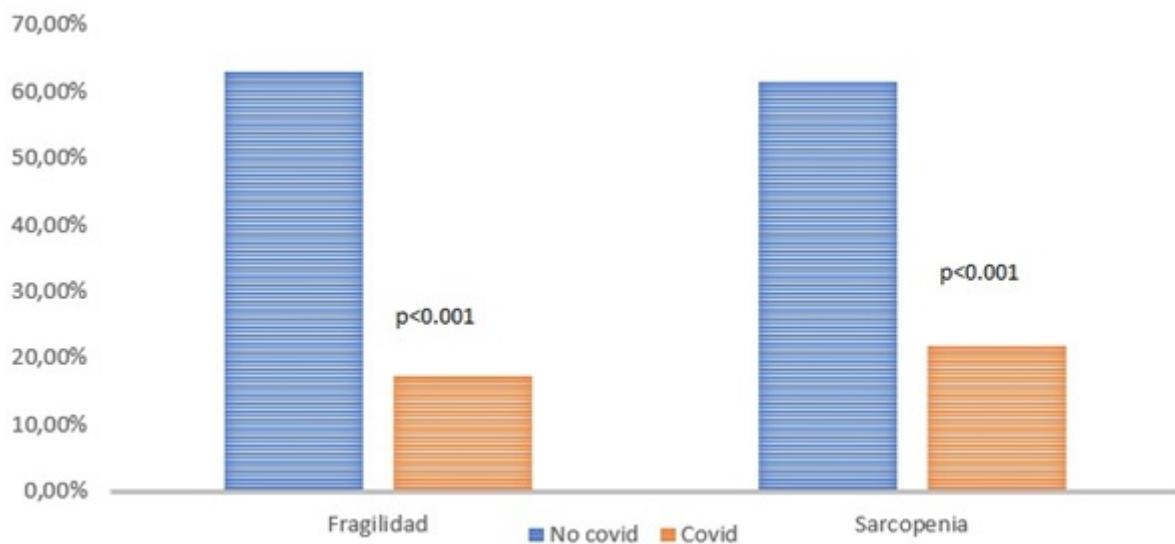
Variable

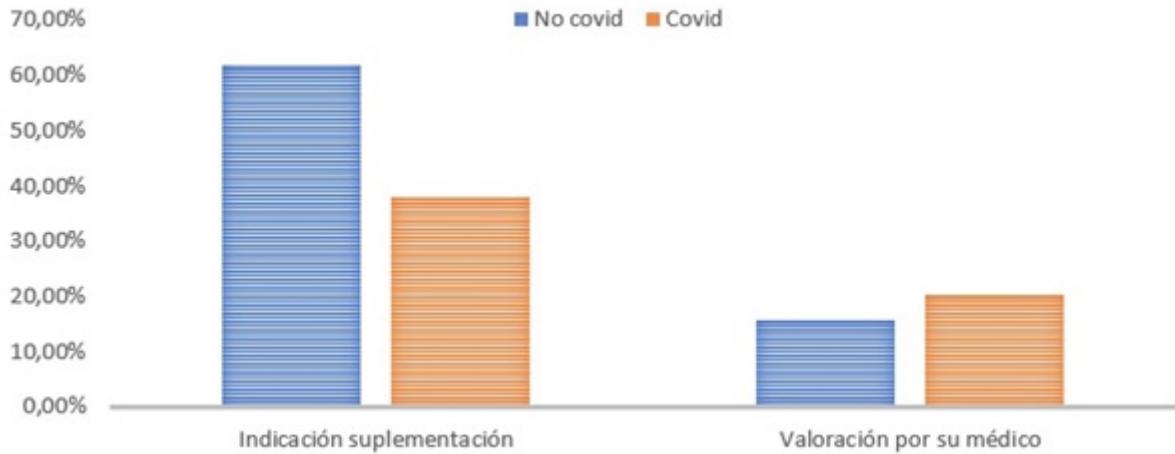
| | Grupo no-COVID (N = 186) | Grupo COVID (N = 64) | p |
|--|-----------------------------|-------------------------|---|
|--|-----------------------------|-------------------------|---|

Variables epidemiológicas

| | | | |
|---|---------------|---------------|-------|
| Sexo (varón) | 99 (53,2%) | 34 (53,1%) | 0,989 |
| Edad (años) (media ± DE) | 78,73 ± 14,06 | 59,02 ± 16,36 | 0,077 |
| Fragilidad (%) | 117 (62,9%) | 11 (17,2%) | 0,001 |
| Sarcopenia (SARCF> 4) (%) | 114 (61,3%) | 14 (21,9%) | 0,001 |
| Diabetes (%) | 47 (25,3%) | 13 (20,3%) | 0,417 |
| Enfermedad oncológica (%) | 32 (17,2%) | 4 (6,3%) | 0,021 |
| ERC (%) | 30 (16,1%) | 3 (4,7%) | 0,020 |
| EPOC (%) | 30 (16,1%) | 5 (7,8%) | 0,081 |
| EII/Sd. malabsortivo (%) | 2 (1,1%) | 1 (1,6%) | 0,764 |
| Heridas crónicas (UPP) (%) | 7 (3,8%) | 1 (1,6%) | 0,354 |
| Post-UCI (%) | 0 (0%) | 14 (21,9%) | 0,001 |
| Valoración nutricional | | | |
| Peso (kg) (media ± DE) | 69,72 ± 16,14 | 78,62 ± 17,29 | 0,228 |
| IMC (kg/m ²) (media ± DE) | 27,06 ± 5,87 | 28,75 ± 5,97 | 0,920 |
| Pacientes con pérdida de peso involuntaria reciente (%) | 67 (36,0%) | 24 (37,5%) | 0,832 |
| Pérdida > 5% (%) | 52 (28,0%) | 18 (28,1%) | 0,979 |
| Pérdida > 10% (%) | 26 (14,0%) | 10 (15,6%) | 0,748 |

| | | | |
|--|-------------|-------------|---------|
| % pérdida de peso (media ± DE) | 9,24 ± 5,83 | 8,13 ± 4,18 | 0,190 |
| Riesgo alto de desnutrición (MUST? 2 y/o ingreso en UCI) | 47 (25,3%) | 19 (29,7%) | 0,493 |
| Peso previo disponible en ingreso | 89 (47,9%) | 13 (20,3%) | p 0,001 |
| Valoración médica | 29 (15,6%) | 13 (20,3%) | 0,390 |
| Suplementación realizada respecto a riesgo de desnutrición | 13 (27,7%) | 8 (42,1%) | 0,254 |
| Características de la nutrición | | | |
| Suplementación pautada (previa e indicada) (%) | 20 (10,8%) | 9 (14,1%) | 0,47 |
| Suplementación oral (%) | 14 (70%) | 7 (77,8%) | 0,867 |
| Suplementación enteral por SNG (%) | 2 (10,0%) | 0 (0,0%) | 0,460 |
| Nutrición parenteral (%) | 4 (20,0%) | 2 (22,2%) | 0,617 |





Discusión: La DRE se asocia de forma independiente a mortalidad y reingreso siendo una entidad infradiagnosticada. Es necesario incorporar a la práctica diaria escalas de desnutrición accesibles y sencillas, como las App para móvil, que mejoren el abordaje nutricional hospitalario tanto en el paciente mayor y pluripatológico como en el paciente joven con COVID-19, ya que la presencia de DRE en ambos es elevada.

Conclusiones: Los pacientes con infección por SARS-CoV-2 eran más jóvenes y con menor comorbilidad. Sin embargo, fueron pacientes con mayor riesgo de desnutrición y pérdida de peso aun partiendo de un mejor status nutricional que la población no-COVID. Aunque la valoración nutricional en el grupo-COVID fue más frecuente, sigue siendo insuficiente probablemente influida por la ausencia de percepción de riesgo por parte del médico tratante (población joven, escasa comorbilidad) y de medios específicos para ello (básculas, menor tiempo de visita).