



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

Mauricio José Pellicer Bañuls<sup>1</sup>, María Romero Parra<sup>1</sup>, Clara Sastre Arbona<sup>1</sup>, Blanca Alabadi Pardiñes<sup>1</sup>, Paolo Racugno<sup>1</sup>, Ana Payá Chaume<sup>1</sup>, Arantzazu Ruescas Nicolau<sup>2</sup>, Clara Bonanad Lozano<sup>1</sup>, Julio Núñez Villota<sup>1</sup>, Albert Ariza-Solé<sup>3</sup>, Vicente Ruiz Ros<sup>2</sup> y Juan Sanchis Forés<sup>1</sup>, del <sup>1</sup>INCLIVA, Servicio de Cardiología, Hospital Clínico Universitario de Valencia, Valencia, <sup>2</sup>Universidad de Valencia, Valencia y <sup>3</sup>Hospital 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  $\geq$  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  $\geq$  2, FEVI, hemoglobina e índice de Charlson).

**Resultados:** De 342 pacientes con SCA ( $77 \pm 7$  años, 21% SCACEST) fallecieron 156 tras el alta. 63 (18%) presentaron discapacidad moderada (IB  $\leq$  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  $\leq$  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  $\leq$  90,  $n = 63$ ), frágiles sin discapacidad (Green  $\leq$  5 e IB  $>$  90,  $n = 100$ ) y robustos (Green  $\geq$  5 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.