



<https://www.revclinesp.es>

1341 - ROL DE LA SARCOPENIA Y LA RESISTENCIA A LA INSULINA EN LA RELACIÓN ENTRE FRAGILIDAD Y SOLEDAD NO DESEADA

Iman Yazbeck¹, Rosario Salas¹, Rosa Coll¹, Montserrat Cantero¹, Ana Lozano¹ y Nuria Parra^{1,2}

¹Hospital Universitari Sagrat Cor, Barcelona, España. ²RedMaze-Asociación Española Contra la Soledad, Barcelona, España.

Resumen

Objetivos: La soledad no deseada es predictor independiente de fragilidad. Se desconocen los mecanismos de esta asociación. Se cree que una disbiosis de la microbiota intestinal podría estar implicada. La reducción de síntesis de proteínas musculares que se da en disbiosis, menor biodisponibilidad de aminoácidos alimenticios y resistencia a la insulina (RI) se encontrarían en la base de la fisiopatología. Caracterizamos la relación entre fragilidad y soledad no deseada del paciente mayor atendiendo a la distribución de estos efectos.

Métodos: Estudio de casos y controles con pacientes de la Unidad de Fragilidad de un hospital universitario de Barcelona ciudad. Registramos variables demográficas, clínicas y derivadas de una batería de valoración geriátrica integral VGI (índice de Barthel modificado, Escala de Gijón -versión de Barcelona-, índice de Charlson abreviado, cuestionario de Barber, índice de Tilburg, Fototest, Escala de Yesavage). Se determinó calidad de vida mediante EuroQoL-5D y soledad no deseada mediante la escala de soledad de UCLA. Se caracterizó el estado de fragilidad con los criterios de FRAIL, la sarcopenia a través del SARC-F y la RI como índice triglicéridos/colesterol-HDL > 3. Se clasificaron los pacientes en función de los criterios de FRAIL y de la presencia de soledad. Se consideraron casos los pacientes frágiles solos, y controles, los cribados negativos. Se realizó un análisis de estadística descriptiva para todas las variables y estadística inferencial para el estudio de asociaciones según naturaleza y normalidad, fijando p 0,05.

Resultados: De los 70 pacientes de la muestra (51,4% mujer, 37,1% vivía solo, 14,3% vivía en residencia, edad media 81,8 años [DE 7,3], El 61,4% se clasificó como paciente frágil. El 75,7% de los pacientes presentaba soledad. De ellos, 28 (52,8%) reunía criterios de fragilidad. El 40,0% presentaba sarcopenia y el 47,1% RI o DM. Las comorbilidades más frecuentes fueron: cardiopatía isquémica crónica e insuficiencia cardíaca (50%), EPOC (27,1%), DM (25,7%). Se obtuvieron los siguientes valores medios (DE): Índice de Barthel 83,0 (19,0), Índice de Charlson 1,6 (1,4), Fototest 28,9 (5,9), cuestionario de Barber 2,2 (1,8), índice EuroQoL-5D 0,8 (0,1), EVA de calidad de vida 57,3 (22,0), escala de Yesavage 3,8 (2,5), escala de Gijón 6,9 (3,7). El 100% de los pacientes frágiles presentaba sarcopenia, vs. el 20,8% en los pacientes prefrágiles (p 0,001). Igualmente, el 100% de los pacientes frágiles tenía RI o DM, vs. el 30,2% de los pacientes prefrágiles (p 0,001). El 45,3% de los pacientes que se sentían solos presentaba sarcopenia, vs. el 23,5% en los pacientes sin soledad (p = 0,111). El 39,6% de los pacientes con soledad tenía RI o DM, vs. el 70,6% de los pacientes sin soledad (p 0,05).

Conclusiones: Sarcopenia y RI o DM se asocian de manera significativa a fragilidad. Aunque la sarcopenia es más frecuente entre los que se sienten solos, la asociación no es significativa. La RI o DM, en cambio, se asocia significativamente a la ausencia de soledad. La soledad podría ser antesala de fragilidad. Conocer el

patrón de disbiosis ayudaría a caracterizar la secuencia fisiopatológica en la evolución de la fragilidad y postular dianas de intervención corrigiendo la disbiosis.