



6011-132. IMPACTO PRONÓSTICO INDEPENDIENTE DE LA FRAGILIDAD BIOLÓGICA EN PACIENTES CON INFARTO AGUDO DE MIOCARDIO SOMETIDOS A ANGIOPLASTIA PRIMARIA. ANÁLISIS DE LA MORTALIDAD TOTAL AL AÑO DE SEGUIMIENTO

Alberto Silva Obregón¹, María C. Viana Llamas², Ramón Arroyo Espliguero², Alfonso Estrella Alonso¹, Carlos Marian Crespo¹, Sonia Saboya Sánchez³, Alicia Castillo Sandoval², Claudio Torán Martínez², Noemí Arriero Fernández¹, Ziortza Eguileor Marín¹, Belén García Magallón² y Nancy Giovanna Uribe Heredia², de la ¹Unidad de Cuidados Intensivos, Hospital Universitario de Guadalajara, Guadalajara, ²Servicio de Cardiología, Hospital Universitario de Guadalajara, Guadalajara y ³Unidad de Cuidados Intensivos, Hospital Universitario Puerta de Hierro, Majadahonda (Madrid).

Resumen

Introducción y objetivos: La fragilidad es un síndrome clínico caracterizado por una disminución de las reservas fisiológicas que confiere mayor vulnerabilidad ante situaciones estresantes, como la insuficiencia cardíaca y los eventos cardíacos agudos. Nuestro objetivo fue analizar el impacto de la fragilidad biológica en la mortalidad total al año de seguimiento tras una angioplastia primaria (AP) por un síndrome coronario agudo con elevación del segmento ST (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. La fragilidad se analizó con el *Clinical Frailty Scale* (CFS). Los pacientes fueron clasificados en sólidos (CFS 1-3), vulnerables (CFS = 4) y frágiles (CFS ? 5). La supervivencia (SPV) al año de seguimiento se analizó mediante el método de Kaplan-Meier (test de *log rank*) y regresión de Cox.

Resultados: Los pacientes vulnerables (CFS = 4) y frágiles (CFS ? 5) presentaban mayor edad, mayor comorbilidad y un GRACE 2,0 más alto. Presentaban niveles de CPK y albúmina más bajos y de BNP más altos, sin diferencias significativas en la FEVI, localización y tamaño del infarto (por troponina I ultrasensible; $p = 0,818$). Precisaron más catecolaminas y ventilación mecánica durante el ingreso (tabla). La mortalidad al año fue mayor en los pacientes vulnerables y frágiles, habitualmente por *shock* cardiogénico (tabla). La SPV acumulada al año de seguimiento fue menor en pacientes vulnerables y frágiles (test de *log rank*; $p = 0,001$). La fragilidad se asoció significativamente a una mayor mortalidad al año de seguimiento (vulnerables frente a sólidos, $p = 0,022$ y frágiles frente a sólidos, $p = 0,022$) (figura), independientemente del sexo femenino ($p = 0,007$), el índice GRACE 2,0 ($p = 0,001$), la FEVI ($p = 0,042$) y la necesidad de ventilación mecánica ($p = 0,005$).

Características basales, clínicas y analíticas de los 427 pacientes con SCACEST incluidos en el estudio en función del grado de fragilidad (CFS)

	Sólidos (CFS 1-3) (n = 367)	Vulnerables (CFS = 4) (n = 45)	Frágiles (CFS ? 5) (n = 15)	p
Edad	60,9 [53,5-71,3]	73,8 [65,1-82,4]	83,6 [70,7-85,6]	0,001
Sexo femenino, n (%)	65 (17,7)	19 (42,2)	9 (60)	0,001
Mortalidad, n (%)	15 (4,1)	11 (24,4)	4 (26,7)	0,001
<i>Shock</i> cardiogénico, n (%)	9 (2,5)	5 (11,1)	2 (13,3)	0,002
Hipertensión, n (%)	156 (42,25)	35 (77,8)	12 (80)	0,001
DM tipo 2, n (%)	79 (21,5)	23 (51,1)	8 (53,3)	0,001
ERC (? G4), n (%)	19 (5,2)	13 (28,9)	2 (13,3)	0,001
Oncohematológico, n (%)	6 (1,6)	4 (8,9)	1 (6,7)	0,009
Anticoagulación, n (%)	14 (3,8)	8 (17,8)	0 (0)	0,001
GRACE 2,0	113 [93-139,5]	147,5 [120-172,8]	160 [137-172,8]	0,001
Localización anterior, n (%)	168 (45,8)	17 (37,8)	9 (60)	0,306
Uso de catecolaminas, n (%)	29 (7,9)	9 (20)	2 (13,3)	0,027
Ventilación mecánica, n (%)	18 (4,9)	8 (17,8)	0 (0)	0,002
Creatina-cinasa (UI/l)	1722 [661,5-3139]	843 [240,3-1855]	1352 [494,5-2240]	0,001
FEVI (%)	55 [45-60]	52,5 [34,8-60]	49,5 [38-60]	0,269
BNP (pg/ml)	104,3 [29,5-268,7]	413,9 [109,6-969,3]	228,2 [117,1-513,3]	0,001
Albúmina (g/l)	38,4 [35,7-40,4]	35 [32-37,4]	34,3 [33,6-37,3]	0,001

BNP: péptido natriurético tipo-B; CFS: *Clinical Frailty Scale*; DM: diabetes mellitus; ERC: enfermedad renal crónica; FEVI: fracción de eyección ventricular izquierda.



Análisis de supervivencia con Kaplan-Meier y regresión de Cox en los 427 pacientes con SCACEST incluidos en el estudio en función del grado de fragilidad (CFS).

Conclusiones: La fragilidad biológica se asocia a una mayor mortalidad total al año de seguimiento tras un SCACEST, independientemente de la edad, el sexo femenino y la gravedad clínica, valorada por el índice GRACE 2.0. El impacto pronóstico independiente de la fragilidad en la mortalidad sugiere la necesidad de incluir su análisis en la valoración clínica global del paciente con un SCACEST.