



5028-5. LA FRAGILIDAD SE ASOCIA A UNA MAYOR MORTALIDAD EN PACIENTES CON INFARTO AGUDO DE MIOCARDIO SOMETIDOS A ANGIOPLASTIA PRIMARIA, INDEPENDIENTEMENTE DE LA EDAD, GRAVEDAD CLÍNICA Y FUNCIÓN VENTRICULAR

Alberto Silva-Obregón¹, Ramón Arroyo-Espliguero¹, María C. Viana-Llamas¹, Alfonso Estrella-Alonso¹, Sonia Saboya-Sánchez², Giovanna Uribe-Heredia¹ y Carlos Marian-Crespo¹, del ¹Hospital Universitario de Guadalajara, Guadalajara y ²Hospital Universitario Puerta de Hierro, Majadahonda (Madrid).

Resumen

Introducción y objetivos: La fragilidad es un síndrome geriátrico de aumento de vulnerabilidad por disminución de las reservas fisiológicas. La sarcopenia, uno de sus componentes fisiopatológicos, se ha asociado al remodelado y disfunción cardíaca, que podría predisponer a una peor evolución tras un evento isquémico agudo. El objetivo este estudio fue analizar el impacto que la fragilidad tuvo en la mortalidad a largo plazo tras una angioplastia primaria (AP) por un 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. Se realizó un análisis de supervivencia (SPV) al año por el método de Kaplan-Meier (test de *log rank*) y regresión de Cox. Se analizó la fragilidad mediante el *Canadian Study of Health and Aging Clinical Frailty Scale* (CSHA-CFS). Se agruparon como vulnerables a aquellos pacientes prefrágiles (CSHA-CFS = 4) y frágiles (CSHA-CFS ≥ 5).

Resultados: Los pacientes vulnerables presentaban mayor edad ($p < 0,001$), mayor co-morbilidad y un GRACE 2,0 más alto ($p < 0,001$). Presentaban niveles de CPK y albúmina más bajos ($p = 0,011$ y $p < 0,001$, respectivamente) y de BNP más altos ($p < 0,001$), a pesar de no existir diferencias en la FEVI, localización y tamaño del infarto. Precisaron catecolaminas ($p = 0,010$) con más frecuencia (tabla). La mortalidad al año de seguimiento fue mayor en los pacientes vulnerables (25 frente a 4,1%; $p < 0,001$), habitualmente por *shock* cardiogénico ($p < 0,001$). La SPV acumulada al año de seguimiento fue menor en los pacientes vulnerables (test de *log rank*; $p < 0,001$). Tras la regresión de Cox, los predictores independientes de mortalidad al año de seguimiento fueron la fragilidad (HR 3,37 [1,59-7,15]; $p = 0,002$), el sexo femenino (HR 2,23 [1,06-4,67]; $p = 0,034$), el índice GRACE 2,0 (HR 1,03 [1,01-1,04]; $p < 0,001$), la FEVI (HR 0,97 [0,94-0,99]; $p = 0,030$) y la necesidad de catecolaminas durante el ingreso hospitalario (HR 2,96 [1,08-8,11]; $p = 0,034$) (figura).



Análisis de supervivencia discriminado por sexo mediante método de Kaplan-Meier y modelo de regresión de Cox.

Comparación de características clínicas y bioquímicas entre pacientes pre-/frágiles (CSHA-CFS ? 4) y no-frágiles incluidos en el estudio

	Pre-/Frágil (CFS ? 4) (n = 60)	No frágil (CFS 4) (n = 367)	p
Edad	78 [67,3-84,5]	61,2 [54,2-71,5]	0,001
Sexo femenino, n (%)	28 (46,7%)	65 (17,7%)	0,001
Mortalidad, n (%)	15 (25%)	15 (4,1%)	0,001
<i>Shock</i> cardiogénico, n (%)	7 (11,7%)	9 (2,5%)	0,001
Hipertensión arterial, n (%)	47 (78,3%)	156 (42,5%)	0,001
DM tipo 2, n (%)	31 (51,7%)	79 (21,5%)	0,001
GRACE 2.0	150 [129-170,8]	112 [93-136]	0,001
Localización (anterior), n (%)	26 (43,3%)	168 (45,8%)	0,781
Uso de catecolaminas, n (%)	11 (18,3%)	29 (7,9%)	0,010
CPK (UI/l)	921 [286,8-2.072]	1.496 [607-2.786]	0,011
Troponina I (as) (pg/ml)	3.699,5 [38-47.968,1]	8.789,8 [65,8-61.969,8]	0,537
FEVI (%)	52 [40-60]	55 [45-60]	0,151
BNP (pg/ml)	267,9 [117,3-901,6]	104,3 [29,5-268,7]	0,001
Albúmina (g/l)	34,9 [32,8-37,4]	38,4 [35,7-40,4]	0,001

Los datos se expresan como número (%) en variables categóricas y como mediana [rango intercuartílico] en variables con distribución no-normal.

Conclusiones: La fragilidad se asocia a una mayor mortalidad a largo plazo tras un SCACEST, independientemente de la edad, la gravedad clínica y la FEVI. El análisis de la fragilidad debería ser incluida en la valoración clínica global del paciente con un SCACEST, por su valor pronóstico y por las intervenciones terapéuticas disponibles para tratar sus componentes fisiopatológicos.