



Revista Española de Cardiología



6056-489. ESTRATIFICACIÓN PRONÓSTICA DE LA CLASIFICACIÓN DE KILLIP. ¿SIGUE SIENDO ÚTIL?

David González Calle¹, Víctor Eduardo Vallejo García¹, Milena Antúnez Ballesteros¹, Ana Elvira Laffond², Marta López Serna¹, Pablo Luengo Mondéjar¹, Pedro Luis Sánchez Fernández¹ y Francisco Martín Herrero¹, del ¹Complejo Asistencial Universitario de Salamanca, Salamanca y ²Universidad de Salamanca, Salamanca.

Resumen

Introducción y objetivos: En 1967 Killip y Kimball publicaban la ya célebre escala pronóstica que lleva su nombre. Con ella estratificaban el riesgo de muerte precoz asociado al síndrome coronario agudo. A día de hoy sigue siendo una escala usada diariamente pero sus valores deben ser revisado y ajustados a la población y tratamientos actuales. Realizamos una revisión comparando los resultados y valor pronóstico de la misma en una población nacional en los últimos 25 años.

Métodos: Análisis retrospectivo de los pacientes ingresados en una unidad de cuidados críticos cardiovasculares en los últimos 25 años (1993-2018, n = 7.669 pacientes). Se seleccionaron los pacientes con SCA complicado Killip III o IV, n = 1.312 pacientes. Se analizaron 170 variables. Se compararon las poblaciones y resultados de hace 25 años con las actuales en función del estadio según la clasificación de Killip. a) Etapa A (1993-1996): fibrinólisis, con un abordaje menos invasivo del paciente. b) Etapa B (2015-2018): abordaje actual, abordaje invasivo, soporte circulatorio avanzado.

Resultados: Se objetivó un aumento significativo de los factores de riesgo cardiovascular al comparar las 2 muestras separadas por 25 años (salvo diabetes mellitus cuya incidencia no se incrementó de manera significativa). Se observa actualmente un abordaje del paciente más invasivo, con una reperusión precoz mediante intervencionismo percutáneo cercana al 90%, una creciente tendencia a al uso de dispositivos de soporte circulatorio y respiratorio. Los resultados de supervivencia hospitalaria han mejorado de forma importante lográndose una reducción absoluta del riesgo (RAR) en el grupo de pacientes Killip III del 19,4% y Killip IV del 46,1% (resultados tabla). Se identificó un aumento significativo (p 0,001) de las posibles complicaciones asociadas a este abordaje «invasivo» actual: infecciones, hemorragias mayores y fracaso renal agudo (tabla).

Población total (n) = 687	A = 1993-1996	B = 2015-2018	Significación
Población (n)	342	345	ns
Sexo masculino	65,5%	71,9%	ns

Edad (años)	74,59	71,213	ns
Hipertensión arterial	45,6%	60,3%	0,001
Dislipemia	16,4%	49,6%	0,001
Diabetes mellitus	28,1%	31,9%	ns
Fumadores	37,4%	50,7%	0,01
SCACEST	71,9%	84,5%	0,001
Localización anterior	56,1%	47,8%	ns
Mortalidad hospitalaria Killip III	28,6%	9,2%	0,001
Mortalidad hospitalaria Killip IV	88%	41,9%	0,001
Balón de contrapulsación	3,8%	13,8%	0,05
ECMO	NO	9,8%	0,001
Respirador	20,8%	44,5%	0,001
Infecciones	2,6%	30,2%	0,001
Hemorragias	3,5%	8,7%	= 0,03
Insuficiencia renal aguda	1,7%	28,1%	0,001
Trombolisis urgente	35,3%	7%	0,001
Coronariografía urgente	10,8%	88%	0,001



Conclusiones: 50 años después de la publicación de la escala de Killip los grandes avances médicos e intervencionistas han logrado reducir las altas tasas de mortalidad asociadas a los estadios más avanzados de la misma. La clásica estratificación Killip III y IV sigue siendo de utilidad a la hora de clasificar al paciente con SCA y establecer una valoración pronóstica.