



## 5028-5. LA FRAGILIDAD SE ASOCIA A UNA MAYOR MORTALIDAD EN PACIENTES CON INFARTO AGUDO DE MIOCARDIO SOMETIDOS A ANGIOPLASTIA PRIMARIA, INDEPENDIENTEMENTE DE LA EDAD, GRAVEDAD CLÍNICA Y FUNCIÓN VENTRICULAR

Alberto Silva-Obregón<sup>1</sup>, Ramón Arroyo-Espliguero<sup>1</sup>, María C. Viana-Llamas<sup>1</sup>, Alfonso Estrella-Alonso<sup>1</sup>, Sonia Saboya-Sánchez<sup>2</sup>, Giovanna Uribe-Heredia<sup>1</sup> y Carlos Marian-Crespo<sup>1</sup>, del <sup>1</sup>Hospital Universitario de Guadalajara, Guadalajara y <sup>2</sup>Hospital Universitario Puerta de Hierro, Majadahonda (Madrid).

### Resumen

**Introducción y objetivos:** La fragilidad es un síndrome geriátrico de aumento de vulnerabilidad por disminución de las reservas fisiológicas. La sarcopenia, uno de sus componentes fisiopatológicos, se ha asociado al remodelado y disfunción cardíaca, que podría predisponer a una peor evolución tras un evento isquémico agudo. El objetivo este estudio fue analizar el impacto que la fragilidad tuvo en la mortalidad a largo plazo tras una angioplastia primaria (AP) por un SCACEST.

**Métodos:** Estudio transversal retrospectivo de 427 pacientes (63,8 años [55,2-75,4]; 22% mujeres) ingresados en una UVI general tras una AP por un SCACEST, desde noviembre-2013 a febrero-2017. Se realizó un análisis de supervivencia (SPV) al año por el método de Kaplan-Meier (test de *log rank*) y regresión de Cox. Se analizó la fragilidad mediante el *Canadian Study of Health and Aging Clinical Frailty Scale* (CSHA-CFS). Se agruparon como vulnerables a aquellos pacientes prefrágiles (CSHA-CFS = 4) y frágiles (CSHA-CFS ≥ 5).

**Resultados:** Los pacientes vulnerables presentaban mayor edad (p 0,001), mayor co-morbilidad y un GRACE 2,0 más alto (p 0,001). Presentaban niveles de CPK y albúmina más bajos (p = 0,011 y p 0,001, respectivamente) y de BNP más altos (p 0,001), a pesar de no existir diferencias en la FEVI, localización y tamaño del infarto. Precisaron catecolaminas (p = 0,010) con más frecuencia (tabla). La mortalidad al año de seguimiento fue mayor en los pacientes vulnerables (25 frente a 4,1%; p 0,001), habitualmente por *shock* cardiogénico (p 0,001). La SPV acumulada al año de seguimiento fue menor en los pacientes vulnerables (test de *log rank*; p 0,001). Tras la regresión de Cox, los predictores independientes de mortalidad al año de seguimiento fueron la fragilidad (HR 3,37 [1,59-7,15]; p = 0,002), el sexo femenino (HR 2,23 [1,06-4,67]; p = 0,034), el índice GRACE 2,0 (HR 1,03 [1,01-1,04]; p 0,001), la FEVI (HR 0,97 [0,94-0,99]; p = 0,030) y la necesidad de catecolaminas durante el ingreso hospitalario (HR 2,96 [1,08-8,11]; p = 0,034) (figura).



*Análisis de supervivencia discriminado por sexo mediante método de Kaplan-Meier y modelo de regresión de Cox.*

Comparación de características clínicas y bioquímicas entre pacientes pre-/frágiles (CSHA-CFS ? 4) y no-frágiles incluidos en el estudio

|                                  | Pre-/Frágil (CFS ? 4) (n = 60) | No frágil (CFS 4) (n = 367) | p     |
|----------------------------------|--------------------------------|-----------------------------|-------|
| Edad                             | 78 [67,3-84,5]                 | 61,2 [54,2-71,5]            | 0,001 |
| Sexo femenino, n (%)             | 28 (46,7%)                     | 65 (17,7%)                  | 0,001 |
| Mortalidad, n (%)                | 15 (25%)                       | 15 (4,1%)                   | 0,001 |
| <i>Shock</i> cardiogénico, n (%) | 7 (11,7%)                      | 9 (2,5%)                    | 0,001 |
| Hipertensión arterial, n (%)     | 47 (78,3%)                     | 156 (42,5%)                 | 0,001 |
| DM tipo 2, n (%)                 | 31 (51,7%)                     | 79 (21,5%)                  | 0,001 |
| GRACE 2.0                        | 150 [129-170,8]                | 112 [93-136]                | 0,001 |
| Localización (anterior), n (%)   | 26 (43,3%)                     | 168 (45,8%)                 | 0,781 |
| Uso de catecolaminas, n (%)      | 11 (18,3%)                     | 29 (7,9%)                   | 0,010 |
| CPK (UI/l)                       | 921 [286,8-2.072]              | 1.496 [607-2.786]           | 0,011 |
| Troponina I (as) (pg/ml)         | 3.699,5 [38-47.968,1]          | 8.789,8 [65,8-61.969,8]     | 0,537 |
| FEVI (%)                         | 52 [40-60]                     | 55 [45-60]                  | 0,151 |
| BNP (pg/ml)                      | 267,9 [117,3-901,6]            | 104,3 [29,5-268,7]          | 0,001 |
| Albúmina (g/l)                   | 34,9 [32,8-37,4]               | 38,4 [35,7-40,4]            | 0,001 |

Los datos se expresan como número (%) en variables categóricas y como mediana [rango intercuartílico] en variables con distribución no-normal.

**Conclusiones:** La fragilidad se asocia a una mayor mortalidad a largo plazo tras un SCACEST, independientemente de la edad, la gravedad clínica y la FEVI. El análisis de la fragilidad debería ser incluida en la valoración clínica global del paciente con un SCACEST, por su valor pronóstico y por las intervenciones terapéuticas disponibles para tratar sus componentes fisiopatológicos.