



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

José Carreras Mora¹, María Vidal Burdeus², Clara Rodríguez González¹, Clara Simón Ramón³, Laura Rodríguez Sotelo³, Alessandro Sionis Green³, Teresa Giralt Borrell¹, María José Martínez Membrive¹, Andrea Izquierdo Marquisa¹, Miguel Cainzos Achirica¹, Beatriz Vaquerizo Montilla¹, Mercedes Rivas Lasarte⁴ y Nuria Ribas Barquet¹

¹Hospital del Mar, Barcelona, España, ²Hospital Universitari Vall d'Hebron, Barcelona, España, ³Hospital de la Santa Creu i Sant Pau, Barcelona, España y ⁴Hospital 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.

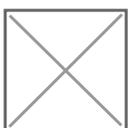
Resultados: Se incluyeron 373 pacientes. La escala Killip pLUS mostró una tendencia no significativa superior a la escala Killip para predecir mortalidad hospitalaria respecto a la escala Killip: 0,90 (IC95% 0,85-0,95) vs 0,85 (IC95% 0,73-0,96), $p = 0,216$. Para el evento combinado durante el seguimiento, 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 (N = 261)	Killip pLUS > I (N = 112)	Global (N = 373)p	

Edad (años)	60,4 ± 12,3	67,8 ± 15,6	62,6 ± 13,8	0,001
Sexo varón, n (%)	218 (83,5)	74 (66,1)	292 (78,3)	0,001
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)	0,004
Fibrilación/flutter auricular previo, n (%)	1 (0,4)	10 (8,9)	11 (3,0)	0,001
Revascularización coronaria previa, n (%)	25 (9,6)	14 (12,5)	39 (10,5)	0,398
Insuficiencia cardiaca previa, n (%)	2 (0,8)	7 (6,3)	9 (2,4)	0,004
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)	0,001
Localización anterior, n (%)	91 (34,9)	56 (50,0)	147 (39,4)	0,006
FEVI (%)	51,2 ± 10,5	40,5 ± 10,4	48,0 ± 10.	0,001

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.