

Estratificación del riesgo en la muerte súbita por miocardiopatía hipertrófica

Risk stratification in sudden death due to hypertrophic cardiomyopathy

Dr.C. Juan R. Gimeno Blanes✉

Servicio de Cardiología. Hospital Universitario Virgen de la Arrixaca. Profesor Asociado de Cardiología de la Universidad de Murcia. Murcia, España.

Recibido: 18 de abril de 2017
Aceptado: 18 de mayo de 2017

Palabras clave: Muerte súbita, Miocardiopatía hipertrófica, Estratificación de riesgo
Key words: Sudden death, Hypertrophic cardiomyopathy, Risk stratification

Sr. Editor:

En los últimos dos años se han publicado trabajos importantes sobre la miocardiopatía hipertrófica (MCH). Desde el punto de vista clínico quizás el más relevante ha sido la publicación de las Guías de Diagnóstico y Tratamiento de la MCH de la *European Society of Cardiology (ESC)*¹. En este documento uno de los aspectos más novedosos ha sido la presentación de un nuevo índice de riesgo de muerte súbita.

La estratificación de riesgo clásica basaba su recomendación para la implantación de un desfibrilador (DAI) en la presencia de uno o dos factores de riesgo de muerte súbita, de una lista de marcadores clínicos que incluían: presencia de hipertrofia grave (> 30 mm), obstrucción grave (> 90 mmHg), taquicardia ventricular no sostenida (TVNS), antecedente de síncope no explicado, historia familiar de muerte súbita a edad joven, o la respuesta de la tensión arterial anormalmente plana en la prueba de esfuerzo. La guías americanas consideran, incluso hoy en día, que el paciente de alto riesgo es aquel que tiene al menos uno de los aspectos de la lista, mientras en las anteriores guías europeas se consideraba que la presencia de dos de estos era suficiente para implantar un DAI.

La prevalencia de cada uno de los factores de riesgo es relativamente elevada (> 10%); en cambio, el valor predictivo positivo de muerte súbita a 5 años de forma individual es bajo (< 10%). Es conoci-

do además, que el valor de los predictores de riesgo viene modulado por otros factores, principalmente por la edad. En este sentido, la TVNS es muy infrecuente en pacientes menores de 30 años, pero cuando está presente, el riesgo de muerte súbita es más del doble respecto a los pacientes de mayor edad.

La *ESC* en su documento se hizo eco de los resultados del mayor estudio colaborativo publicado hasta la fecha que incluyó más de 3600 pacientes con esta enfermedad². En este trabajo, y tras un estudio estadístico complejo, se presentó una fórmula para el cálculo del riesgo de muerte súbita estimado a 5 años que incluye: la edad, la presencia de TVNS, el valor del grosor máximo de la pared del ventrículo izquierdo, el gradiente máximo, la presencia de síncope no explicado, la historia de muerte súbita familiar y el diámetro de la aurícula izquierda.

Por medio de esta fórmula es posible identificar a la mayoría de los pacientes que van a tener una muerte súbita a los que recomendar la implantación de un DAI. Pero si se estableciera el corte de riesgo de esta enfermedad a 5 años en un 4% para la recomendación de este dispositivo, sería necesario implantar un DAI al 31% de los pacientes con MCH para prevenir el 71% de las muertes. La eficiencia de esta estrategia es claramente superior a la de las antiguas guías europeas que recomendaban 2 factores de riesgo, o a las actuales guías americanas, en la que solo un factor de riesgo es suficiente. En las antiguas guías europeas se implantaría solo un 13%

de DAI, que prevendrían el 38% de las muertes; mientras que con las americanas sería necesario implantar un DAI a casi la mitad de los pacientes (48%) para prevenir el 74% de las muertes súbitas. Es importante recordar que la implantación de un dispositivo no está exenta de complicaciones, en ocasiones graves, y que la selección de los candidatos debe hacerse de forma sensata e individualizada.

La incorporación de este índice, validado por otros grupos europeos³ y sudamericanos⁴, y discutido por norteamericanos⁵, ha supuesto un indudable avance clínico. A pesar de todo, es importante recordar que existen algunas variables implicadas en el pronóstico que no fueron incorporadas en la fórmula, como son la presencia de fibrosis en la resonancia magnética o la genética.

CONFLICTO DE INTERESES

Ninguno

BIBLIOGRAFÍA

1. Elliott PM, Anastasakis A, Borger MA, Borggrefe M, Cecchi F, Charron P, *et al.* 2014 ESC Guidelines on diagnosis and management of hypertrophic cardiomyopathy: the Task Force for the Diagnosis and Management of Hypertrophic Cardiomyopathy of the European Society of Cardiology (ESC). *Eur Heart J.* 2014;35(39):2733-79.
2. O'Mahony C, Jichi F, Pavlou M, Monserrat L, Anastasakis A, Rapezzi C, *et al.* A novel clinical risk prediction model for sudden cardiac death in Hypertrophic Cardiomyopathy (HCM risk-SCD). *Eur Heart J.* 2014;35(30):2010-20.
3. Vriesendorp PA, Schinkel AF, Liebrechts M, Theuns DA, van Cleemput J, Ten Cate FJ, *et al.* Validation of the 2014 European Society of Cardiology guidelines risk prediction model for the primary prevention of sudden cardiac death in hypertrophic cardiomyopathy. *Circ Arrhythm Electrophysiol.* 2015;8(4):829-35.
4. Fernández A, Quiroga A, Ochoa JP, Mysuta M, Casabé JH, Biagetti M, *et al.* Validation of the 2014 European Society of Cardiology Sudden Cardiac Death Risk Prediction Model in hypertrophic cardiomyopathy in a reference center in South America. *Am J Cardiol.* 2016;118(1):121-6.
5. Maron BJ, Casey SA, Chan RH, Garberich RF, Rowin EJ, Maron MS, *et al.* Independent assessment of the European Society of Cardiology Sudden Death Risk Model for Hypertrophic Cardiomyopathy. *Am J Cardiol.* 2015;116(5):757-64.

La vía respiratoria en la reanimación cardiopulmonar y cerebral

The airway in cardiopulmonary and cerebral resuscitation

Dr.C. Idoris Cordero Escobar✉

Servicio de Anestesiología y Reanimación. Hospital Clínico-Quirúrgico Hermanos Ameijeiras. La Habana, Cuba.

Recibido: 18 de abril de 2017
Aceptado: 18 de mayo de 2017

Palabras clave: Manejo de la vía aérea, Intubación orotraqueal, Reanimación cardiopulmonar
Key words: *Airway management, Orotracheal intubation, Cardiopulmonary resuscitation*

Sr. Editor:

Acceder a la vía respiratoria constituye un elemento de vital importancia en la parada cardíaca. En los ámbitos hospitalario y extrahospitalario, ante una vía respiratoria complicada, se debe asegurar, lo

más pronto posible, la ventilación y la oxigenación; pero la intubación traqueal requiere entrenamiento y una práctica regular; por eso, el personal poco entrenado no debería perder tiempo intentándola y debe centrarse en las compresiones torácicas de alta calidad y la ventilación con bolsa y mascarilla, hasta