



# Revista Española de Cardiología



## 6002-146. EVALUACIÓN DE LA CAPACIDAD DISCRIMINATIVA DE LA ESCALA TIMI Y KILLIP EN RELACIÓN CON LA EDAD EN PACIENTES CON SÍNDROME CORONARIO AGUDO CON ELEVACIÓN DE ST

María Arjona Arjona<sup>1</sup>, Eduardo Aguilar Alonso<sup>2</sup>, Lorena Olivencia Peña<sup>3</sup>, Teresa García Paredes<sup>4</sup>, Miguel Álvarez Bueno<sup>4</sup>, Ricardo Rivera Fernández<sup>4</sup> y Antonio Vera Almazán<sup>4</sup> del <sup>1</sup>Servicio de Cardiología del Hospital Universitario Virgen de las Nieves, Granada, <sup>2</sup>Servicio de Cuidados Críticos y Urgencias del Hospital Infanta Margarita, Cabra (Córdoba), <sup>3</sup>Servicio de Cuidados Críticos y Urgencias del Hospital Universitario Virgen de las Nieves, Granada y <sup>4</sup>Servicio de Cuidados Críticos y Urgencias del Hospital Regional Universitario Carlos Haya, Málaga.

### Resumen

**Objetivos:** Evaluar la utilidad de la clasificación Killip, escala TIMI y la edad para la estratificación inicial de riesgo en pacientes con síndrome coronario agudo con elevación de ST.

**Métodos:** Estudio observacional prospectivo realizado en la UCI del Hospital Carlos Haya. Se recogen todos los pacientes ingresados en esta unidad entre los años 2004 a 2008. Se analizó edad, sexo, Killip al ingreso, puntuación TIMI, episodios previos cardiovasculares, localización, tiempo de estancia en UCI, tratamiento, tiempos y mortalidad en UCI y hospitalaria. Se utilizó t-de Student,  $\chi^2$  y regresión logística múltiple.

**Resultados:** Se recogen 806 pacientes, 75,6% varones, edad media  $63,11 \pm 12,83$  años. Escala TIMI  $3,57 \pm 2,38$  puntos. 656 pacientes (81,4%) eran Killip 1, mortalidad intra-UCI de 10,3% e intrahospitalaria 11,3%. Los fallecidos tenían mayor edad,  $72,73 \pm 10,88$  vs  $61,90 \pm 12,61$  años ( $p < 0,001$ ), mayor puntuación TIMI, mayor estancia y mayor pico de CPK. Se asoció a mayor mortalidad la localización anteroseptal pero no fue estadísticamente significativa y el sexo femenino ( $p < 0,05$ ). Cuando se codificó la edad en los tres grupos de la escala TIMI la mortalidad fue del 4,3% en los menores de 65 años, del 13% para el grupo 65-74 años y del 25,4% para los mayores de 75 años ( $p < 0,001$ ). También fue aumentando la mortalidad al incrementarse el grupo Killip, así la mortalidad ordenada de I a IV fue: 5,2%, 29,6%, 35,5% y 81% ( $p < 0,001$ ). El análisis de la relación entre las escalas TIMI y Killip mostró, que ascendía la puntuación TIMI al incrementarse la clasificación Killip ( $p < 0,001$ ). La escala TIMI se relaciona con la clasificación Killip ( $R = 0,626$ ,  $R^2 = 0,369$ ). Al incluir en el modelo la variable edad, clasificada en las tres categorías de la escala TIMI, el coeficiente ascendió a 0,792 y el cuadrado fue 0,608, reflejando que el 61% de la variabilidad de la escala TIMI se explica con las variables Killip y edad clasificada en estas tres categorías. La discriminación de la mortalidad hospitalaria evaluada con el área bajo la curva ROC para escala TIMI es 0,832 (0,786-0,878), para la escala Killip 0,76 (0,698-0,822). Y para el modelo Killip y edad de 0,846 (0,803-0,888).

**Conclusiones:** La escala TIMI discrimina bien la mortalidad hospitalaria de los enfermos con SCACEST, con discriminación superior a la que presenta la escala Killip y similar a un modelo simple que incluya la escala Killip y la edad.