



## 6036-476. CARACTERIZACIÓN DE PACIENTES MAYORES DE 75 AÑOS CON SÍNDROME CORONARIO AGUDO SEGÚN LA FRAGILIDAD: UN ANÁLISIS PROSPECTIVO Y MULTICÉNTRICO DE 203 PACIENTES

Gonzalo Luis Alonso Salinas<sup>1</sup>, Marina Pascual Izco<sup>1</sup>, Marcelo Sanmartín Fernández<sup>2</sup>, Roberto Martín Asenjo<sup>2</sup>, Luis Salvador Ramos<sup>2</sup>, Domingo Marzal Martín<sup>2</sup>, Alejandro Recio Mayoral<sup>2</sup> y José Luis Zamorano Gómez<sup>1</sup> del <sup>1</sup>Hospital Universitario Ramón y Cajal, Madrid y <sup>2</sup>Grupo FRAILTY/Hospital Ramón y Cajal y 12 de Octubre, Madrid, Hospital Virgen Macarena, Sevilla y Hospital de Mérida (Badajoz).

### Resumen

**Introducción y objetivos:** En estudios previos, la edad ha mostrado ser un predictor independiente de riesgo para síndrome coronario agudo. La fragilidad ha demostrado igualmente ser un factor pronóstico en la población anciana general, así como en diversas patologías cardiovasculares. No se ha estudiado el impacto de la fragilidad en el síndrome coronario agudo (SCA) ni sus implicaciones pronósticas. Con este estudio pretendemos describir a la población anciana con SCA y definir las características de los pacientes según su fragilidad.

**Métodos:** Se analizaron 203 pacientes consecutivos mayores de 75 años ingresados por infarto tipo 1 entre octubre/2013 y abril/2015 en cuatro hospitales de tercer nivel. Se excluyeron pacientes en *shock* cardiogénico o con deterioro cognitivo grave. La fragilidad fue evaluada por medio del cuestionario SHARE-FI.

**Resultados:** Se incluyeron 202 pacientes, divididos en frágiles (n = 75) o no según su puntuación en la escala SHARE-FI (tabla). No había diferencias significativas en la edad media, mientras que el sexo femenino y la diabetes fueron más prevalentes en el grupo Frágil. La historia previa de caídas durante el año anterior era mucho más frecuente entre los frágiles, así como el grado más elevado de dependencia y comorbilidades. Durante el ingreso los pacientes frágiles presentaron mayor disfunción renal, y mayor elevación de la PCR y fueron tratados más frecuentemente según estrategia conservadora. No se observó diferencias significativas en los días de estancia hospitalaria (tabla).

|              | Frágiles (n = 75) | No frágiles (n = 127) | p    |
|--------------|-------------------|-----------------------|------|
| Edad (años)  | 82,7              | 81,1                  | 0,07 |
| Mujeres (%)  | 46,8              | 29,4                  | 0,05 |
| Diabetes (%) | 54,7              | 37,8                  | 0,02 |

|                                           |       |       |      |
|-------------------------------------------|-------|-------|------|
| Hipertensión (%)                          | 88    | 84,3  | 0,46 |
| Dislipemia (%)                            | 53,3  | 47,2  | 0,40 |
| Caídas 1 año (%)                          | 59,5  | 18,1  | 0,01 |
| Dependencia (%)                           | 54,7  | 3,9   | 0,01 |
| Índice de Charlson                        | 8,39  | 6,44  | 0,01 |
| IAM previo (%)                            | 37,3  | 19,7  | 0,01 |
| Angioplastia previa (%)                   | 24    | 7,9   | 0,01 |
| Cateterismo durante el ingreso (%)        | 66,7  | 91,3  | 0,01 |
| Angioplastia durante el ingreso (%)       | 48,6  | 73,2  | 0,01 |
| Revascularización completa al ingreso (%) | 28,4  | 45,6  | 0,02 |
| TnI máxima (ng/ml)                        | 26,31 | 47,05 | 0,12 |
| Creatinina máxima (mg/dl)                 | 1,536 | 1,130 | 0,01 |
| Proteína C Reactiva al ingreso (pg/dl)    | 56,97 | 26,18 | 0,01 |
| Días de estancia (media)                  | 6,93  | 10    | 0,18 |

**Conclusiones:** Más de un tercio de la población anciana con infarto de miocardio tipo 1 reúne criterios de fragilidad (36%). Este subgrupo presenta un perfil clínico de mayor riesgo, aunque reciben con mayor frecuencia una estrategia conservadora durante el ingreso.