



Carta al Director

Muerte súbita en pacientes con enfermedad renal crónica avanzada

Sudden death in patients with advanced chronic renal disease

Sr. Director:

Hemos leído el artículo de Caravaca et al. titulado «Muerte súbita en pacientes con enfermedad renal crónica avanzada»¹ y queremos, en primer lugar, felicitar a los autores.

Aborda un tema de gran interés tanto en la población con insuficiencia renal como en la población general que genera alarma social y requiere un enfoque complejo.

Su complejidad radica, en nuestra opinión, en varios factores. El primero es la propia definición de muerte súbita (MS). La utilizada por los autores es la más aceptada e incluye a aquella muerte natural que se produce dentro de la hora del inicio de los síntomas, si bien incluyen también a la producida de forma inexplicada durante el sueño. Esta última definición se puede asimilar a aquellas que proponen otros intervalos de tiempo (2, 6 y 24 h) entre el inicio de los síntomas y el fallecimiento para circunstancias específicas como la muerte sin testigos, que reducen la probabilidad de muerte de origen cardíaco, cuanto más tiempo transcurre entre la muerte y el inicio de los síntomas². Esta variabilidad en el período de tiempo considerado es uno de los factores que contribuyen a las diferencias encontradas en la prevalencia de la MS en distintos estudios. Caravaca et al. encuentran una incidencia anual del 1,8%, no especificando la que corresponde a la producida durante el sueño. En un estudio realizado en nuestro hospital en una población en diálisis la incidencia anual fue del 1,7% cuando considerábamos un intervalo de una hora, y del 2,9% cuando el intervalo se ampliaba a 24 h³. La ausencia de autopsias en el estudio de Caravaca et al. al igual que en nuestro estudio (algo que resultaba particularmente inexplicable a los revisores de la revista americana en la que fue publicado) hace que tengamos muchas limitaciones a la hora de establecer la causa de la muerte. En un estudio japonés donde se realizó autopsia al 81,4% de los pacientes fallecidos de MS, los accidentes cerebrovasculares y la disección aórtica constituían más del 45% de las causas del fallecimiento⁴.

Otro de los aspectos a tener en cuenta al analizar la MS es la necesidad de buscar factores que identifiquen a la población

de mayor riesgo, a fin de focalizar y rentabilizar las estrategias de prevención. Caravaca et al. encuentran, mediante el análisis de regresión de Cox, que mayor edad y mayor comorbilidad se asociaron a mayor probabilidad de MS, y el uso de tratamiento antiplaquetario ejercía un efecto protector. En nuestro estudio³ identificamos mediante el mismo análisis una variable combinada que incluía antecedentes de enfermedad coronaria documentada y alteraciones electrocardiográficas (ondas Q anormales, lesión subendocárdica, onda T negativa y QRS > 120 ms) que delimitaba claramente 2 grupos de riesgo. Los pacientes que no tenían ninguno de los hallazgos mencionados presentaban una probabilidad de MS casi similar a la de la población general; sin embargo, los que tenían alguno de ellos, la probabilidad de MS era parecida a la que han mostrado los pacientes de la población general con disfunción ventricular izquierda que han sido incluidos en los estudios que han mostrado la eficacia del desfibrilador automático implantable^{5,6}. La falta de disponibilidad de los registros electrocardiográficos en el estudio de Caravaca et al., que los autores señalan como una limitación, hace que no podamos comprobar si los hallazgos de nuestro estudio son extrapolables a una población con insuficiencia renal que no está en diálisis.

La aportación del estudio de Caravaca et al. no está solo en suministrar información, sino en crear conciencia de la importancia del problema y estimular a las sociedades científicas y organismos administrativos a establecer medidas. La primera de ellas es la de definir de forma precisa la MS en todos los registros, de forma que disminuya la variabilidad entre centros. La necesidad de realizar autopsias ante muertes inesperadas y de causa no filiada, aunque se trate de pacientes con graves enfermedades crónicas es, sin lugar a dudas, un aspecto al que se le debería prestar una mayor atención.

Por último, la identificación de subgrupos de riesgo no implica necesariamente que podamos extrapolar las estrategias de prevención que se han mostrado eficaces en la población general. La eficacia del desfibrilador automático implantable es menor en los pacientes con insuficiencia renal⁷

e incluso algo tan elemental como disponer de desfibriladores externos en las unidades de diálisis presenta también una eficacia limitada⁸.

Finalizamos reiterando nuestra felicitación a Caravaca et al. por sus aportaciones a un tema importante que no ha merecido, hasta el momento, una especial atención.

BIBLIOGRAFÍA

1. Caravaca F, Chávez E, Alvarado R, García-Pino G, Luna E. Muerte súbita en pacientes con enfermedad renal crónica avanzada. *Nefrología*. 2016;36:404–9.
2. Kuller LH. Sudden death: Definition and epidemiologic considerations. *Prog Cardiovasc Dis*. 1980;23:1–12.
3. Vázquez E, Sánchez-Perales C, García-García F, García-Cortés MJ, Torres J, Borrego F, et al. Sudden death in incident dialysis patients. *Am J Nephrol*. 2014;39:331–6.
4. Takeda K, Harada A, Okuda S, Fujimi S, Oh Y, Hattori F, et al. Sudden death in chronic dialysis patients. *Nephrol Dial Transplant*. 1997;12:952–5.
5. Moss AJ, Hall WJ, Cannom DS, Daubert JP, Higgins SL, Klein H, et al. Multicenter Automatic Defibrillator Implantation Trial Investigators: Improved survival with an implanted defibrillator in patients with coronary disease at high risk for ventricular arrhythmia. *N Engl J Med*. 1996; 335:1933–40.
6. Packer DL, Prutkin JM, Hellkamp AS, Mitchell LB, Bernstein RC, Wood F, et al. Impact of implantable cardioverter-defibrillator, amiodarone, and placebo on the mode of death in stable patients with heart failure: Analysis from the sudden cardiac death in heart failure trial. *Circulation*. 2009;120:2170–217.
7. Goldenberg I, Moss AJ, McNitt S, Zareba W, Hall WJ, Andrews ML. MADIT-II Investigators Relations among renal function, risk of sudden cardiac death, and benefit of the implanted cardiac defibrillator in patients with ischemic left ventricular dysfunction. *Am J Cardiol*. 2006;98:485–90.
8. Lehrich RW, Pun PH, Tanenbaum ND, Smith SR, Middleton JP. Automated external defibrillators and survival from cardiac arrest in the outpatient hemodialysis clinic. *J Am Soc Nephrol*. 2007;18:312–20.

Carmen Sánchez Perales^{a,*}
y Eduardo Vázquez Ruiz de Castroviejo^b

^a Unidad de Gestión Clínica de Nefrología, Complejo Hospitalario de Jaén, Jaén, España

^b Unidad de Gestión Clínica de Cardiología, Complejo Hospitalario de Jaén, Jaén, España

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: mcsanchezp@senefro.org
(C. Sánchez Perales).

0211-6995/© 2016 Sociedad Española de Nefrología. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Este es un artículo Open Access bajo la licencia CC BY-NC-ND (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).
<http://dx.doi.org/10.1016/j.nefro.2016.09.018>