



REGISTRO URUGUAYO DE MIOCARDIOPATÍA HIPERTROFICA (R.U.M.H.I.)

FORMULARIO DE INGRESO AL REGISTRO

Fecha: / /

A) PACIENTE: FICHA PATRONÍMICA			B) CENTRO DE PROCEDENCIA	
Nombre	Edad	Sexo	Nombre	
Dirección y Localidad			Localidad y Departamento	
Teléfono o celular		C.I.	Matrícula del Paciente	
C) MÉDICO QUE REFIERE:			Nombre	
Teléfono		Celular	Correo electrónico	

D) ECOCARDIOGRAMA		Fecha: / /			
Técnico actuante	Nombre				
<b>Criterios de ingreso</b>					
HVI $\geq$ 15 mm	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	Niños: Espesor parietal $>$ 2 DS para Sup. Corporal	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
Asimetría Septum/PP $\geq$ 1.5	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	Gradiente TSVI (mmHg)	Basal <input type="checkbox"/>	Provocado <input type="checkbox"/>

E) ASPECTOS CLÍNICOS					
Causas alternativas de HVI		Síntomas		Examen físico	
HTA <input type="checkbox"/>	Grado: 1 2 3	Angor <input type="checkbox"/>	Clase Funcional I <input type="checkbox"/> II <input type="checkbox"/> III <input type="checkbox"/> IV <input type="checkbox"/>	Soplo <input type="checkbox"/>	Cambios dinámicos <input type="checkbox"/>
Estenosis Ao <input type="checkbox"/>		Disnea <input type="checkbox"/>		PA <input type="text"/> / <input type="text"/> mmHg	
Coartación Ao <input type="checkbox"/>		Síncope <input type="checkbox"/>		<b>Electrocardiograma</b>	
Entrenamiento <input type="checkbox"/>		Mareos <input type="checkbox"/>		RITMO: Sinusal <input type="checkbox"/>	FA <input type="checkbox"/>
Otras <input type="checkbox"/>		Atípicos <input type="checkbox"/>		QRS: Normal <input type="checkbox"/>	Anormal <input type="checkbox"/>
		MCS <input type="checkbox"/>		ST-T: Normal <input type="checkbox"/>	Anormal <input type="checkbox"/>
Antecedentes familiares		Dispositivos implantados		Intervenciones previas	
MCH <input type="checkbox"/>	MCS <input type="checkbox"/>	Marcapasos <input type="checkbox"/>	CDAI <input type="checkbox"/>	Ablación septal <input type="checkbox"/>	Miectomía <input type="checkbox"/>

Observaciones:

## **DEFINICIONES E INSTRUCCIONES PARA EL LLENADO**

En las secciones A) B) y C) se ingresan datos para facilitar el contacto del Grupo RUMHI con las fuentes de la información, ante la necesidad eventual de aclaraciones o de recabar nuevos datos.

**Matrícula del paciente** corresponde al número, auto-generado o código asignado por la Institución, que permite identificar y localizar la Historia Clínica para obtener información.

### **D) ECOCARDIOGRAMA**

Se requieren los datos de contacto del **Técnico actuante** y la información básica que apoya el ingreso preliminar del paciente (**Criterios de ingreso**), que depende exclusivamente del **espesor parietal del VI**. En el adulto la cifra mínima es de 15 mm y en el niño (hasta los 14 años inclusive) es relativa a la superficie o el peso corporal, cuando supera en 2 Desvíos Standard la media de espesor parietal obtenida de tablas elaboradas al respecto. Se consignará además el valor del espesor máximo del VI.

**Asimetría septum/pared posterior** indica que la relación entre ambos espesores es igual o mayor de 1.5. En **Gradiente del TSVI** se ingresa el valor del gradiente máximo en la vía de salida del VI en condiciones basales y con maniobras de provocación, si es que se practicó alguna.

### **E) ASPECTOS CLÍNICOS**

**Causas alternativas de HVI** encabeza condiciones clínicas asociadas a hipertrofia adaptativa del VI.

En relación a la HTA, el Registro considerará 140/90 mm Hg como únicos valores límites de PA sistólicos y diastólicos normales, independientemente de la asociación o no con otras condiciones, como la diabetes o la enfermedad renal crónica. Se clasificará la severidad de la HTA en: Grado 1 si los valores de presión sistólica /diastólica habituales están entre 140/90 y 159/99 mm Hg, Grado 2 entre 160/100 y 179/109 y Grado 3 si superan los 180/110 mm Hg.

La **Estenosis aórtica** severa debería ser excluida directamente del Registro, mientras que la de grado moderado y leve con un grado de hipertrofia desproporcionadamente severa y/o una distribución francamente asimétrica o bizarra merecen ser consideradas por el Grupo RUMHI.

Lo mismo se aplica a la **Coartación de aorta**, aún reconociendo la frecuencia extraordinariamente baja con la que se asocian las dos condiciones.

Por **Entrenamiento** entendemos cualquier forma de actividad física regular, profesional o no, de naturaleza deportiva o laboral lo suficientemente intensa y asidua como para generar remodelación adaptativa del VI. Se sugiere la comunicación al Grupo de todos los casos con espesor de al menos 15 mm aunque se consideren entrenados.

En **Otros** se incluyen enfermedades sistémicas poco frecuentes de naturaleza infiltrativa como la amiloidosis, la sarcoidosis o la enfermedad de Fabry.

Bajo **Síntomas** se señalan varias expresiones clínicas comunes a la MCH y otras condiciones.

**Angor** deberá ser seleccionado cuando el paciente manifiesta dolor torácico típico, no diferenciable con el de la enfermedad coronaria.

**Disnea** incluye a la disnea de esfuerzo, la disnea de decúbito u ortopnea y la disnea paroxística nocturna indistintamente. El angor típico y la disnea de esfuerzo se clasificarán según la Canadian Cardiovascular Society y la New York Heart Association respectivamente.

**Atípicos** significa cualquier síntoma (dolor, molestia, disconfort o fatiga) no sistematizable bajo el término angor o disnea clásicos.

**Muerte Cardíaca Súbita** corresponde al cese de la función cardíaca, reanimada o no, que ocurre en forma brusca e inesperada, dentro de la primera hora del comienzo de cualquier síntoma.

En **Examen Físico** se incluye **Soplo** y el valor de la **P.A.**

Se marcará **Soplo** ante la simple constatación de cualquier soplo significativo, compatible con estenosis del TSVI o insuficiencia mitral. **Cambios dinámicos** expresa su *aparición* o *aumento* con la maniobra de Valsalva, el pasaje de la posición en cuclillas a la posición de pie, o la administración de nitroglicerina sublingual, por lo cual ante un soplo fijo se marcará sólo la casilla Soplo y en caso de comportamiento variable se marcarán las dos.

La **P.A.** se determinará en condiciones definidas de acuerdo a recomendaciones internacionales.

Con respecto al **ECG**, se señalará si existe un **Ritmo Sinusal** o el paciente está en **Fibrilación Auricular** o **Flutter Auricular**; marcar la casilla (**FA**) para cualquiera de las dos arritmias.

**QRS anormal** evidencia cualquier alteración de la morfología, voltaje, duración o eje del complejo, incluyendo hipertrofia ventricular izquierda, bloqueos de rama, onda Q patológica, etc. También se consignará la existencia de anomalías del segmento ST y de la onda T.

De los **Antecedentes familiares** interesa si existieron casos de **Muerte súbita**, y/o de **MCH** confirmada. En **Dispositivos implantados** se contempla el antecedente de **Implante de marcapasos** de cualquier tipo y para cualquier fin, y de **Cardiodesfibrilador** para prevención de la muerte súbita. Se consideran además las posibles **Intervenciones previas** de reducción septal, que incluyen la **Ablación septal percutánea con alcohol** y la **Miectomía septal quirúrgica**, sea aislada o asociada a un procedimiento sobre válvula mitral o a revascularización miocárdica.

