
Juan Karlo Urrea Zapata, MD*

“Compendio de muerte súbita cardiaca: epidemiología, mecanismos y manejo”

COMPENDIUM ON SUDDEN CARDIAC DEATH: EPIDEMIOLOGY, MECHANISMS, AND MANAGEMENT

Editor: Gordon F. Tomaselli. *Circ Res* 116:Jun, 2015, doi: 10.1161/CIRCRESAHA.115.306515

En el compendio de *CIRCULATION RESEARCH* publicado este mes, el Dr Gordon Tomaselli reúne 9 artículos fascinantes de la muerte súbita cardiaca con autores de primera línea en la publicación científica mundial en esta entidad. Aquí algunos apartes prácticos, invitando a su revisión extensa en la publicación original:

1. La muerte súbita cardiaca es un problema grave de salud pública, estimándose en 15% a 20% de todas las muertes, con tasas de sobrevivencia muy bajas a pesar de los programas crecientes de resucitación por el acudiente o primer respondiente. Siendo un problema del adulto mayor casi siempre con alteración estructural cardiaca (y de origen isquémico en su mayoría), también aunque menos frecuente se observa en personas jóvenes con patologías genéticas asociadas.
2. Cabe mencionar que aproximadamente 44% a 52% de los hombres y 59% a 69% de las mujeres no tuvieron un diagnóstico previo de enfermedad cardiaca, y la muerte súbita es su primera manifestación.
3. La enfermedad isquémica cardiaca es la primera causa de este evento, su presencia se asocia con un aumento de 2,8 a 5,3 veces en la probabilidad de tener una muerte súbita, siendo el mayor riesgo en los 30 días del evento. Hay 3 escenarios que permiten su presentación: durante o después de un infarto de miocardio, provocación de isquemia sin infarto y por la presencia de alteración estructural como fibrosis, escara o la dilatación ventricular izquierda con falla cardiaca.
4. La cardiomiopatías no isquémicas son la 2da causa de muerte súbita cardiaca siendo el 10% a 15% de las veces, incluyendo la cardiomiopatía dilatada, cardiomiopatía hipertrófica y la displasia arritmogénica del ventrículo derecho.
5. En 3er lugar están las patologías valvulares (con el 1% a 5% de todas las causas de muertes súbita) siendo la estenosis aórtica la más importante en su presentación, incluso hasta los 2 años después de la cirugía correctiva de la válvula.
6. En la medida que se conocen más las causas potenciales de muerte súbita cardiaca, pues se logran identificar otros factores asociados a esta como las canalopatías, síndromes relacionados al QT, y raras expresiones genéticas que derivan en episodios arrítmicos.
7. En la estratificación del riesgo de tener muerte súbita, debemos separar los pacientes isquémicos de los no isquémicos, aquí sabemos que post infarto de miocardio o disfunción isquémica del ventrículo izquierdo y falla cardiaca, tienen múltiples estudios que dan una aproximación validada para establecer el riesgo (ECG de señal promediada, variabilidad y turbulencia de la frecuencia cardiaca, alternancia de la T, estudio electrofisiológico, etc. Sin embargo ni solos a en conjunto logran penetrar en los algoritmos distintivos de esta entidad y por lo tanto se espera que hayan más avances

que nos permitan el uso de uno o varios de ellos en la estratificación temprana post IM y no solo fijarse en la fracción de eyección, la duración del QRS y/o la clase funcional. En las cardiopatías no isquémicas probablemente el contexto se vaya más a la “ómica” del origen de los eventos, técnicas en pleno desarrollo y con gran potencial promisorio para la identificación de entidades poco frecuentes pero letales en jóvenes.

8. Seguramente la estratificación en la población general se centre hoy en la determinación de lo que se considera el paciente “vulnerable o inestable” y la “placa vulnerable”, siendo ahí donde se centran los estudios invasivos y no invasivos para poder evaluar en qué momento intervenir con impacto en desenlaces.
9. Ya el manejo del evento de resucitación se fundamenta en las guías actuales de manejo (incluso próximas a publicar este año en su actualización), poniendo énfasis en la protección cerebral post resucitación con hipotermia.

Aunque es un compendio extenso, brinda una información detallada de los campos de investigación que se están llevando en esta entidad y nos da una luz en los años venideros para mejorar la estratificación de los pacientes esencialmente en la prevención primaria del evento.

Referencia:

<http://circres.ahajournals.org/site/misc/compendium.xhtml>
