Reumatol Clin. 2020;16(Espec Cong):210

Reumatología Clínica

http://www.reumatologiaclinica.org

P168 - FRAGILIDAD Y SARCOPENIA EN ENFERMEDADES REUMÁTICAS INFLAMATORIAS

E. Trujillo Martín, A. García, M. Hernández, A. Aznar, H. Sánchez, M. García y M.M. Trujillo

Servicio de Reumatología. Hospital Universitario de Canarias. Servicio de Evaluación y Planificación. Fundación Canaria de Investigación Sanitaria (FUNCANIS) Red de Investigación en Servicios de Salud en Enfermedades Crónicas (REDISSEC). Tenerife.

Resumen

Introducción y objetivos: En una población que envejece se espera que el número de pacientes con artritis reumatoide (AR) y espondiloartritis (SpA) crezca proporcionalmente, que más pacientes tengan comorbilidades y que además tengan con mayor frecuencia los llamados síndromes geriátricos (SG). La sarcopenia se asocia con cambios físicos y metabólicos adversos que contribuyen a la morbilidad y la mortalidad. La sarcopenia es un componente central de la fragilidad física que, en conjunto, tienen un impacto negativo en la capacidad de un individuo para vivir de forma independiente. Aunque se han demostrado las relaciones entre la sarcopenia y diversas enfermedades inflamatorias crónicas, actualmente se desconoce el papel en la enfermedad reumatológica. El objetivo de este estudio fue evaluar la prevalencia de sarcopenia y síndrome de fragilidad en pacientes con artritis reumatoide (AR) y espondiloartritis (SpA).

Métodos: Estudio transversal, observacional y descriptivo en pacientes con AR y SpA (criterios ACR y ASAS) mayores de 50 años. Medimos la sarcopenia y la fragilidad en cada paciente. La sarcopenia se definió según la definición del Grupo de trabajo europeo sobre sarcopenia en personas mayores como el índice de masa muscular esquelética (SMI) ≤ 8,87 kg/m^2 en hombres y ≤ 6,42 kg/m^2 en mujeres. El análisis de la composición corporal se realizó mediante análisis de impedancia bioeléctrica (BIA). El índice de masa muscular esquelética (SMI) se calculó mediante la masa muscular esquelética apendicular (suma de la masa muscular prevista en las 4 extremidades) dividida por la altura al cuadrado. La fragilidad se midió de acuerdo con los 5 criterios propuestos por Fried, utilizando la escala de fragilidad, y se consideró frágil para el paciente que cumplió al menos 3 y prefrágiles para los que cumplieron al menos 2.

Resultados: Se incluyeron 523 pacientes consecutivos con AR y SpA, 79,3%) eran mujeres. La edad media fue de 55,4 años. Los pacientes con espondiloartritis tenían 39,3% de espondilitis anquilosante, 31,6% de artritis psoriásica, 20,1% de espondiloartritis indiferenciada, 9% de espondiloartritis asociada con enfermedad inflamatoria intestinal. El número medio de comorbilidades fue de 1,47, siendo la hipertensión sistémica y la obesidad las más frecuentes (32,6% y 27,1%, respectivamente). Se encontró polifarmacia en el 94,2% y el 63,9% recibió más de cinco drogas simultáneamente. Pacientes con AR: el 21,5% cumplió con los criterios de fragilidad (42% en pacientes ≥ 65 años). Pacientes con SpA: el 18,9% cumplió el criterio de fragilidad (37% en

pacientes ≥ 65 años).

Conclusiones: La prevalencia de fragilidad en este estudio fue alta. La sarcopenia y la fragilidad es significativamente mayor en nuestros pacientes con AR y SpA mayores de 50 años que en la población general de la misma edad y sexo. En la población europea mayor de 50 años, la prevalencia de pre-fragilidad en las mujeres es del 25,8%, y la de fragilidad es del 7,8%, mientras que en la población masculina, la prevalencia de pre-fragilidad es del 14,6%, y de fragilidad 3,1%. La sarcopenia y la fragilidad en nuestra serie son significativamente más frecuentes que en la población general de la misma edad y sexo.

Bibliografía

1. Morley JE, et al. J Nutr Health Aging. 2012;16(7):601-8.
2. Romero-Ortuno R, et al. A frailty instrument for primary care: findings from the Survey of Health, Ageing and Retirement in Europe (SHARE). BMC Geriatr. 2010;10:57.

1699-258X © 2020. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados