



5028-8. EL ÍNDICE DE RIESGO NUTRICIONAL ES UN FACTOR DE RIESGO DE MORTALIDAD TRAS UN INFARTO AGUDO DE MIOCARDIO, INDEPENDIENTEMENTE DE LA EDAD, FRAGILIDAD BIOLÓGICA Y GRAVEDAD CLÍNICA

Ramón Arroyo Espliguero¹, Alberto Silva Obregón², María C. Viana Llamas¹, Alfonso Estrella Alonso², Sonia Saboya Sánchez³, Nancy Giovanna Uribe Heredia¹, Belén García Magallón¹, Carlos Marian Crespo², Claudio Torán Martínez¹, Alicia Castillo Sandoval¹, Noemí Arriero Fernández² y Ziortza Eguileor Marín², del ¹Servicio de Cardiología, Hospital Universitario de Guadalajara, Guadalajara, ²Unidad de Cuidados Intensivos, Hospital Universitario de Guadalajara, Guadalajara y ³Unidad de Cuidados Intensivos, Hospital Universitario Puerta de Hierro, Majadahonda (Madrid).

Resumen

Introducción y objetivos: La malnutrición es frecuente en pacientes con enfermedad cardiovascular, especialmente en pacientes hospitalizados y de edad avanzada, asociando mayor morbilidad y mortalidad. Nuestro objetivo fue analizar el impacto del estado nutricional, evaluado mediante el índice de riesgo nutricional (IRN), en la mortalidad total al año de seguimiento tras una angioplastia primaria (AP) por un SCACEST.

Métodos: Estudio transversal retrospectivo de 321 pacientes (64,4 años [54,3-75,2]; 22,4% mujeres) ingresados en una UVI general tras una AP por un SCACEST, desde noviembre-2013 a febrero-2017. El IRN se calculó como $1,519 \times \text{albúmina (g/l)} + 41,7 \times (\text{peso real [kg]} / \text{peso ideal [kg]})$. Se analizó la fragilidad mediante la *Clinical Frailty Scale* (CFS). Los pacientes fueron divididos en sólidos (CFS 1-3) y vulnerables (CFS ≥ 4). Se realizó un análisis de supervivencia (SPV) al año de seguimiento por el método de Kaplan-Meier (test de *log rank*) y regresión de Cox.

Resultados: Las prevalencias de riesgo nutricional grave ($\text{IRN} < 83,5$), moderado ($83,5 < \text{IRN} < 97,5$), leve ($97,5 < \text{IRN} < 100$) y sin riesgo nutricional ($\text{IRN} \geq 100$) al ingreso fueron 2,8, 36,7, 15,7 y 44,8%. Las tasas de mortalidad al año en los 4 grupos fueron del 44,4, 14,5, 8 y 2,1% ($p < 0,001$), respectivamente, habitualmente por *shock* cardiogénico ($p < 0,001$). Los pacientes con un riesgo nutricional moderado-alto ($\text{IRN} < 97,5$) eran mayores, más frecuentemente mujeres, presentaban mayor fragilidad, peor GRACE 2,0 al ingreso, mayor necesidad de catecolaminas y de ventilación mecánica durante su ingreso en UCI (tabla). La SPV acumulada al año fue menor en pacientes con riesgo nutricional moderado-alto (test de *log rank*; $p < 0,001$) y se asoció significativamente a una mayor mortalidad al año de seguimiento (HR 3,10; IC95%, 1,21-7,90; $p = 0,018$), independientemente de la edad ($p = 0,121$), el sexo femenino ($p = 0,001$), la fragilidad (CFS ≥ 4) ($p < 0,001$), el índice GRACE 2,0 ($p = 0,150$), la FEVI ($p = 0,005$) y la necesidad de ventilación mecánica ($p = 0,003$).

Características basales, clínicas y analíticas de los 321 pacientes con SCACEST incluidos en el estudio en función del índice de riesgo nutricional (IRN)

	Riesgo bajo o ausente (IRN $\geq$ 97,5) (n = 193)	Riesgo moderado-alto (IRN < 97,5) (n = 126)	P
Edad	60,1 [52,5-67,8]	71,2 [59,9-80,7]	< 0,001
Sexo femenino, n (%)	31 (16,1)	39 (31)	0,002
CFS ($\geq$ 4)	14 (7,3)	30 (23,8)	< 0,001
Mortalidad, n (%)	7 (3,6)	21 (16,7)	< 0,001
<i>Shock</i> cardiogénico, n (%)	4 (2,1)	11 (8,7)	0,006
Hipertensión, n (%)	78 (40,4)	75 (59,5)	< 0,001
DM tipo 2, n (%)	34 (17,6)	46 (36,5)	< 0,001
ERC ($\geq$ G4), n (%)	10 (5,2)	16 (12,7)	0,016
GRACE 2,0	106 [92-132]	136,5 [115,5-171,5]	< 0,001
Localización anterior, n (%)	95 (49,2)	52 (41,3)	0,164
Uso de catecolaminas, n (%)	14 (7,3)	24 (19)	0,001
Ventilación mecánica, n (%)	8 (4,1)	17 (13,5)	0,002
Creatina-cinasa (UI/l)	1.904 [872-3.675]	1.170,5 [372,2-2.204,3]	< 0,001
FEVI (%)	55 [45-60]	53 [43-60]	0,216
BNP (pg/ml)	85,3 [25,4-201,4]	220,9 [97,7-594,9]	< 0,001
Albúmina (g/l)	39,4 [38,4-41,6]	34,3 [32,9-35,7]	< 0,001

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



Análisis de supervivencia con Kaplan-Meier y regresión de Cox en los 321 pacientes con SCACEST incluidos en el estudio en función del índice de riesgo nutricional (IRN).

Conclusiones: El riesgo nutricional moderado-alto se asoció a un aumento de la mortalidad al año de seguimiento tras una AP, independientemente de la edad, el sexo femenino, la fragilidad y la gravedad clínica. El impacto pronóstico independiente del riesgo nutricional en la mortalidad sugiere la necesidad de incluir su determinación en la valoración clínica global del paciente con un SCACEST.