

## Muerte súbita cardíaca: Los mejores resultados dependen de grandes esfuerzos

### *Sudden cardiac death: The best results depend on great efforts*

Dr. Francisco L. Moreno-Martínez<sup>1</sup>✉ y Dr. Osmani Rodríguez Camacho<sup>2</sup>

<sup>1</sup> Unidad de Hemodinámica y Cardiología Intervencionista. Cardiocentro Ernesto Che Guevara. Santa Clara, Villa Clara, Cuba. Editor Jefe, CorSalud.

<sup>2</sup> Universidad de Ciencias Médicas Ernesto «Che» Guevara de la Serna. Pinar del Río, Cuba.

*Full English text of this article is also available*

#### INFORMACIÓN DEL ARTÍCULO

**Palabras clave:** Muerte súbita, Enfermedad cardiovascular, Simposio  
**Key words:** Sudden death, Cardiovascular disease, Symposium

La muerte súbita cardíaca (MSC) representa un gran reto para cualquier sistema de salud, pues su proporción estimada es superior a 2 millones al año, con una supervivencia en el ámbito extrahospitalario menor de 5%<sup>1</sup>. Pero no es solo por su incidencia, sino también por la rapidez con que se presenta –en muchas ocasiones sin síntomas previos– y el poco tiempo del que se dispone para lograr, en caso de ser posible, una reanimación efectiva<sup>1,3</sup>. Hasta los sistemas de urgencias médicas de países desarrollados llegan, en muchas ocasiones, demasiado tarde<sup>4,5</sup>.

La fibrilación ventricular, de cualquier origen, es una de las principales causas de MSC potencialmente recuperable<sup>6</sup>; por eso, muchos lugares públicos se han dotado de desfibriladores externos automáticos (DEA) para acercar lo máximo posible la posibilidad de la desfibrilación<sup>2,4</sup>. Otra estrategia ha sido el entrenamiento de varios sectores poblacionales, no sanitarios, en las maniobras básicas de reanimación

cardiopulmonar<sup>7</sup>; pero hasta ahora solo se ha logrado –sin restarle importancia al hecho– reducir escasamente la mortalidad.

Queda mucho camino por andar y, por el momento, además del personal sanitario también debe implicarse la población general; si no lo hace, será imposible lograr los resultados deseados, porque las estrategias de prevención y el control de los factores de riesgo son primordiales para reducir la incidencia de esta letal enfermedad<sup>1,2,8-11</sup>.

En los niveles de atención terciaria y secundaria están garantizados los conocimientos y habilidades para su diagnóstico y tratamiento, pero en el nivel primario falla; no solo por responsabilidad de sus trabajadores, sino también –en algunos lugares– por carencia de recursos, por escasa o ninguna posibilidad de trasladar al paciente de forma inmediata después de estabilizado y por falta de educación a la población: educación para la salud<sup>12</sup>.

La adecuada estratificación de los pacientes y la identificación de individuos en riesgo, en los familiares de alguien que ha sufrido una MSC, han logrado diagnosticar y tratar muchas posibles causas, principalmente genéticas (eléctricas o morfológicas) y adquiridas. Entre ellas destacan los síndromes de QT largo y corto, de Brugada, las miocardiopatías

✉ FL Moreno-Martínez  
Cardiocentro Ernesto Che Guevara  
Calle Cuba 610, e/ Barcelona y Capitán Velasco  
Santa Clara 50200. Villa Clara, Cuba.  
Correo electrónico: revista.corsalud@gmail.com

hipertrofica y dilatada, y las cardiopatías isquémica y valvular, entre muchas otras<sup>1,8-10,13</sup>. Pero uno de los problemas más graves en el enfrentamiento a la MSC lo constituye la elevada incidencia de su principal causa: el síndrome coronario agudo<sup>9-12</sup>. Más del 95% de estos accidentes coronarios son de causa aterosclerótica y la aterosclerosis es una enfermedad que comienza con la vida. En estos casos, la identificación de comunidades e individuos en riesgo no garantiza la solución del problema, porque aunque el desarrollo científico-tecnológico nos ha dotado con equipos diagnósticos que permiten identificar las placas ateroscleróticas vulnerables en un paciente de riesgo, no existe aún ningún método que permita predecir cuáles de esas placas o de esos pacientes vulnerables van a desarrollar las manifestaciones clínicas de la enfermedad.

Todos los profesionales que atienden a estos tipos de pacientes y enfermedades conocen que la prevención primaria (primordialmente realizada en la atención primaria de salud) es muy importante, enfocada principalmente a cambios en los estilos de vida y al control de los factores de riesgo cardiovascular<sup>1-3,9</sup>, porque el empleo de fármacos, como la aspirina –por ejemplo–, se reserva para la prevención secundaria, pues en la primaria tiene más riesgos que beneficios (la incidencia de complicaciones hemorrágicas supera la prevención de accidentes trombóticos)<sup>14</sup>.

Sin embargo, la labor de los profesionales de atención primaria no se limita solo a eso, pues los avances terapéuticos, incluido el DEA, se acercan cada día más a la comunidad<sup>4</sup>. Es importante repetir que un elevado porcentaje de MSC ocurren en el ambiente extrahospitalario, donde la mayoría fallece o queda con secuelas invalidantes<sup>1,3,9</sup>. De ahí que la coordinación con los servicios de urgencias sea también de «vital» importancia.

Por todas estas razones la comunidad científica internacional no descansa en la búsqueda de soluciones y uno de esos ejemplos fue el desarrollo exitoso del II Simposio Nacional de Muerte Súbita Cardiovascular y I Convención Iberoamericana de Muerte Súbita Cardiovascular, celebrada en La Habana, entre los días 6 y 9 de diciembre de 2016, donde se reunieron profesionales de muchos países del mundo.

Esta edición de CorSalud es un número especial dedicado a la MSC, donde se publican varios trabajos presentados en las sesiones científicas de tan importante cónclave. Es muy difícil detallar todo lo que allí aconteció, pero vale la pena publicar algu-

nos de los principales trabajos, que han sido adaptados al formato de la revista.

Aquí se presentan los resultados científicos de muchos investigadores, actualización en temas específicos, comentarios, puntos de vista, protocolos de actuación, y propuestas de nuevas guías y cursos.

No caben dudas de que para alcanzar los mejores resultados se necesita del esfuerzo de todos.

## CONFLICTO DE INTERESES

Ninguno

## BIBLIOGRAFÍA

- Rodríguez-Reyes H, Muñoz Gutiérrez M, Márquez MF, Pozas Garza G, Asensio Lafuente E, Ortíz Galván F, *et al.* Muerte súbita cardiaca. Estratificación de riesgo, prevención y tratamiento. Arch Cardiol Mex. 2015;85(4):329-36.
- Goyal V, Jassal DS, Dhalla NS. Pathophysiology and prevention of sudden cardiac death. Can J Physiol Pharmacol. 2016;94(3):237-44.
- Hayashi M, Shimizu W, Albert CM. The spectrum of epidemiology underlying sudden cardiac death. Circ Res. 2015;116(12):1887-906.
- Drajer S. Papel de los sistemas de emergencia médica en la muerte súbita, CorSalud [Internet]. 2017 [citado 15 Oct 2017];9(4):227-8. Disponible en: <http://www.revcorsalud.sld.cu/index.php/cors/article/view/262/545>
- Lam SS, Zhang J, Zhang ZC, Oh HC, Overton J, Ng YY, *et al.* Dynamic ambulance reallocation for the reduction of ambulance response times using system status management. Am J Emerg Med. 2015; 33(2):159-66.
- Dorantes Sánchez M, Ponce Paredes E, Falcón Rodríguez R. Extrasístoles ventriculares con intervalo corto de acoplamiento como detonantes de arritmias malignas. CorSalud [Internet]. 2016 [citado 15 Jun 2017];8(3):144-52. Disponible en: <http://www.revcorsalud.sld.cu/index.php/cors/article/view/134/319>
- Cordero Escobar I. La enseñanza de la reanimación cardiopulmonar y cerebral. CorSalud [Internet]. 2017 [citado 15 Oct 2017];9(4):279-81. Disponible en: <http://www.revcorsalud.sld.cu/index.php/cors/article/view/263/546>
- Bagnall RD, Weintraub RG, Ingles J, Duflou J,

- Yeates L, Lam L, *et al.* A prospective study of sudden cardiac death among children and young adults. *N Engl J Med.* 2016;374(25):2441-52.
9. Priori SG, Blomström-Lundqvist C, Mazzanti A, Blom N, Borggrefe M, Camm J, *et al.* 2015 ESC Guidelines for the management of patients with ventricular arrhythmias and the prevention of sudden cardiac death: The Task Force for the Management of Patients with Ventricular Arrhythmias and the Prevention of Sudden Cardiac Death of the European Society of Cardiology (ESC). Endorsed by: Association for European Paediatric and Congenital Cardiology (AEPC). *Eur Heart J.* 2015;36(41):2793-867.
10. Lerma C, Glass L. Predicting the risk of sudden cardiac death. *J Physiol.* 2016;594(9):2445-58.
11. Deyell MW, Krahn AD, Goldberger JJ. Sudden cardiac death risk stratification. *Circ Res.* 2015;116(12):1907-18.
12. Moreno-Martínez FL, Chávez-González E, Moreno-Valdés MT, Oroz Moreno R. Promoción de salud para reducir el retraso en buscar atención médica de los pacientes con síndrome coronario agudo. *Rev Esp Cardiol.* 2016;69(7):713.
13. de León Ojeda NE. Determinantes genéticas de la muerte súbita cardiovascular. *CorSalud* [Internet]. 2014 [citado 15 Jun 2017];6(Supl 1):30-41. Disponible en: <http://www.corsalud.sld.cu/suplementos/2014/v6s1a14/genetica.html>
14. Cleland JG. Is aspirin useful in primary prevention? *Eur Heart J.* 2013;34(44):3412-8