

Una visión integral del paciente mayor con infarto: impacto pronóstico de la valoración geriátrica, funcional y antropométrica

Álvaro Díaz Gómez(1), Guillermo Servando Carrillo(1), Álvaro Margalejo Franco(1), Beatriz García Díaz(1), Enrique Pablo Palomero Camacho(1), Paúl Andrés Castanier Mendez(1), Jon Sainz Portero(1), Miguel Malo Pueyo(1), Nuria Antón Fidalgo(2), Nelia Mediavilla de Pedro(3), Selene Baos Muñiz(3), Anel Recarey Rodríguez(3), Ruth Sáez de la Maleta Úbeda(4), Miriam Martínez Castro(3) y José Ángel Pérez Rivera(1) de (1)Servicio de Cardiología. Hospital Universitario de Burgos, Burgos - España, (2)Universidad de Burgos, Burgos - España, (3)Universidad Isabel I, Burgos - España y (4)Servicio de Análisis Clínicos. Hospital Universitario de Burgos, Burgos - España

Introducción: La evolución del infarto agudo de miocardio (IAM) en pacientes mayores está determinada por diversos factores que añaden complejidad a la misma. El objetivo de este estudio es realizar una valoración multidimensional geriátrica, antropométrica y nutricional en pacientes ?70 años con IAM y conocer su papel pronóstico.

Métodos: Se diseñó un estudio de cohortes prospectivo con pacientes ?70 años dados de alta por IAM en nuestro centro. Además del estudio habitual, previo al alta se realizó una valoración geriátrica integral. Durante el primer mes tras el alta se llevó a cabo un estudio biométrico con medidas antropométricas, incluyendo absorciometría con rayos X de doble energía (DEXA), y funcional con test de la marcha de 4 metros y dinamometría. Se realizó seguimiento mediante revisión de historia clínica a los 6 y 12 meses tras el alta, definiendo un evento combinado de muerte por cualquier causa, reinfarto, ingreso por insuficiencia cardíaca e ictus.

Resultados: Se incluyeron 80 pacientes con edad media de 78 años, siendo el 25% de sexo femenino. La prevalencia de desnutrición fue de 66,5% según el índice nutricional pronóstico (PNI). Las características basales se muestran en la tabla 1. Los pacientes desnutridos eran mayores, más comórbidos y con mayor prevalencia de síndromes geriátricos y alteraciones en la composición corporal medida por DEXA.

Entre las variables que asociaron mayor riesgo de eventos tanto a los 6 como a los 12 meses destacan fragilidad medida por Clinical Frailty Scale (CFS), desnutrición por PNI, baja velocidad de la marcha por test de 4 metros, bajo DEXA T-Score y dinamometría manual reducida (Imagen 1).

Mediante análisis de regresión de Cox, el diagnóstico previo de insuficiencia cardíaca y la baja velocidad de la marcha se asociaron de forma independiente con un mayor número de eventos a los 6 meses, mientras que a los 12 meses dicha asociación fue con PNI y edad.

Conclusiones: Los pacientes mayores con IAM presentan una alta prevalencia de síndromes geriátricos, incluida la desnutrición. El antecedente de insuficiencia cardíaca y la reducción en la velocidad de la marcha son predictores independientes de riesgo a corto plazo, mientras que a largo plazo lo son la edad y el PNI, lo que podría indicar que la gravedad de la cardiopatía y la situación funcional tienen impacto a corto plazo, y la edad y la desnutrición más a largo plazo.

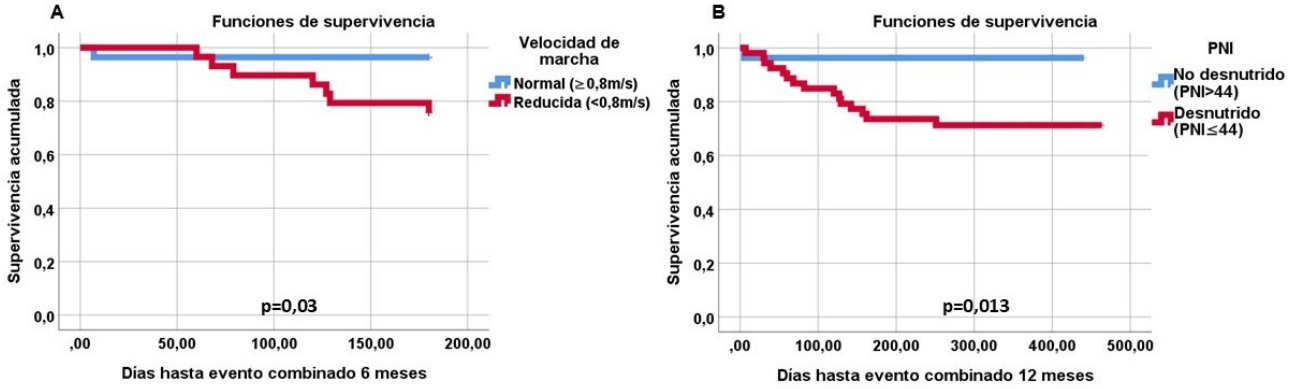


Imagen 1. Curvas de supervivencia de Kaplan-Meier. PNI=Prognostic Nutritional Index. La **gráfica A** corresponde a la relación entre velocidad de la marcha y el evento combinado a los 6 meses y la **gráfica B** a la relación entre el PNI y el evento combinado a los 12 meses.

Tabla 1. Características basales de la muestra

	PNI (N= 80)		
Variable	Sin desnutrición (PNI≤44) (N=27)	Con desnutrición (PNI>44) (N=53)	*p valor*
Edad (años), media (DT)	74 (5)	80 (5)	<0.001*
Sexo femenino, n (%)	4 (14,8)	16 (30,2)	0,133
Hipertensión, n (%)	23 (85,2)	35 (66)	0,07
Diabetes, n (%)	9 (33,3)	24 (45,3)	0,305
Dislipemia, n (%)	17 (63)	31 (58,5)	0,699
Enfermedad multivaso, n (%)	9 (33%)	26 (51%)	0,136
IAMCEST, n (%)	6 (22,2%)	24 (45,3%)	0,044*
Escala Killip-Kimball≥2, n (%)	4 (14,8)	18 (34)	0,07
FEVI (%), media (DT)	59,7 (10,8)	55,9 (11,4)	0,25
DEXA T Score, media (DT)	0,56 (1,4)	-0,74 (1,3)	0,001*
DEXA IASM (kg/m^2), media (DT)	7,67 (1,3)	6,96 (1,0)	0,037*
Test de marcha 4 metros (m/s), media (DT)	0,8 (0,2)	0,7 (0,3)	0,075
Dinamometría manual (kg), media (DT)	28,4 (8,3)	23,3 (10,0)	0,046*
Fragilidad (Frail ≥3), n, (%)	2 (7,4)	11 (20,8)	0,2
Fragilidad (Clinical Frailty Scale ≥4), n, (%)	4 (14,8)	25 (47,2)	0,004*
Alta comorbilidad (Charlson ≥6), n, (%)	6 (22,2)	27 (50,9)	0,014*
Dependencia (Barthel<100), n, (%)	9 (33,3)	32 (60,4)	0,022*
Sarcopenia (SARC-F ≥ 4), n, (%)	3 (11,1)	12 (22,6)	0,212

Tabla 1. Características basales estratificadas por PNI. PNI=Prognostic Nutritional Index. N= tamaño muestral. DT=Desviación típica. IAMCEST=Infarto agudo de miocardio con elevación del segmento ST. FEVI= Fracción de eyección del ventrículo izquierdo. DEXA=Absorciometría de rayos X de doble energía. IASM=Índice de masa muscular esquelética apendicular. SARC-F= Strength, Ambulation, Rising from a Chair, Stair Climbing, and History of Falling Questionnaire. (*) Indica diferencias estadísticamente significativas. Se ha utilizado como punto de corte del índice de Charlson la media de la muestra (6) en lugar del punto de corte habitual (3), dado que todos los pacientes presentaban un índice >3.