



6017-238. PREDICTORES DE INSUFICIENCIA CARDIACA DESPUÉS DEL INFARTO AGUDO DE MIOCARDIO CON ELEVACIÓN DEL SEGMENTO ST EN LA ERA DE LA ANGIOPLASTIA PRIMARIA

Lourdes Vicent Alaminos, Jesús Velásquez-Rodríguez, María Jesús Valero-Masa, Felipe Díez del Hoyo, Hugo González-Saldívar, Iago Sousa-Casasnovas, Francisco Fernández-Avilés y Manuel Martínez-Sellés del Hospital General Universitario Gregorio Marañón, Madrid.

Resumen

Introducción y objetivos: El pronóstico después del infarto agudo de miocardio con elevación del segmento ST (IAMCEST) ha mejorado pero los pacientes que presentan insuficiencia cardiaca (definida por una clase de Killip avanzada) tienen mal pronóstico, y aquellos con Killip ? II necesitan una vigilancia estrecha en una unidad de cuidados intensivos cardiológicos. Nuestro objetivo es definir los predictores de presentar insuficiencia cardiaca en una cohorte de pacientes ingresados por IAMCEST.

Métodos: Registro prospectivo en una unidad de cuidados intensivos cardiológicos. Los pacientes fueron incluidos de manera consecutiva desde enero de 2010 hasta abril de 2015. Se determinaron los predictores independientes de presentar una clase de Killip avanzada por medio de análisis estadístico multivariante.

Resultados: Se incluyó a un total de 1.111 pacientes. La edad media fue de $64,0 \pm 14,0$ años y 258 (23,2%) eran mujeres. Se realizó revascularización primaria en 991 (89,2%), y 120 (10,8%) recibieron exclusivamente fibrinólisis como tratamiento de reperfusión. Un total de 230 pacientes (20,7%) estaban en clase Killip II o superior. Los predictores independientes de clase Killip ? II se resumen en la tabla. La mortalidad intrahospitalaria se incrementó con la clase de Killip (I 1,5%, II 3,7%, III 16,7%, IV 36,7%). En un seguimiento a largo plazo, la mortalidad ajustada fue significativamente mayor en pacientes con Killip ? II (figura).



Curvas de supervivencia (Kaplan-Meier) según la clase de Killip en pacientes con IAMCEST, en un seguimiento de hasta 65 meses después del ingreso.

Predictores independientes de Killip ? II

	Killip I, N (%)	Killip ? II, N (%)	OR (IC95%)	p
--	-----------------	--------------------	------------	---

Antecedentes médicos

Edad > 65 años	365 (41,4)	152 (66,1)	2,1 (1,4-3,0)	0,001
Sexo femenino	180 (20,4)	78 (33,9)	1,6 (1,1-2,2)	0,017
Diabetes	166 (18,8)	72 (31,3)	1,4 (1,0-2,1)	0,05
Antecedentes de insuficiencia cardiaca	13 (1,5)	20 (8,7)	3,2 (1,4-7,2)	0,006
Enfermedad renal	46 (5,2)	35 (15,2)	2,0 (1,1-3,6)	0,016
Anemia	108 (12,3)	74 (33,0)	3,0 (2,0-4,5)	0,001
En el momento del ingreso				
Infarto de localización anterior	324 (36,9)	127 (55,7)	2,4 (1,8-3,4)	0,001
Afección de > 1 vaso	353 (40,2)	129 (56,6)	1,6 (1,1-2,2)	0,008
> 2 horas de evolución	565 (64,4)	176 (77,2)	1,6 (1,1-2,4)	0,01
TIMI 3	739 (84,0)	206 (90,4)	1,8 (1,2-2,7)	0,004
Fibrilación ventricular	13 (1,5)	32 (14,0)	4,7 (2,8-7,8)	0,001
FEVI 40%	148 (16,9)	129 (57,3)	4,6 (3,1-6,7)	0,001

IC: intervalo de confianza; OR: Odds Ratio.

Conclusiones: En los pacientes con SCACEST, la clase de Killip puede predecirse con variables disponibles en el momento de realizar la revascularización coronaria, y se asocia fuertemente con el pronóstico intrahospitalario y la supervivencia a largo plazo.