



Infarto agudo de miocardio. Clasificación de Killip

Raquel Villar Bello

Medicina Interna. CHU Juan Canalejo. A Coruña

- En 1967, Killip y Kimball describieron la evolución de 250 pacientes con IAM en función de la presencia o ausencia de hallazgos físicos que sugirieran disfunción ventricular, diferenciando 4 clases (I, II, III y IV) para las cuales la mortalidad intrahospitalaria fue del 6, 17, 38 y 81 %, respectivamente.

	CLASIFICACIÓN KILLIP
Clase I	Infarto no complicado.
Clase II	Insuficiencia cardíaca moderada: estertores en bases pulmonares, galope por S3, taquicardia.
Clase III	Insuficiencia cardíaca grave con edema agudo de pulmón.
Clase IV	Shock cardiogénico.

- Aunque estudios más recientes han demostrado una menor mortalidad global en estos pacientes, la clasificación de Killip en el momento de la admisión del paciente sigue siendo un **importante factor pronóstico**.
- Una **mayor clase de Killip** se asocia con **mayor mortalidad** intrahospitalaria, a los 6 meses y al año (estudios *GISSI*, *CAMI*...). Según el estudio GUSTO-1, cinco factores proporcionan más del 90 % de la información pronóstico para la mortalidad a los 30 días, a saber, edad, baja TA sistólica, clase alta de Killip, elevada frecuencia cardíaca y localización anterior del infarto
- Similares resultados se han obtenido para pacientes con síndrome coronario agudo sin elevación del ST en los que la clasificación de Killip es también un poderoso predictor independiente de mortalidad por todas las causas a los 30 días y 6 meses (siendo el más poderoso el presentar un Killip III/IV). La incidencia de IAM también está incrementada aunque de forma menos prominente que la mortalidad.
- En otro estudio, nuevamente los 5 factores descritos con anterioridad (sustituyendo la localización del infarto por depresión del ST) proporcionan más del 70 % de la información pronóstica para la mortalidad a los 30 días y 6 meses. (*Khot et al, JAMA 2003*)

BIBLIOGRAFÍA

- Killip T 3rd, Kimball JT. Treatment of myocardial infarction in a coronary care unit. A two year experience with 250 patients. *Am J Cardiol*. 1967 Oct; 20(4): 457-64
- DeGeare VS, Boura JA, Grines LL, et al. Predictive value of the Killip Classification in patients undergoing primary percutaneous coronary intervention for acute myocardial infarction. *Am J Cardiol* 2001; 87: 1035-1038.
- Werns AW, Bates ER. The enduring value of Killip classification. (*Am Heart J* 1999;



Infarto agudo de miocardio. Clasificación de Killip

137: 213-5).

- UN Khot, G Jia, DJ Moliterno, AM Lincoff, MB Khot Prognostic importance of physical examination for heart failure in non ST-elevation acute coronary syndromes. The Enduring Value of Killip Classification. *JAMA*, 2003; 290: 2174-2181.
- John E. Madias, MD (Elmhurst, NY). Killip and Forrester Classifications. Should they be abandoned, kept, reevaluated, or modified? *CHEST*; 117, 5. May 2000

Clasificación de Forrester

- Basada en una valoración hemodinámica invasiva, utiliza el índice cardíaco y la presión capilar pulmonar para categorizar pacientes con IAM en 4 clases que (salvo la clase III) se corresponden con las clases clínicas de Killip.

CLASIFICACIÓN FORRESTER		
Clase Funcional	Presión capilar pulmonar (mm Hg)	Índice cardíaco (l/min/m ²)
I. Normal	<15-18	>2.2
II. Congestión	>18	>2.2
III. Hipoperfusión	<15-18	<2.2
IV. Congestión + hipoperfusión	>18	<2.2

- Existe **controversia** en cuanto a si la cateterización del corazón derecho proporciona algún beneficio en el manejo de los pacientes con enfermedad crítica. Los que la defienden mantienen que la mortalidad objetivada con su uso puede ser consecuencia de la severidad de la enfermedad de los pacientes a los que se aplica dicho procedimiento.
- Con respecto a la clasificación de Killip, presenta como **inconvenientes** su menor accesibilidad y el ser técnicamente más exigente, y como **ventajas** su mayor precisión y estabilidad en el tiempo.

BIBLIOGRAFÍA

- Forrester JS, Diamond GA, Swan HJ: Correlative classification of clinical and hemodynamic function after acute myocardial infarction. *Am J Cardiol* 1977; 39: 137-145.
- John E. Madias, MD (Elmhurst, NY). Killip and Forrester Classifications. Should they be abandoned, kept, reevaluated, or modified? *CHEST*; 117, 5. May 2000