

## Proyecciones del Grupo de Investigación en Muerte Súbita 20 años después de su creación

### *Projections of the Research Group on Sudden Death 20 years after its foundation*

Dr. C. Luis A. Ochoa Montes<sup>a</sup>✉, MSc. Dra. Daisy Ferrer Marrero<sup>b</sup>, MSc. Dra. Nidia D. Tamayo Vicente<sup>c</sup>, MSc. Mileidys González Lugo<sup>d</sup>, MSc. Dr. Ernesto Vilches Izquierdo<sup>e</sup>, MSc. Dr. Jonathan F. Quispe Santos<sup>f</sup>, Dra. Yanelis Pernas Sánchez<sup>g</sup>, Dra. Damary García Ones<sup>h</sup>, Dr. C. Rafael E. Araujo González<sup>i</sup>, Dr. Roberto Planas Bouly<sup>j</sup>, Lic. Mercedes Morejón Melgares<sup>k</sup>, Lic. Tayli López Tutusaus<sup>i</sup> y Dra. Lianne Ramos Marrero<sup>l</sup>

<sup>a</sup> Hospital Clínico-Quirúrgico Hermanos Ameijeiras. Centro Habana. La Habana, Cuba.

<sup>b</sup> Facultad de Ciencias Médicas Victoria de Girón. Universidad Médica de La Habana. La Habana, Cuba.

<sup>c</sup> Policlínico Docente Pulido Humarán de La Lisa. La Habana, Cuba.

<sup>d</sup> Clínica Central del MININT. Plaza de la Revolución. La Habana, Cuba.

<sup>e</sup> Policlínico Docente Párraga. Arroyo Naranjo. La Habana, Cuba.

<sup>f</sup> Gobierno Regional del Callao. Departamento de Desarrollo Social. Clini Bus. Lima, Perú.

<sup>g</sup> Hospital Clínico-Quirúrgico Calixto García Iñiguez. Plaza de la Revolución. La Habana, Cuba.

<sup>h</sup> Policlínico Docente Marcíos Manduley. Centro Habana. La Habana, Cuba.

<sup>i</sup> Centro de Estudios Demográficos de La Universidad de La Habana. Playa. La Habana, Cuba.

<sup>j</sup> Facultad de Ciencias Médicas Manuel Fajardo. Universidad Médica de La Habana. La Habana, Cuba.

<sup>k</sup> Grupo de Investigación en Muerte Súbita (GIMUS) de Cuba.

<sup>l</sup> Policlínico René Bedia. Boyeros. La Habana, Cuba.

Todos miembros del Grupo de Investigación en Muerte Súbita (GIMUS) de Cuba.

#### INFORMACIÓN DEL ARTÍCULO

**Palabras clave:** Muerte súbita/definición, Muerte súbita/registro estadístico, Muerte súbita/investigación

**Key words:** Sudden Death/definition, Sudden Death/statistic registry, Sudden Death/research

#### RESUMEN

Ante el desafío que impone la muerte súbita cardiovascular para los sistemas sanitarios a nivel mundial resulta de gran

importancia su enfoque multi e interdisciplinario, donde se integren todos los factores médicos y no médicos involucrados en su atención. A partir de los resultados de las investigaciones epidemiológicas realizadas en Cuba en un período de 20 años por el Grupo de Investigación en Muerte Súbita, que ponen de manifiesto la importancia de esta problemática de salud en atención a su elevada incidencia y su impacto económico, familiar y social; se definen las proyecciones de trabajo futuras de este colectivo de investigadores en el

✉ LA Ochoa Montes

Sección B, Manzana 9, Nº 7. Reparto Frank País. Arroyo Naranjo. La Habana, Cuba.

Correos electrónicos: [ochoa@infomed.sld.cu](mailto:ochoa@infomed.sld.cu) y [gemuertesubita@infomed.sld.cu](mailto:gemuertesubita@infomed.sld.cu)

abordaje de esta enfermedad. El propósito de este artículo ha sido describir dichas proyecciones para lograr una mejor atención a estos pacientes, por lo que se incluyen: una mejor competencia y desempeño en su conocimiento y accionar, y el logro de un consenso que permita contar con una definición universal para su estudio, diagnóstico y registro estadístico de los datos. El intercambio científico entre las diversas especialidades y grupos de trabajo que participan en su atención resulta esencial para encarar su elevada incidencia y trazar estrategias conjuntas que permitan disminuir su impacto.

#### ABSTRACT

Given the challenge posed by cardiovascular sudden death to healthcare systems worldwide, it is very important a multi- and interdisciplinary approach that integrates all

medical and non-medical aspects involved in its assistance. After analyzing the results of the epidemiological research carried out in Cuba over 20 years by the Research Group on Sudden Death, which highlight the importance of this health problem because of its high incidence and its economic, family and social impact, future projections of this working group in addressing this disease were defined. The aim of this article is to describe these projections in order to achieve a better care for these patients. Projections include: better competence and performance in their knowledge and actions, and reaching a consensus to establish a universal definition for its study, diagnosis, and recording of statistical data. The scientific exchange among the various specialties and working groups involved in its medical care is essential to face its high incidence and to generate joint strategies to lessen its impact.

#### INTRODUCCIÓN

En no pocas ocasiones, se escucha sobre un sujeto que, encontrándose bien en un momento, agoniza instantes más tarde. En esta simple frase se recogen las tres características que definen a la muerte súbita (MS), al señalarse que se trata de un fenómeno: a) natural, b) inesperado y c) rápido. Tras la aparición de una arritmia ventricular maligna sobreviene la pérdida de la conciencia, «*como un rayo en un cielo despejado*». Al colapso inicial acontece, en pocos minutos, la muerte biológica de no ser restaurado un débito cardiocerebral eficaz que permita mantener las funciones orgánicas<sup>1</sup>.

Según criterios de expertos la muerte súbita cardiovascular (MSC) representa uno de los principales desafíos para los sistemas de salud en el siglo que transcurre<sup>2-4</sup>. Esta afirmación está justificada, en parte, por la elevada incidencia del fenómeno, a lo cual puede añadirse, el impacto emocional de su presentación; el cual se extiende a la familia y la sociedad, como consecuencia del carácter inesperado del suceso. A lo «desgarrador» del episodio se suman las enormes pérdidas económicas que se generan por concepto de años de vida útiles que se pierden de forma prematura, en sujetos laboralmente activos; y llega a representar la primera y única manifestación de enfermedad cardiovascular hasta en el 40 % de los casos<sup>5,6</sup>.

En un trabajo anterior se enfocan las premisas que dieron lugar, en el año 1995, a la creación del Grupo de Estudio de Muerte Súbita Cardiovascular (GEMSC), hoy Grupo de Investigación en Muerte Súbita (GIMUS).

En este período de 20 años (1995-2015) el GIMUS ha documentado 1.953 sucesos de MSC, en 24.758 muertes naturales estudiadas en 27 municipios de 12 provincias del país<sup>7</sup>.

El propósito de este artículo es describir las proyecciones futuras de trabajo del GIMUS en el estudio de la MS, transcurridos los primeros 20 años de su creación en Cuba.

#### Principales retos y desafíos del GIMUS para los próximos años

A partir de los resultados del estudio y, en concordancia con los principales retos y desafíos identificados por el GIMUS en estos 20 años, se proponen las proyecciones de trabajo para los próximos años que se extienden al tratamiento de temas tan importantes como la definición, la metodología para su estudio, el registro del dato estadístico, el enfoque multi e interdisciplinario en su estudio, y el intercambio continuo y la actualización científica permanente de sus miembros.

##### I. Sobre una definición universal

Uno de los objetivos es lograr un consenso sobre la definición; aspecto de gran utilidad en las muertes presenciadas en la comunidad o en los servicios de emergencia, pero aún mayor en la práctica forense, cuando se solicita que las autopsias se realicen en aquellos cuyas muertes no son presenciadas por testigos, ocurren durante el sueño o en un momento desconocido antes de hallarse el cuerpo<sup>8</sup>. Bajo estas

circunstancias es mejor considerar que la muerte es súbita si el fallecimiento ocurre en un sujeto con buena salud, horas antes de la muerte, período que varía según algunos autores, como también varía el criterio sobre la buena salud.

En este caso particular, debe realizarse una revisión «por encargo», a un grupo convocado de patólogos, legistas, internistas y cardiólogos, de las definiciones históricas y actuales de la MS y la MSC, para tratar puntos comunes y diferentes que permitan elaborar un proyecto de definición propia, en forma de un documento susceptible de análisis y discusión.

A continuación, debe crearse una comisión que organice y desarrolle un taller donde se discuta un proyecto de definición cubana del tema, lo que influirá directamente en el resto de las acciones a adoptar.

En este taller deben participar, fundamentalmente, internistas, cardiólogos, intensivistas, patólogos y legistas; debe ser convocado por el Viceministerio de Asistencia Médica y auspiciado por las sociedades correspondientes y la Organización Panamericana de la Salud (OPS), con la participación de los directivos de las sociedades y grupos nacionales, para garantizar el nivel científico como resultado de la discusión abierta y flexible.

## II. Sobre una metodología universal para el estudio de los casos

Los patólogos forenses son responsables, con mucha frecuencia, de la determinación de la causa precisa de la MS. Se señala que hay una considerable variación en la forma en que enfocan esta compleja tarea, avalado por el hecho de que en muchos capítulos de libros, guías profesionales y artículos, se ha descrito cómo los patólogos deben investigar esta situación, pero hay muy poco acuerdo entre los centros, incluso dentro de los mismos países<sup>8</sup>. Algo similar ocurre con el resto de los patólogos.

Son varios los que han descrito cómo estudiarla e investigarla<sup>9</sup>; a pesar de ello, como ya se ha señalado, hay poca coincidencia entre los centros. Cuando se trata de una necropsia médico-legal, se considera que la investigación forense de estas muertes debe incluir 4 pasos que se extiendan a recopilar información sobre las circunstancias de la muerte y la información clínica relevante al momento de la autopsia: *la realización de la autopsia con estudio histológico, los exámenes de laboratorio, la formulación de un diagnóstico, y el cierre final del informe forense, que debe incluir un*

*resumen clínico-patológico*<sup>4</sup>.

Por lo que debe proseguirse el trabajo de perfeccionamiento de la metodología de estudio de esos casos fallecidos, avalada mediante base legal, y válida para autopsias clínicas y médico-legales, donde se valore la inclusión, con carácter obligatorio, de la realización de la necropsia en esos casos; ya que no puede ser que se diagnostique o califique «sin daño estructural» y no esté bien estudiado el corazón, ni que se introduzcan, por hacer este diagnóstico, subregistros de otras enfermedades, que también son causas de muerte, de interés para el sistema de salud cubano.

Se afirma que el 50 % de las muertes cardíacas se presenta súbitamente<sup>1</sup>. En este momento es importante considerar o establecer si la muerte es atribuible a enfermedad cardíaca u otras causas –por definición naturales– de MS; la naturaleza de la enfermedad cardíaca, donde se identifique si el mecanismo es arritmico o mecánico, si la afección cardíaca que la causa podría ser hereditaria, o si se dispone del estudio de los familiares; pues avances recientes en el campo de la genética molecular han incrementado la comprensión de la etiología de muchas canalopatías letales y hereditarias que conducen a arritmias fatales, como el síndrome del QT largo, la taquicardia ventricular catecolaminérgica polimórfica y el síndrome de Brugada.

Los patólogos juegan, actualmente, un papel crucial en tales circunstancias ya que un diagnóstico de certeza *post mórtem* sobre las causas de MS es de particular importancia para establecer estrategias de prevención que eviten otras en los familiares; pero no todos los patólogos confieren a las autopsias de MS la misma atención, la mayoría se realiza por patólogos generales o forenses, cuyos principales intereses profesionales son los dedicados a la patología quirúrgica o a la investigación de muertes violentas, respectivamente<sup>8</sup>.

A modo de resumen, debe trabajarse en la búsqueda de consenso en la definición y al diagnóstico de los casos de MS. La investigación debe centralizarse, con lo que se lograría uniformidad en el proceder de patólogos y legistas; así como una concentración de los recursos necesarios para su estudio, los cuales son costosos.

## III. Sobre el registro estadístico de los datos

Los autores de este trabajo consideran que no es adecuado el registro estadístico de la MS en la generalidad de las situaciones actuales porque, aunque la muerte se haya presentado como súbita, una vez que se con-

cluyen los estudios –con independencia a la metodología utilizada–, y se logran identificar las causas de muerte, son éstas las que se certifican y no queda constancia de que se trata, según definición, de una MS. Lo anterior resulta controversial pues las condiciones en que acontece el episodio, que son criterios diagnósticos para la MS (muerte natural, inesperada y rápida), permanecen invariables, de ahí que se pierda el registro de esta condición<sup>10</sup>.

De hecho, al realizar búsquedas bibliográficas que enlacen la MS con los registros estadísticos, son pocos los resultados que se obtienen; algo más relevantes cuando se trata de la MS infantil, pero no así en la del adulto en general, ni en la cardiovascular, en particular<sup>10,11</sup>.

Por ejemplo, Boitsov *et al.*<sup>12</sup>, en el año 2010, afirman que en Rusia no se hace la detección y notificación de casos de MS de origen coronario como entidad nosológica independiente, lo que afecta la información estadística; en tanto, Martinelli *et al.*<sup>13</sup>, en 2012, aunque refieren que la incidencia de la MSC de Brasil es alta y se estima que es mayor que todas las otras causas de muerte, afirman que no hay datos estadísticos fiables sobre esta en Brasil.

La falta de uniformidad en las guías empleadas por patólogos en el estudio de los casos de MSC, unido a la poca interrelación de los centros que investigan este suceso en los diferentes países, incide negativamente en su registro<sup>4</sup>.

Estas dificultades afectan las estimaciones de incidencia, que se reconoce son cruciales para la planificación de las medidas de salud pública; pero se afirma<sup>14</sup>, y los autores están de acuerdo, que la mayoría de los estudios sobre incidencia, por ejemplo, del infarto agudo de miocardio, se dificultan por problemas metodológicos. Y esto se relaciona muy estrechamente con el diagnóstico y registro de la MSC.

No se puede ignorar que muchas muertes –y a ello se han referido, en diferentes formas, los autores<sup>8,15,16</sup>– inicialmente pueden incluirse dentro de esta categoría; pero no es hasta que aparecen las informaciones del lugar, con los datos suministrados por testigos, familiares, autoridades policiales o judiciales y el médico de la familia, junto al examen exhaustivo del lugar donde ocurre la muerte, y la realización de una necropsia médico legal completa, donde se obtienen los elementos de juicio necesarios para establecer la causa y la manera de la muerte; por lo que es preciso realizar una investigación completa, lo que no siempre

ocurre<sup>17</sup>.

Lo anterior, referido al diagnóstico, explica, de por sí, problemas con el registro de estas muertes. Otro ejemplo, que afecta el registro, se puede encontrar en la propia definición de la MS como causa de muerte, donde se observan algunas contradicciones conceptuales.

La Organización Mundial de la Salud (OMS), en su décima revisión de la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-10), contempla como «Muerte súbita de causa desconocida» aquella que ocurre «dentro de las primeras 24 horas desde el inicio de los síntomas, sin una causa que la justifique»<sup>18</sup>. Exige para su diagnóstico que no se haya podido establecer una causa, así como la ausencia de signos de enfermedad y, por supuesto, que no sea de origen violento (R96.1); pero eso no es lo que realmente ocurre en la práctica, porque a pesar de identificarse la causa que lleva a la muerte, esta no se certifica bajo tal condición (MS), sino como la causa que se determina, y es ahí donde la inexistencia de un consenso en su definición influye en su registro.

Esto quiere decir que se registran como tales, sólo aquellas muertes en que las causas que la originaron, sean cardiovasculares o de otra etiología, no fueron precisadas. De ahí que se reconozca que existe un subregistro.

Tal es así que Martínez-Sánchez<sup>19</sup> comenta, ya desde la CIE-9, que a la mayoría de las MSC se les incluye bajo el código 410 que se refiere al IAM, e insiste en que ello motiva un registro deficiente del dato estadístico que dificulta la realización de estudios poblacionales para conocer la real incidencia de la MS.

En la Décima Clasificación (CIE-10)<sup>18</sup>, la categoría «muerte súbita cardíaca, así descrita» (I46.1), se basa en la ausencia de un diagnóstico específico que justifique la parada cardíaca; así, las enfermedades del sistema de conducción y el infarto de miocardio, aparecen expresamente excluidas, aspectos que se contradicen con diversos enfoques y criterios diagnósticos, incluidos los médico-legales.

Tal es así que Morales Martínez<sup>20</sup> comenta, ya desde la CIE-9, que a la mayoría de las MSC se les incluye bajo el código 410 que se refiere al infarto agudo de miocardio, e insiste en que ello motiva un registro deficiente del dato estadístico que dificulta la realización de estudios poblacionales para conocer la real incidencia de la MS.

Se reitera la presencia de un elemento totalmente

controversial, porque estadísticamente sólo son MS aquellas en las que no hay hallazgos que expliquen la muerte, a pesar de que sí son súbitas desde el momento en que se cumplen en su presentación los elementos de todas las definiciones que prácticamente se han dado del término.

Es criterio de los autores que el diseño del modelo de certificado médico de defunción vigente en Cuba no evita este subregistro por las mismas razones que se exponen al considerar su existencia. Se registra solo la causa de muerte, pero al excluir la forma de presentación de ésta solo incluye, en gran medida, aquellas en que la causa de muerte no se evidencia.

Si se pretende hacer, en la actualidad, un estudio sobre la real incidencia de presentación de la MS, a partir de las estadísticas de mortalidad del país; solo se dispone del registro del dato, en la mayoría de los casos (sobre todo después de la necropsia), de aquellas, en que al concluirse los estudios, no se determina la causa de muerte.

En el caso de su registro estadístico, es necesario continuar el estudio de acciones encaminadas a eliminar el subregistro que, de esta entidad, existe en el país, liderado por la Dirección de Registros Médicos y Estadísticas del Ministerio de Salud Pública, con la participación de los representantes que se consideren necesarios.

Como un primer paso para lograr este objetivo, en septiembre del año 2014, se realizó el Primer Taller Científico de MSC para el Registro Estadístico, donde participaron especialistas de la Dirección de Registros Médicos y Estadísticas del Ministerio de Salud Pública, el Instituto de Medicina Legal y el GIMUS, y donde se ha adoptaron importantes acuerdos que permiten mejorar la confiabilidad en el registro del dato sobre la MSC.

Dentro de estos acuerdos se encuentra la aprobación de la propuesta de consignar como causa directa de muerte, cuando el deceso sea súbito y atribuible a causas dependientes del corazón y los vasos sanguíneos, ambas condiciones: el térmi-

no «muerte súbita cardíaca» y la causa directa del fallecimiento, de cumplirse los criterios válidos para el establecimiento de su carácter de MS y de la enfermedad causal, si se evidenciara. Deberá registrarse, en lo sucesivo, como se muestra en los ejemplos de las Figuras 1, 2 y 3.

Una vez asumida como correcta esta modalidad

13. CAUSA DE LA MUERTE		TIEMPO APROX. ENTRE EL INICIO DE LA CAUSA Y LA MUERTE	CÓDIGO
<b>PARTE I</b> ENFERMEDAD O ESTADO PATOLÓGICO QUE FINALMENTE PRODUJO LA MUERTE	a) <b>Muerte súbita cardiovascular por infarto agudo de miocardio</b> <b>CAUSA DIRECTA</b>		
CAUSAS QUE ANTECEDIERON A LA CAUSA DIRECTA, SI EXISTEN LA ÚLTIMA CAUSA ANOTADA EN C o D SERÁ LA QUE INICIÓ TODO EL PROCESO PATOLÓGICO	b) <b>Aterosclerosis coronaria severa</b> <b>CAUSA QUE OCASIONÓ LO ANOTADO EN PARTE 1 a)</b>		
	c) <b>Aterosclerosis generalizada</b> <b>CAUSA QUE OCASIONÓ LO ANOTADO EN PARTE 1 b)</b>		
	d) <b>CAUSA QUE OCASIONÓ LO ANOTADO EN PARTE 1 c)</b>		
<b>PARTE II</b> OTRAS ENFERMEDADES SIGNIFICATIVAS QUE CONTRIBUYERON A LA MUERTE, PERO NO RELACIONADAS CON LA CAUSA DIRECTA (1 a)			

**Figura 1.** Informe de un caso de MSC. En la causa directa de la muerte se recoge la condición (súbita) unido a la causa que la produjo (infarto agudo de miocardio). En este caso se trata de una MSC en presencia de cardiopatía estructural coronaria.

13. CAUSA DE LA MUERTE		TIEMPO APROX. ENTRE EL INICIO DE LA CAUSA Y LA MUERTE	CÓDIGO
<b>PARTE I</b> ENFERMEDAD O ESTADO PATOLÓGICO QUE FINALMENTE PRODUJO LA MUERTE	a) <b>Muerte súbita cardiovascular por miocarditis aguda</b> <b>CAUSA DIRECTA</b>		
CAUSAS QUE ANTECEDIERON A LA CAUSA DIRECTA, SI EXISTEN LA ÚLTIMA CAUSA ANOTADA EN C o D SERÁ LA QUE INICIÓ TODO EL PROCESO PATOLÓGICO	b) <b>Infección respiratoria alta viral</b> <b>CAUSA QUE OCASIONÓ LO ANOTADO EN PARTE 1 a)</b>		
	c) <b>CAUSA QUE OCASIONÓ LO ANOTADO EN PARTE 1 b)</b>		
	d) <b>CAUSA QUE OCASIONÓ LO ANOTADO EN PARTE 1 c)</b>		
<b>PARTE II</b> OTRAS ENFERMEDADES SIGNIFICATIVAS QUE CONTRIBUYERON A LA MUERTE, PERO NO RELACIONADAS CON LA CAUSA DIRECTA (1 a)			

**Figura 2.** Informe de un caso de MSC. En la causa directa de la muerte se recoge la condición (súbita) unido a la causa que la produjo (miocarditis aguda). En este caso se trata de una MSC en presencia de cardiopatía estructural no coronaria.

13. CAUSA DE LA MUERTE		TIEMPO APROX. ENTRE EL INICIO DE LA CAUSA Y LA MUERTE	CÓDIGO
<b>PARTE I</b> ENFERMEDAD O ESTADO PATOLÓGICO QUE FINALMENTE PRODUJO LA MUERTE	a) Muerte súbita cardiovascular por Síndrome de Brugada CAUSA DIRECTA		
CAUSAS QUE ANTECEDIERON A LA CAUSA DIRECTA. SI EXISTEN LA ÚLTIMA CAUSA ANOTADA EN C o D SERÁ LA QUE INICIO TODO EL PROCESO PATOLÓGICO	b) CAUSA QUE OCASIONÓ LO ANOTADO EN PARTE 1 a)		
	c) CAUSA QUE OCASIONÓ LO ANOTADO EN PARTE 1 b)		
	d) CAUSA QUE OCASIONÓ LO ANOTADO EN PARTE 1 c)		
<b>PARTE II</b> OTRAS ENFERMEDADES SIGNIFICATIVAS QUE CONTRIBUYERON A LA MUERTE, PERO NO RELACIONADAS CON LA CAUSA DIRECTA (1-4)			

**Figura 3.** Informe de un caso de MSC. En la causa directa de la muerte se recoge la condición (súbita) unido a la causa que la produjo (Síndrome de Brugada). En este caso se trata de una MSC en ausencia de cardiopatía estructural demostrable.

por parte de la Dirección de Estadísticas del Ministerio de Salud Pública, debe ir seguida de una suficiente y consecuente diseminación de la información a los interesados, para proceder en consecuencia. Ello permite contar con el registro de MS y de las enfermedades que la provocan, si fueran encontradas.

Cuando las condiciones requeridas lo permitan, puede valorarse la adición de un epígrafe, en el diseño del Modelo del Certificado Médico de Defunción, para la MS que incluya todas aquellas que se adscriban a la definición, independientemente de su causa; y en las causas de muerte señalar lo establecido en su clasificación, yendo de lo general a lo particular: súbita de causa desconocida, súbita de origen cardiovascular, infarto agudo de miocardio o cualquier otra causa, cardiovascular o no, que se haya establecido durante la realización de la necropsia (**Figura 4**).

Se acuerda utilizar como una aproximación para conocer la magnitud del fenómeno de la MSC en Cuba, los datos sobre los tiempos de inicio del episodio para

14. CONFIRMACIÓN DE LAS CAUSAS: CLÍNICA <input type="checkbox"/> 1 INVESTIGACIÓN (EXCLUYE BIOPSIA) <input type="checkbox"/> 2 OPERACIÓN <input type="checkbox"/> 3	BIOPSIA <input type="checkbox"/> 4 NECROPSIA <input type="checkbox"/> 5 RECONOCIMIENTO <input type="checkbox"/> 6	15. SI ES MUERTE SÚBITA: MUERTE SÚBITA CARDIOVASCULAR <input type="checkbox"/> 1 MUERTE SÚBITA NO CARDIOVASCULAR <input type="checkbox"/> 2
---	---	---

**Figura 4.** Propuesta de adición de epígrafe en el Certificado Médico de Defunción para el registro de los casos de MS.

las enfermedades cardiovasculares que constituyan causa de muerte y que, a partir de su registro en el Certificado Médico de Defunción, se encuentre disponible este dato en la base de datos estadísticos de la Dirección de Registros Médicos y Estadísticas del Ministerio de Salud Pública, al considerar para esta condición todos aquellos casos comprendidos en las primeras seis horas de iniciados los síntomas y que pudieran considerarse como decesos cardiovasculares súbitos.

#### IV. Sobre la necesidad de un enfoque multi e interdisciplinario en su estudio

El abordaje de esta importante problemática de salud a nivel mundial, dadas su complejidad y la diversidad de los grupos poblacionales en que se presenta (**Figura 5**), rebasa el campo de estudio de cual-

quier disciplina en particular, por lo que se necesitan esfuerzos conjuntos para, desde una perspectiva integradora, estar en mejores condiciones de hacer frente a este flagelo<sup>21</sup>.

Se hace necesario abandonar posiciones erróneas que pretenden enmarcar el estudio de la MSC en una disciplina o especialidad en particular. Cualquier esfuerzo en su estudio debe tomar en cuenta el carácter multifactorial y multicausal de este fenómeno (**Figura 5**), donde existen grupos particulares de riesgo: cardiópatas, pacientes con síndromes eléctricos hereditarios no estructurales, lactantes, deportistas, pacientes psiquiátricos, renales crónicos, por solo citar algunos, marcadores y predictores diversos y múltiples desencadenantes que contribuyen a que se manifieste la MSC<sup>2</sup>. Lo anterior exige un análisis consensuado por múltiples especialidades biomédicas, entre las cuales se encuentran: Cardiología, Medicina Interna, Medicina General Integral, Anatomía Patológica, Medicina Legal, Neurología, Neumología, Pediatría, Medicina del

Deporte, Cuidados Intensivos y Emergencias, Genética Médica, Toxicología, Salud Pública, Enfermería, Estadística de Salud; así como otras disciplinas no médicas como Psicología, Demografía, Sociología, entre otras.

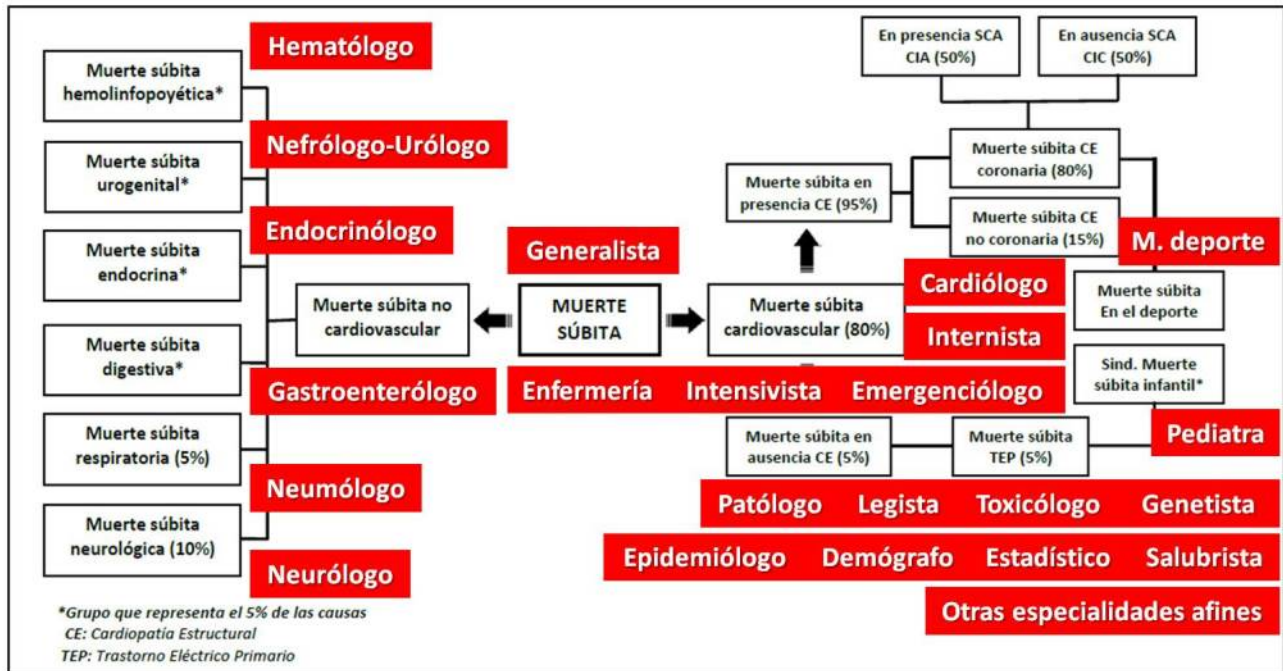


Figura 5. Abordaje multi e interdisciplinario en la investigación de casos de MS.

### V. Sobre el intercambio continuo y la actualización científica permanente por parte de la comunidad científica

No debe cejarse en el empeño de promover el intercambio continuo y la actualización de la temática por parte de la comunidad científica involucrada, al promover tareas de investigación de carácter multidisciplinar para lograr avances, a partir de las fortalezas que se encuentran en el Sistema de Salud cubano y erradicar las debilidades identificadas en torno a su definición, metodología de estudio y diagnóstico.

Como parte de esas acciones, el GIMUS –miembro de la Alianza contra la MS, una iniciativa de la Sociedad Interamericana de Cardiología (SIAC)– en el año 2013, con el lema «Prevenir la muerte súbita para dar paso a la vida», organizó y desarrolló el I Simposio Cubano de Muerte Súbita Cardiovascular, como un primer acercamiento a esta problemática en Cuba. En él hubo intercambios entre expertos de diferentes disciplinas que participan de su prevención, diagnóstico y atención, y se ratificó la necesidad de un enfoque multi e interdisciplinario, así como la necesidad de intercambios científicos permanentes con la participación de investigadores de otras naciones que trasmittan sus experiencias en la conducta a seguir ante esta enfermedad. Por estas razones, está prevista la cele-

bración del II Simposio Cubano de Muerte Súbita Cardiovascular, en La Habana, entre los días 6 - 9 de diciembre de 2016<sup>21,22</sup>.

### CONCLUSIONES

Las enfermedades cardiovasculares en Cuba constituyen una importante problemática de salud por las elevadas morbilidad y mortalidad, discapacidad, años de vida potencial perdidos y costos por conceptos de atención de salud a estos pacientes. En aproximadamente el 50 % de los casos la muerte sobreviene súbitamente y representa, en un porcentaje significativo de ellos, la primera y única manifestación de la enfermedad.

Se hace necesario, por constituir esta problemática uno de los principales retos y desafíos a enfrentar por el Sistema de salud cubano, identificar las principales proyecciones para lograr una mejor atención a estos pacientes, las cuales deben transitar desde una mejor competencia y desempeño en su conocimiento y abordaje, hasta el logro de un consenso que permita contar con una definición universal para su estudio, su diagnóstico y el registro estadístico de los datos. El intercambio científico entre las diversas especialidades y grupos de trabajo que participan de su atención con un enfoque multi e interdisciplinario resulta esencial

para encarar su elevada incidencia, al trazar estrategias conjuntas que permitan disminuir su impacto.

### Agradecimientos

A la Dirección Nacional de Registros Médicos y Estadísticas de Salud del Ministerio de Salud Pública de la República de Cuba.

A los colegas del Instituto de Medicina Legal de Cuba.

A los investigadores del Grupo de Investigación en Muerte Súbita (GIMUS).

### REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Garillo R. Muerte súbita cardíaca: Las siete preguntas para las cuales todo cardiólogo debe tener respuesta. *Arch Cardiol Mex.* 2010;80:199-204.
- Bayés de Luna A, Elosua R. Muerte súbita. *Rev Esp Cardiol.* 2012;65:1039-52.
- Brugada R. La muerte súbita en el corazón sano. *Rev Esp Cardiol.* 2010;10(Supl. A):S78-84.
- Bayés de Luna A, Kotzeva A, Goldwasser D, Subirana M, Puig MT, Bayés-Genis T, et al. Relevancia de la muerte súbita cardíaca. *Arch Cardiol Mex.* 2007;77(S4):123-8.
- Morentin B, Audicana C. Estudio poblacional de la muerte súbita cardiovascular extrahospitalaria: incidencia y causas de muerte en adultos de edad mediana. *Rev Esp Cardiol.* 2011;64:28-34.
- Ochoa Montes LA, Miguélez Nodarse R, Vilches Izquierdo E, Pernas Sánchez Y. El desafío mundial de la muerte súbita cardíaca en el nuevo milenio. Resumen de un estudio cubano. *CorSalud [Internet].* 2012 [citado 5 Jun 2015];4:278-86. Disponible en: <http://www.corsalud.sld.cu/sumario/2012/v4n4a12/ms.html>
- Ochoa Montes LA, Tamayo Vicente ND, González Lugo M, Vilches Izquierdo E, Quispe Santos JF, Pernas Sánchez Y, et al. Resultados del Grupo de investigación en Muerte súbita 20 años después de su creación. *Rev Cubana Salud Pública [Internet].* 2015 [citado 5 Jun 2015];41:298-323. Disponible en: <http://www.revsaludpublica.sld.cu/index.php/spu/article/view/376/328>
- Oliva A, Brugada R, D'Aloja E, Boschi I, Partemi S, Brugada J, et al. State of the art in forensic investigation of sudden cardiac death. *Am J Forensic Med Pathol.* 2011;32:1-16.
- Basso C, Burke M, Fornes P, Gallagher PJ, de Gouveia RH, Sheppard M, et al. Guidelines for autopsy investigation of sudden cardiac death. *Virchows Arch.* 2008;452:11-8.
- Ferrer Marrero D, Ochoa Montes LA, Vigo Ramos J, Vilches Izquierdo E, Pérez Álvarez H. Muerte súbita cardiovascular: ¿qué definición utilizar? *CorSalud [Internet].* 2014 [citado 5 Jun 2015];6:S97-8. Disponible en: <http://www.corsalud.sld.cu/suplementos/2014/v6s1a14/mesas.html#mesa2>
- Ochoa Montes LA, López Messa JB, Ferrer Marrero D, Fernández Viera MR. Los registros estadísticos en la muerte súbita cardiovascular. *CorSalud [Internet].* 2014 [citado 5 Jun 2015];6:S98-100. Disponible en: <http://www.corsalud.sld.cu/suplementos/2014/v6s1a14/mesas.html#mesa3>
- Bořtsov SA, Iakushin SS, Nikulina NN. The topical issues of the terminology, classification, and statistics of acute forms of ischemic heart disease. *Ter Arkh.* 2010;82:5-13.
- Martinelli M, Zimerman LI, Neto VÁ, Moraes AV, Fenelon G. Sudden cardiac death in Brazil: study based on physicians' perceptions of the public health care system. *Pacing Clin Electrophysiol.* 2012;35:1326-31.
- Nielsen KM, Foldspang A, Larsen ML, Gerdes LU, Rasmussen S, Faergeman O. Estimating the incidence of the acute coronary syndrome: data from a Danish cohort of 138 290 persons. *Eur J Cardiovasc Prev Rehabil.* 2007;14:608-14.
- Larsen MK, Nissen PH, Berge KE, Leren TP, Kristensen IB, Jensen HK, et al. Molecular autopsy in young sudden cardiac death victims with suspected cardiomyopathy. *Forensic Sci Int.* 2012;219:33-8.
- Quarta G, Lambiase P, Elliott P. Beyond sudden death in the athlete: how to identify family members at risk. *Br J Sports Med.* 2011;45:189-92.
- Michaud K, Mangin P, Elger BS. Genetic analysis of sudden cardiac death victims: a survey of current forensic autopsy practice. *Int J Legal Med.* 2011; 125:359-66.
- Organización Mundial de la Salud, Organización Panamericana de la Salud. Clasificación estadística internacional de enfermedades y problemas relacionados con la salud. Décima Revisión [Internet]. Washington DC: OPS; 2008 [citado 5 Jun 2015]. Disponible en: <http://ais.paho.org/classifications/Chapters/pdf/Volum3.pdf>



19. Martínez-Sánchez MC, Rodríguez-Vicente C. Sudden death: correlation histopathological and biochemical. *Forensic Sci Int.* 2004;146:S31-2.
20. Morales Martínez PE. Muerte súbita de origen cardiovascular. Gutiérrez-Hoyos A, Etxeberría Gabilondo F, eds. Segundo Curso de Patología Forense. Donostia-San Sebastián: Facultad de Medicina, Universidad del País Vasco; 2001. p. 207-21.
21. Ochoa Montes LA. I Simposio Cubano de Muerte Súbita Cardiovascular: Un encuentro necesario para la comunidad médica de Cuba. *CorSalud* [Internet]. 2014 [citado 5 Jun 2015];6:S1-2. Disponible en: <http://www.corsalud.sld.cu/suplementos/2014/v6s1a14/editorial.html>
22. Informe Final del “I Simposio Cubano de Muerte Súbita Cardiovascular” (7-9 de noviembre de 2013. La Habana, Cuba). *CorSalud* [Internet]. 2014 [citado 5 Jun 2015 ];6:S101-4. Disponible en: <http://www.corsalud.sld.cu/suplementos/2014/v6s1a14/informe.html>