



6010-188. DISCAPACIDAD Y FRAGILIDAD COMBINADAS EN UNA ESCALA INTEGRADA PARA LA EVALUACIÓN PRONÓSTICA DESPUÉS DE UN SÍNDROME CORONARIO AGUDO

Mauricio José Pellicer Bañuls¹, María Romero Parra¹, Clara Sastre Arbona¹, Blanca Alabadi Pardiñes¹, Paolo Racugno¹, Ana Payá Chaume¹, Arantzazu Ruescas Nicolau², Clara Bonanad Lozano¹, Julio Núñez Villota¹, Albert Ariza-Solé³, Vicente Ruiz Ros² y Juan Sanchis Forés¹, del ¹INCLIVA, Servicio de Cardiología, Hospital Clínico Universitario de Valencia, Valencia, ²Universidad de Valencia, Valencia y ³Hospital Universitari de Bellvitge, Barcelona.

Resumen

Introducción y objetivos: En pacientes, ancianos el índice de Barthel (IB) se utiliza para medir el grado de discapacidad, y la fragilidad determina el nivel de vulnerabilidad que, según algunos autores, podría ser un estadio previo a la discapacidad. Un índice que integre discapacidad y fragilidad podría mejorar la estratificación de riesgo tras un SCA.

Métodos: Estudio prospectivo de 342 pacientes ≥ 70 años con SCA. Se realizó una evaluación geriátrica prealta de fragilidad (escalas de Fried, Green), discapacidad (IB) y comorbilidad (Charlson), y se recogieron variables clínicas, ECG, analíticas y ecográficas. El objetivo primario fue mortalidad por todas las causas, con mediana de seguimiento 4,7 años. Se ajustaron los análisis predictivos del IB y fragilidad a un modelo clínico construido con las variables que se asociaron de forma independiente con mortalidad (edad, Killip ≥ 2 , FEVI, hemoglobina e índice de Charlson).

Resultados: De 342 pacientes con SCA (77 ± 7 años, 21% SCACEST) fallecieron 156 tras el alta. 63 (18%) presentaron discapacidad moderada (IB ≥ 90). El IB no se asoció significativamente con mortalidad tras ajustar por el modelo clínico. Sin embargo la fragilidad resultó predictiva, siendo la escala de Green la de mayor valor predictivo: puntuación Green ≥ 5 puntos, HR = 1,91, IC95% 1,28-2,89, $p = 0,002$. Todos los pacientes con discapacidad fueron frágiles pero solo un 36% no discapacitados fueron frágiles. Se elaboró una nueva escala, integrando discapacidad y fragilidad: discapacitados (IB ≥ 90 , $n = 63$), frágiles sin discapacidad (Green ≥ 5 e IB > 90 , $n = 100$) y robustos (Green ≤ 4 e IB > 90 , $n = 179$). La tasa de mortalidad disminuyó progresivamente de discapacitados a frágiles no discapacitados y hasta la categoría de robustos: 81%, 56% y 27% (*log rank test* $p = 0,0001$). Además, el riesgo de mortalidad disminuyó progresivamente ajustando por el modelo clínico (comparado con el subgrupo discapacitado: frágiles no discapacitados HR = 0,70, IC95% 0,47-1,05 $p = 0,08$; robustos HR = 0,41, IC95%: 0,25-0,66 $p = 0,0001$). La escala integrada fragilidad/discapacidad también mostró eficacia utilizando la escala de Fried con las categorías de robusto, prefrágil, frágil y discapacitado.

Conclusiones: Discapacidad y fragilidad valoradas conjuntamente con una sencilla escala permiten optimizar la clasificación de pacientes según la vulnerabilidad relacionada con la edad y proporcionar una estratificación del pronóstico tras un SCA.