

# EPOC y desnutrición: el factor olvidado

Miriam Gabella Martín

Servicio de Medicina Interna. Hospital Universitario Río Hortega. Valladolid.

*El estado nutricional frecuentemente afecta a la respuesta del paciente ante las diversas patologías. Presentamos el caso de un varón EPOC con desnutrición y disfunción musculoesquelética y pérdida de masa muscular secundarias en el que se implementa el tratamiento mediante intervención nutricional.*

Se presenta el caso de un varón de 72 años, exfumador (IPA 50) con antecedentes de hipertensión arterial (HTA) de larga evolución, fibrilación auricular, insuficiencia cardiaca congestiva y EPOC GOLD 2 (última espirometría basal realizada en consulta: VCIN 2,41 (69%); FVC 2,33 (50%); FEV<sub>1</sub> 1,26 (51%), FEV<sub>1</sub>/FCV máx. 52%, con varios ingresos en el último año por descompensación de su enfermedad. Se administró el tratamiento habitual con triple terapia (LAMA+LABA+CI), anticoagulantes de acción directa, betabloqueantes (bisoprolol), antihipertensivo (enalapril) y diurético del asa, administrándose la pauta completa de vacunación para COVID-19 (tres dosis), así como las vacunas para gripe y neumococo.

**«Exfumador (IPA 50) con antecedentes de HTA de larga evolución, fibrilación auricular, insuficiencia cardiaca congestiva y EPOC GOLD 2»**

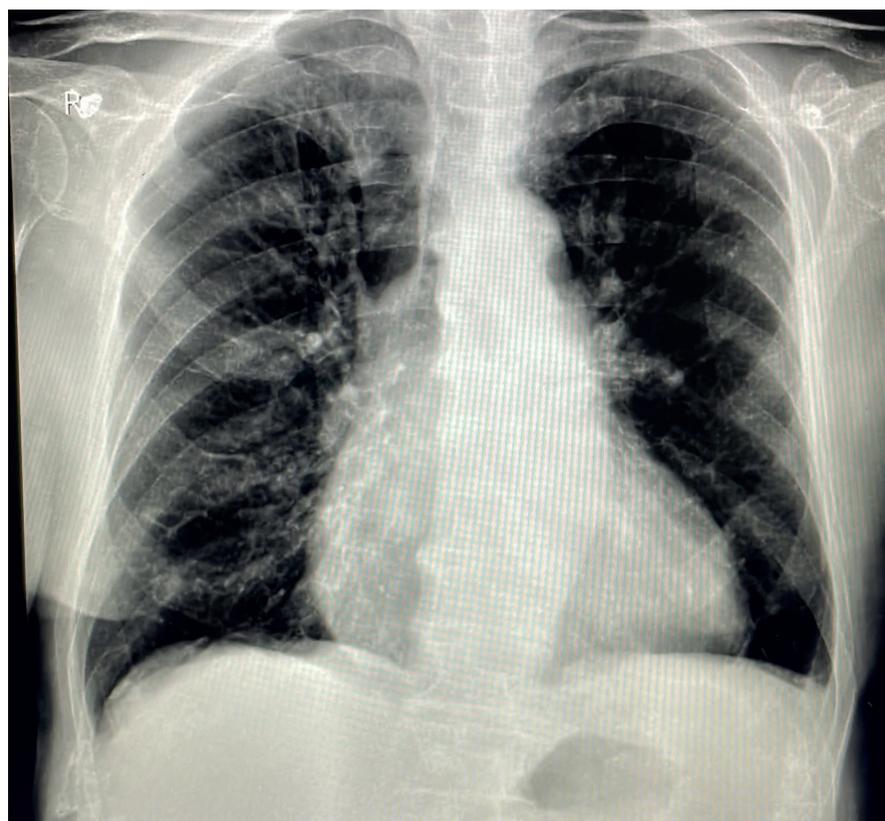
Ingresa en el Servicio de Medicina Interna por un incremento de su disnea habitual

(mMRC 2-3) hasta hacerse de reposo, asociado a tos con expectoración purulenta y astenia intensa con sensación de debilidad en miembros inferiores, sin clínica de insuficiencia cardiaca ni otra sintomatología.

A la exploración física presenta un estado general regular, deshidratación

mucocutánea leve y delgadez extrema, manteniendo una saturación del 92% con gafas nasales a 2 lpm, sin trabajo respiratorio, pero con hipoventilación generalizada en ambos hemitórax. Resto de la exploración anodina. La analítica al ingreso objetiva leucocitosis leve con neutrofilia,

**Figura 1.** Radiografía de tórax donde se aprecia un patrón enfisematoso con índice cardiotorácico aumentado.



anemia normocítica normocrómica con hemoglobina de 10,3 g/dl, sin alteraciones hidroelectrolíticas y función renal conservada. La gasometría arterial constata hipoxemia ( $pO_2$  75 mmHg) y elevación de lactato (2,2 mmol/l). En la radiografía de tórax (**figura 1**) se aprecia un patrón enfisematoso con índice cardiorácico aumentado, sin otras alteraciones pleuroparenquimatosas.

Ante el diagnóstico de EPOC agudizado, se inicia antibioterapia empírica y se optimiza tratamiento con broncodilatador con buena evolución a nivel respiratorio. Para implementar el tratamiento del paciente y dado su estado de delgadez/caquexia, se realizó un perfil nutricional bioquímico

de masa corporal [IMC] 19,7). Asimismo se realizó una Mini Encuesta Nutricional del Anciano *short-form* (MNA-SF), obteniéndose una puntuación de 10 (riesgo de desnutrición) con un gasto energético basal de 1.536 kcal/día (estimación Harris-Benedict). Ante la dificultad manifiesta de realización de otras técnicas de imagen, como la resonancia de evaluación de tejido adiposo o la absorciometría de doble energía, se evalúan el índice muscular de manera manual con un dinamómetro, los pliegues corporales con un plicómetro y el perímetro muscular del brazo y la pantorrilla con una cinta métrica inelástica, con hallazgo de valores inferiores al percentil 50 de la población general.

Ante el aporte nutricional insuficiente con la dieta, se implementa el tratamiento con inicio de rehabilitación respiratoria y con

**«Tras 6 días de ingreso, el paciente recibió el alta hospitalaria con mejoría subjetiva de su sensación de astenia y su debilidad en los miembros inferiores»**

**«Ante el diagnóstico de EPOC agudizado se inicia antibioterapia empírica y se optimiza tratamiento con broncodilatador con buena evolución a nivel respiratorio»**

24

(proteínas totales de 4,77 mg/dl, albúmina 2,1 g/dl, colesterol total 113 mg/dl, triglicéridos 58 mg/dl, calcio 7,48 mg/dl y fosfato 1,75 mg/dl) y se realizó valoración antropométrica (peso 57 kg, altura 170 cm, índice

Estos hallazgos, unidos al bajo peso por IMC, la pérdida progresiva de peso y la dificultad para la movilización condicionada por su disnea habitual, apuntan a un diagnóstico de desnutrición mixta y sarcopenia.

soporte calórico-proteico con suplementos alimenticios en forma de batido para aportar 2 kcal/ml, con un 20% de componente proteico. Tras 6 días de ingreso, el paciente recibió el alta hospitalaria con mejoría subjetiva de su sensación de astenia y su debilidad en los miembros inferiores, logrando el paciente deambular por la habitación y el pasillo de la planta de hospitalización.