



6048-305. RECLASIFICACIÓN DE LA ESCALA KILLIP MEDIANTE ECOGRAFÍA PULMONAR EN PACIENTES INGRESADOS POR IAMEST: LA ESCALA KILLIP PLUS

José Carreras Mora<sup>1</sup>, María Vidal Burdeus<sup>2</sup>, Clara Rodríguez González<sup>1</sup>, Clara Simón Ramón<sup>3</sup>, Laura Rodríguez Sotelo<sup>3</sup>, Alessandro Sionis Green<sup>3</sup>, Teresa Giralt Borrell<sup>1</sup>, María José Martínez Membrive<sup>1</sup>, Andrea Izquierdo Marquisa<sup>1</sup>, Miguel Cainzos Achirica<sup>1</sup>, Beatriz Vaquerizo Montilla<sup>1</sup>, Mercedes Rivas Lasarte<sup>4</sup> y Nuria Ribas Barquet<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Hospital del Mar, Barcelona, España, <sup>2</sup>Hospital Universitari Vall d'Hebron, Barcelona, España, <sup>3</sup>Hospital de la Santa Creu i Sant Pau, Barcelona, España y <sup>4</sup>Hospital Universitario Puerta de Hierro, Majadahonda (Madrid), España.

Resumen

**Introducción y objetivos:** La escala Killip es una herramienta pronóstica fundamental en el infarto agudo de miocardio con elevación del ST (IAMEST). Además de su fácil aplicación, basada únicamente en la exploración física, mantiene un valor pronóstico indudable actualmente. La ecografía pulmonar (EP) es una técnica en auge con valor diagnóstico y pronóstico en pacientes con insuficiencia cardiaca (IC), incluso en aquellos con congestión subclínica. En este estudio se elaboró una nueva escala: Killip pLUS. El objetivo de este estudio fue comparar la capacidad pronóstica de esta escala respecto a la escala Killip.

**Métodos:** La escala Killip pLUS incluye una categoría intermedia, Killip I pLUS, que incluye a los pacientes Killip I con un campo pulmonar positivo (> 3 líneas B) y los Killip II sin ningún campo positivo. Las clases Killip III y IV se mantuvieron sin cambios. Se incluyó a pacientes ingresados por IAMEST y la EP se realizó en las primeras 24 horas de ingreso por un operador independiente realizándose una revisión off-line de las EPs. Se analizó la mortalidad intrahospitalaria y un evento combinado de mortalidad por cualquier causa o reingreso hospitalario por IC, síndrome coronario agudo o ictus durante un seguimiento a un año.

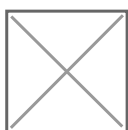
**Resultados:** Se incluyeron 373 pacientes. La escala Killip pLUS mostró una tendencia no significativa superior a la escala Killip para predecir mortalidad hospitalaria respecto a la escala Killip: 0,90 (IC95% 0,85-0,95) vs 0,85 (IC95% 0,73-0,96), p = 0,216. Para el evento combinado durante el seguimiento, la escala Killip pLUS mostró una capacidad predictiva superior a la escala Killip: 0,77 (IC95% 0,71-0,85) vs 0,72 (IC95% 0,65-0,79), p = 0,016. La prueba *log rank* resultó significativa (p 0,001) entre las distintas clases Killip pLUS, y se mantuvo significativa (p 0,001) tras excluir a los pacientes en clases III y IV.

Características basales y comparación entre grupos

|  |                            |                              |                   |  |
|--|----------------------------|------------------------------|-------------------|--|
|  | Killip pLUS I<br>(N = 261) | Killip pLUS > I<br>(N = 112) | Global (N = 373)p |  |
|--|----------------------------|------------------------------|-------------------|--|

|                                                     |               |                   |                 |              |
|-----------------------------------------------------|---------------|-------------------|-----------------|--------------|
| Edad (años)                                         | 60,4 ± 12,3   | 67,8 ± 15,6       | 62,6 ± 13,8     | <b>0,001</b> |
| Sexo varón, n (%)                                   | 218 (83,5)    | 74 (66,1)         | 292 (78,3)      | <b>0,001</b> |
| Diabetes mellitus, n (%)                            | 58 (22,2)     | 32 (28,8)         | 90 (24,2)       | 0,173        |
| Enfermedad renal crónica estadio > 3, n (%)         | 22 (8,4)      | 21 (18,7)         | 43 (11,5)       | <b>0,004</b> |
| Fibrilación/ <i>flutter</i> auricular previo, n (%) | 1 (0,4)       | 10 (8,9)          | 11 (3,0)        | <b>0,001</b> |
| Revascularización coronaria previa, n (%)           | 25 (9,6)      | 14 (12,5)         | 39 (10,5)       | 0,398        |
| Insuficiencia cardíaca previa, n (%)                | 2 (0,8)       | 7 (6,3)           | 9 (2,4)         | <b>0,004</b> |
| Tiempo de isquemia (min)                            | 210 (133-360) | 210 (130-457)     | 210 (133-270)   | 0,398        |
| Enfermedad multivaso, n (%)                         | 100 (38,3)    | 46 (41,1)         | 146 (39,1)      | 0,617        |
| Flujo TIMI 3 posangioplastia                        | 9 (3,5)       | 9 (8,0)           | 18 (4,8)        | 0,068        |
| NT-proBNP al ingreso (pg/ml)                        | 283 (97-789)  | 2.056 (452-5.109) | 455 (121-1.454) | <b>0,001</b> |
| Localización anterior, n (%)                        | 91 (34,9)     | 56 (50,0)         | 147 (39,4)      | <b>0,006</b> |
| FEVI (%)                                            | 51,2 ± 10,5   | 40,5 ± 10,4       | 48,0 ± 10.      | <b>0,001</b> |

Datos basales, epidemiológicos y clínicos de los pacientes incluidos y comparación entre grupos de pacientes en clase Killip pLUS I y > I. Los datos están representados como media ± desviación estándar, mediana (intervalo intercuartil) o n (%). FEVI: fracción de eyección del ventrículo izquierdo.



*Curvas Kaplan-Meier para supervivencia libre de eventos entre las distintas clases Killip pLUS.*

**Conclusiones:** La escala Killip pLUS muestra una tendencia a una mejoría predictiva de la mortalidad hospitalaria respecto a Killip y es significativamente superior a esta en la predicción de eventos

cardiovasculares a un año en pacientes con IAMEST.