



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 Arjona¹, Eduardo Aguilar Alonso², Lorena Olivencia Peña³, Teresa García Paredes⁴, Miguel Álvarez Bueno⁴, Ricardo Rivera Fernández⁴ y Antonio Vera Almazán⁴ del ¹Servicio de Cardiología del Hospital Universitario Virgen de las Nieves, Granada, ²Servicio de Cuidados Críticos y Urgencias del Hospital Infanta Margarita, Cabra (Córdoba), ³Servicio de Cuidados Críticos y Urgencias del Hospital Universitario Virgen de las Nieves, Granada y ⁴Servicio 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, χ^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.