

Piedad Shirley Barragán Villafuerte ^a; Karen Tatiana Mora Lino ^b; Rebeca Isabel Lozano Vera ^c; Marcelo Antonio Alvarado Medrano ^d

Cardiología muerte súbita: principales causas y efectos

Cardiology sudden death: main causes and effects

Revista Científica Mundo de la Investigación y el Conocimiento. Vol. 3 núm.2, abril, ISSN: 2588-073X, 2019, pp. 390-406

DOI: [10.26820/recimundo/3.\(2\).abril.2019.390-406](https://doi.org/10.26820/recimundo/3.(2).abril.2019.390-406)

URL: <http://www.recimundo.com/index.php/es/article/view/453>

Código UNESCO: 32 Ciencias Médicas

Tipo de Investigación: Artículo de Revisión

Editorial Saberes del Conocimiento

Recibido: 15/01/2019

Aceptado: 18/02/2019

Publicado: 31/04/2019

Correspondencia: barraganvillafuerte@gmail.com

- a. Médica; barraganvillafuerte@gmail.com
- b. Médica; taty_2101@hotmail.com
- c. Médica; bequi_1592@hotmail.com
- d. Médico; marceloalvaradomedrano@gmail.com

RESUMEN

El término muerte súbita ha sido usado de distinta manera por epidemiólogos, clínicos, patólogos, especialistas en medicina legal, etc. No existe unanimidad en cuanto al intervalo de tiempo que debe existir entre el inicio de los síntomas y la muerte para definirla como súbita. Desde el punto de vista clínico, lo más frecuente es considerar como muerte súbita la que ocurre por causas naturales (lo que excluye accidentes, suicidio, envenenamientos, etc.), dentro de la primera hora tras el inicio de los síntomas. La muerte súbita de origen cardíaco puede ser de tipo arrítmico, mucho más frecuente, o por fallo cardíaco. Las enfermedades cardiovasculares constituyen actualmente la causa más frecuente de muerte prematura e invalidez en el mundo. De un estimado de 54,6 millones de muertes en el año 2011, según un informe publicado por la Organización Mundial de la Salud (OMS), el 31,3 % correspondió a muertes por enfermedades del corazón y los vasos sanguíneos. La investigación es de tipo documental y bibliográfica en donde se abordan aspectos interesantes sobre la muerte súbita y su relación con las patologías. La mejor prevención a largo plazo para la muerte súbita es luchar contra la cardiopatía isquémica para evitar que se presente o para corregir las complicaciones en caso de que ya exista. A su vez buena alimentación, hacer deporte, realizarse los chequeos anuales requeridos, y evitar excesos contribuyen a la disminución de enfermedades cardíacas, así como de obesidad, diabetes entre otras enfermedades que estimulan su desarrollo.

Palabras Claves: Muerte; Súbita; Diabetes; Cardiovascular; Arritmia.

Cardiología muerte súbita: principales causas y efectos

Vol. 3, núm. 2., (2019)

Piedad Shirley Barragán Villafuerte; Karen Tatiana Mora Lino; Rebeca Isabel Lozano Vera; Marcelo Antonio Alvarado Medrano

ABSTRACT

The term sudden death has been used in different ways by epidemiologists, clinicians, pathologists, specialists in legal medicine, etc. There is no unanimity regarding the time interval that should exist between the onset of symptoms and death to define it as sudden. From the clinical point of view, it is most frequent to consider as sudden death the one that occurs due to natural causes (which excludes accidents, suicide, poisoning, etc.), within the first hour after the onset of symptoms. Sudden cardiac death may be arrhythmic, much more frequent, or due to cardiac failure. Cardiovascular diseases are currently the most frequent cause of premature death and disability in the world. Of an estimated 54.6 million deaths in 2011, according to a report published by the World Health Organization (WHO), 31.3% corresponded to deaths from diseases of the heart and blood vessels. The research is documentary and bibliographic in which interesting aspects about sudden death and its relationship with pathologies are addressed. The best long-term prevention for sudden death is to fight against ischemic heart disease to prevent it from occurring or to correct complications if it already exists. In turn, good nutrition, sports, annual check-ups required, and avoiding excess contribute to the reduction of heart diseases, as well as obesity, diabetes and other diseases that stimulate their development.

Key Words: Death; Sudden; Diabetes; Cardiovascular; Arrhythmia.

Introducción.

Más del 80 % de las defunciones causadas por las enfermedades cardiovasculares (ECV) en el mundo se producen en los países de ingresos bajos y medios, y sin ánimos de profundizar en las interacciones causales de este fenómeno, es mandatorio explicar que una posible razón es que la población de esos países está más expuesta a factores de riesgo como el tabaco, que producen ECV y otras enfermedades crónicas no transmisibles. Por otra parte, no suelen beneficiarse tanto de los programas de prevención como la población de los países de ingresos elevados. Los habitantes de los países de ingresos bajos y medios, aquejados de ECV y otras enfermedades no transmisibles, tienen un menor acceso a servicios de asistencia sanitaria eficientes y equitativos que respondan a sus necesidades (en particular, los servicios de detección temprana). Como consecuencia, muchos habitantes de estos países mueren más jóvenes, de ordinario en la edad más productiva, a causa de las ECV y otras enfermedades no transmisibles (Vilches Izquierdo, y otros, 2014, pág. 80).

Las enfermedades cardiovasculares constituyen actualmente la causa más frecuente de muerte prematura e invalidez en el mundo. De un estimado de 54,6 millones de muertes en el año 2011, según un informe publicado por la Organización Mundial de la Salud (OMS), el 31,3 % correspondió a muertes por enfermedades del corazón y los vasos sanguíneos. En la región de las Américas, de 6,3 millones de fallecidos, 1,8 correspondió a este grupo de enfermedades¹. Una de cada dos de estas muertes es debida a una de las manifestaciones de mayor impacto y significación dentro de la enfermedad isquémica del corazón: la muerte súbita cardiovascular (MSC). Algunos autores consideramos a esta problemática como uno de los principales desafíos

Cardiología muerte súbita: principales causas y efectos

Vol. 3, núm. 2., (2019)

Piedad Shirley Barragán Villafuerte; Karen Tatiana Mora Lino; Rebeca Isabel Lozano Vera; Marcelo Antonio Alvarado Medrano

para la cardiología en el presente siglo (Ochoa Montes, González Lugo, Vilches Izquierdo, Rodríguez, & Araujo González, 2014, pag. 72).

El término muerte súbita ha sido usado de distinta manera por epidemiólogos, clínicos, patólogos, especialistas en medicina legal, etc. No existe unanimidad en cuanto al intervalo de tiempo que debe existir entre el inicio de los síntomas y la muerte para definirla como súbita. Desde el punto de vista clínico, lo más frecuente es considerar como muerte súbita la que ocurre por causas naturales (lo que excluye accidentes, suicidio, envenenamientos, etc.), dentro de la primera hora tras el inicio de los síntomas. La muerte súbita de origen cardíaco puede ser de tipo arrítmico, mucho más frecuente, o por fallo cardíaco. La primera se caracteriza porque la pérdida de conciencia y la falta de pulso arterial se presentan en ausencia de colapso circulatorio, mientras que en la segunda se produce un fallo cardíaco progresivo, que conduce al colapso circulatorio antes de que se presente el paro cardíaco. En el caso de que el paciente se haya encontrado muerto, se considera que ésta es súbita si se había visto vivo en buen estado en las 24 horas previas (de Luna & Soldevila, 1989).

El flagelo de la muerte súbita cobra cada día más víctimas que la pandemia de VIH/sida, tuberculosis o cáncer. La situación epidemiológica reciente por el virus de la influenza A (H1N1) que obligó a la Organización Mundial de la Salud (OMS) a decretar el 11 de junio del 2009 la Fase 6 de alerta (pandemia) y ya se habían notificado oficialmente 96 911 casos en 133 países, con 436 fallecidos, 5 no ha ocasionado en toda su evolución los índices de letalidad que el fallecimiento inesperado en solo 24 h. Su alcance es solo comparable con el efecto de un golpe terrorista a gran escala "Morir súbitamente del corazón es como sufrir un ataque terrorista similar

Cardiología muerte súbita: principales causas y efectos

Vol. 3, núm. 2., (2019)

Piedad Shirley Barragán Villafuerte; Karen Tatiana Mora Lino; Rebeca Isabel Lozano Vera;
Marcelo Antonio Alvarado Medrano

al 11 de Septiembre de 2001 contra el World Trade Center de Nueva York, cada 72 horas." (Ochoa Montes, 2010).

La muerte de origen cardíaco es la causa más frecuente de mortalidad en los países occidentales. La incidencia real de muerte súbita varía de un país a otro de acuerdo a la prevalencia de la cardiopatía isquémica, siendo mucho más acusada en los países del norte de Europa y en Estados Unidos que en la cuenca Mediterránea. De acuerdo con la OMS, la incidencia de muerte súbita en las áreas industrializadas varía de 20 a 160 por cien mil habitantes y año entre los hombres de edad comprendida entre 35 y 64 años. En Estados Unidos la incidencia fluctúa anualmente entre 300.000 y 400.000 casos. La muerte súbita cardíaca representa del 10% al 30% de todas las muertes naturales. El Estudio Español de Muerte Súbita demostró una incidencia en el rango bajo de la muerte súbita en España (40 por 100.000 habitantes y año, lo que representa alrededor del 10% de todas las muertes) (de Luna & Soldevila, 1989).

Tabla 1. Enfermedades asociadas a la muerte súbita

Enfermedades asociadas a la muerte súbita
1. Cardiopatía isquémica
2. Miocardiopatías: dilatada, hipertrófica y displasia arritmogénica de ventrículo derecho
3. Valvulopatías
4. Alteraciones electrofisiológicas: síndrome de preexcitación, síndrome del QT largo, alteraciones del sistema específico de conducción.
5. Otras afecciones (cardiopatías congénitas, embolia pulmonar)
6. Sin aparente cardiopatía
7. Enfermedades extracardíacas (hemorragias masivas digestivas, cerebrales)
8. Muerte súbita infantil

Fuente: (de Luna & Soldevila, 1989).

Cardiología muerte súbita: principales causas y efectos

Vol. 3, núm. 2., (2019)

Piedad Shirley Barragán Villafuerte; Karen Tatiana Mora Lino; Rebeca Isabel Lozano Vera; Marcelo Antonio Alvarado Medrano

El enfoque preventivo de la muerte súbita cardíaca (MSC) ha desarrollado la búsqueda de elementos clínicos que, de registrarse semanas o meses antes de la ocurrencia del fenómeno, logren advertir sobre cambios en el estado circulatorio del paciente. Kuller y otros encontraron que el 38 % de los pacientes que habían muerto súbitamente, habían consultado a un médico en un período corto de tiempo antes de la defunción. El motivo de consulta era falta de aire, fatiga, tos y dolor precordial.⁶ Informes similares (46 %) dan cuenta de consultas a un médico en Edimburgo en un período de 30 d antes del episodio fatal.⁷ En relación con el tiempo, se han llegado a establecer 3 grupos. La MSC instantánea, que se manifiesta en apenas segundos, resultado de una eventualidad arrítmica (arritmias ventriculares malignas en el 80 % de los casos),^{1, 10,11} la MSC muy súbita en menos de 1 h desde el comienzo de los síntomas premonitorios y la MSC súbita, de 1 a 6 h y hasta 24 h, en ausencia de testigos presenciales (Ochoa Montes, y otros, 2011, pag. 18).

El objetivo de la presente investigación es establecer todos los elementos necesarios que están presentes o se involucran para advenimiento de una muerte súbita. A parte mencionar cuáles son sus consecuencias y como prevenirla.

Metodología.

La metodología de la investigación es de tipo documental y bibliográfica. Para ello se ha recurrido a diferentes medios electrónicos en donde se han obtenido una gran cantidad de información y datos importantes sobre las afecciones cardíacas y la muerte súbita, que han servido de caldo de cultivo para recoger aquí la mayor cantidad de información posible que de una manera resumida pueda generar en el lector entendimientos claros sobre esta materia.

Resultados.

Múltiples y diversos son los factores que condicionan esta realidad de hoy. Factores de tipo médicos, como son los relacionados con la prevalencia de la enfermedad arterial coronaria en los diferentes países, responsable del 90 % de las muertes súbitas de causas cardíacas, la existencia o ausencia de registros estadísticos oficiales para analizar el alcance de este flagelo, la ausencia de una definición aceptada por los diferentes especialistas (internistas, cardiólogos, epidemiólogos, patólogos, legistas) sobre todo al abordar el tiempo que debe transcurrir para que el suceso sea considerado como súbito, sin duda alguna el punto más álgido en la definición, y el considerar como deceso súbito a los casos no recuperados con diagnóstico de fibrilación ventricular, cuando en la práctica de cada 3 casos diagnosticados se obtiene un registro eléctrico (Ochoa Montes, 2010).

En un estudio realizado por Ochoa Montes, y otros (2011) con datos aportados por el departamento de registros médicos y anatomía patológica del Hospital Universitario "Julio Trigo López", en Ciudad de La Habana. Indican que El 45,4 % de las muertes registradas acontecieron de forma instantánea, en ausencia de otros síntomas premonitorios, predominó el sexo masculino (49,2 %), mientras que la muerte súbita no instantánea representó el 54,6 % de los casos. En la primera hora del comienzo de los síntomas se produjeron el 38,2 % de las muertes. Este mismo estudio reflejó que el 66,2 % de las muertes súbitas de causas cardíacas dieron comienzo a sus síntomas en el medio extrahospitalario. El domicilio de la víctima fue el lugar de ocurrencia en el 35,0 % de los casos, con predominio en el sexo masculino (37,1 %). Las mujeres mostraron mayor cifra de paradas cardíacas en el sistema de urgencias hospitalarios (23,1 %), este fue el lugar de mayor ocurrencia (21,5 %), en el registro de eventos en el ámbito hospitalario.

Cardiología muerte súbita: principales causas y efectos

Vol. 3, núm. 2., (2019)

Piedad Shirley Barragán Villafuerte; Karen Tatiana Mora Lino; Rebeca Isabel Lozano Vera; Marcelo Antonio Alvarado Medrano

El 90 % de los eventos de muerte súbita cardíaca se manifiestan en la población general con factores de riesgo que propician el desarrollo de algún tipo de cardiopatía. La obesidad, diabetes mellitus, inactividad física, hipertensión arterial y las dislipidemias, por solo citar algunos, constituyen verdaderas pandemias en el siglo XXI, alimentadas por el consumismo (comida chatarra, abuso del desarrollo tecnológico en detrimento del régimen de actividad física, patrones culturales de sociedades desarrolladas, pérdida de estándares y condiciones de vida y el estrés crónico imperativo de la vida moderna) y lo más grave: "La exportación de estos vicios a los llamados países del tercer mundo o subdesarrollados" o "transculturación", con las lógicas consecuencias que trae aparejado. La exclusión social, la cual se traduce en ausencia de oportunidades para todos; en el acápite que se analiza: la salud, la pobreza, la marginalidad, el analfabetismo y la implantación de modelos consumistas que promueven el tener por encima del ser, el yo por delante del nosotros, contribuyen a que el desarrollo de la medicina y los resultados de la revolución científico-técnica no sean por igual extendidos a las diferentes capas sociales. Los costos por concepto de atención médica de urgencia ante una dolencia cardíaca, y la toma de decisiones en relación a "conductas intervencionistas", llevan aparejado la condición social de quien la sufre y no la condición humana, pilar esencial para cualquier modelo que ponga por delante al ser humano (Ochoa Montes, 2010).

Ochoa Montes, y otros (2011) presentan en su estudio realizado en la municipalidad de Arroyo Naranjo, en La Habana, en donde durante 2 años, se registraron 1655 decesos atendidos en el Hospital Universitario "Julio Trigo López" durante 2007 y 2008. A todas las muertes se les aplicaron los criterios de muerte súbita cardíaca de la Organización Mundial de la Salud (criterios de inclusión). El universo de fallecidos súbitamente por enfermedad cardiovascular

estuvo constituido por 173 casos, de los cuales 9,3 % reunió los criterios de síndrome metabólico.

Imagen 1. Factores de riesgo del síndrome metabólico en la muerte súbita cardíaca

Síndrome metabólico en fallecidos por muerte súbita cardíaca	2007		2008		Total	
	No.	%	No.	%	No.	%
Muerte súbita cardíaca (en ausencia de de síndrome metabólico)	68	90,7	89	90,8	157	90,7
Muerte súbita cardíaca (en presencia de síndrome metabólico)	7	9,3	9	9,2	16	9,3
Total	75	100	98	100	173	100

Fuente: (Ochoa Montes, y otros, 2011)

En la imagen se puede observar la baja incidencia que tienen los síndromes metabólicos en las defunciones por muerte súbita con un 9,3% en el 2007 y 9,2% en el año 2008. En cambio los resultados son diametralmente distintos cuando la muerte súbita se presenta en ausencia de síndrome metabólico con un 90,7% en el año 2007 y 90,8% en el año 2008.

Ochoa Montes, y otros (2011) en su mismo estudio indican que, al evaluar los factores de riesgo de SM en el fallecido por muerte súbita se obtuvo que en 8 de cada 10, existía el antecedente de enfermedad hipertensiva. La hipertensión arterial ejerce efectos directos e indirectos sobre el corazón. El efecto directo se manifiesta a través de la hipertrofia del ventrículo izquierdo (cardiopatía hipertensiva). Por cada mm de aumento en el grosor del septum interventricular o de la pared posterior del ventrículo izquierdo, aumenta de 2 a 3 veces la frecuencia de presentación de arritmias y su complejidad. A la vez, las arritmias ventriculares

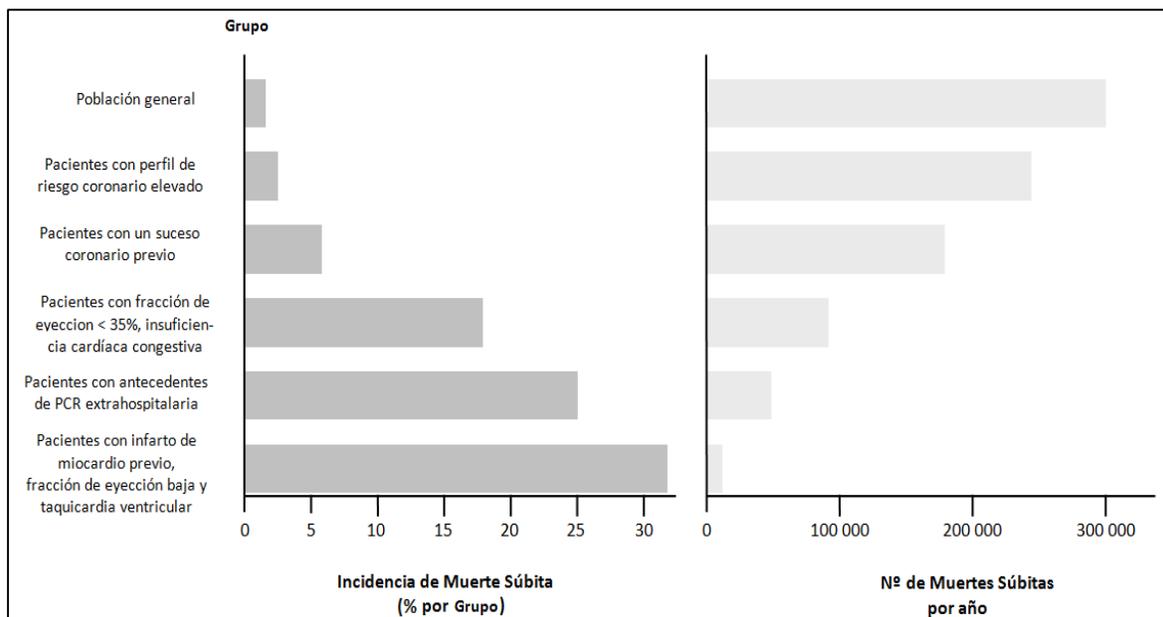
Cardiología muerte súbita: principales causas y efectos

Vol. 3, núm. 2., (2019)

Piedad Shirley Barragán Villafuerte; Karen Tatiana Mora Lino; Rebeca Isabel Lozano Vera; Marcelo Antonio Alvarado Medrano

complejas predisponen a la muerte súbita. El efecto indirecto de la hipertensión sobre el corazón, por lo general, se presenta tardíamente durante la evolución de la enfermedad y está relacionado con la disfunción endotelial y el inicio y la progresión de la aterosclerosis coronaria.³⁵ Ambos favorecen la disfunción ventricular izquierda, la isquemia miocárdica y la inestabilidad eléctrica, marcadores de riesgo para la muerte súbita coronaria.

Imagen 2. Incidencia anual de MSC en grupos de población y número de sucesos anuales



Fuente: (Ochoa Montes, González Lugo, Vilches Izquierdo, Rodriguez, & Araujo González, 2014).

En la imagen número 2 se puede evidenciar las relaciones que hay entre el tipo de patología y su % de muertes súbitas por año. En este caso menos de 5% de personas con perfil de riesgo elevado generan más de 200.000 muertes, el 5% de pacientes con suceso coronario previo generan al menos 200.000 muertes, casi el 20% de pacientes con insuficiencia cardíaca

Cardiología muerte súbita: principales causas y efectos

Vol. 3, núm. 2., (2019)

Piedad Shirley Barragán Villafuerte; Karen Tatiana Mora Lino; Rebeca Isabel Lozano Vera; Marcelo Antonio Alvarado Medrano

congestiva (< 35%) generan al menos 100.000 muertes súbitas, el 25% de pacientes con antecedentes de PCR extrahospitalario generan al menos 50.000 muertes súbitas y más del 30% de pacientes con infarto al miocardio previo, fracción de eyección baja y taquicardia ventricular generan menos de 25.000 muertes súbitas.

La explicación para estos datos está en que la ocurrencia del fallecimiento inesperado corre paralelo con el comportamiento de la cardiopatía isquémica, más frecuente en hombres a partir de la quinta década de la vida (segundo pico de edad para la MSC), como evidencia del desarrollo de la lesión aterosclerótica responsable en más del 90 % de los síndromes coronarios agudos²⁴. En las mujeres se aprecia la existencia de un factor hormonal que ejerce una función protectora relacionada con la menarquía²⁵. Posterior a esta edad la diferencia disminuye, pues se hace más evidente el desarrollo y progresión del proceso aterosclerótico en el árbol vascular en general, y coronario en particular, de la mujer; lo cual incrementa la presentación de la cardiopatía isquémica y en consecuencia de MSC (Ochoa Montes, González Lugo, Vilches Izquierdo, Rodríguez, & Araujo González, 2014).

Imagen 3. Muerte cardíaca súbita y no súbita. Resultados generales de investigación. Hospital “Julio Trigo López” (2007-2011)

Perfil (Análisis multivariado)	Exp (β)	IC = 95%	p
Hipertensión arterial	6,999	4,136~11,846	0,000
Obesidad	2,298	1,468~3,597	0,000
Diabetes mellitus	1,957	1,178~3,249	0,009
Cardiopatía isquémica	1,824	1,156~2,877	0,010
Tabaquismo	1,783	1,180~2,694	0,006
Hipertrofia de ventrículo izquierdo	1,689	1,081~2,640	0,021

Fuente: (Vilches Izquierdo, y otros, 2014).

Cardiología muerte súbita: principales causas y efectos

Vol. 3, núm. 2., (2019)

Piedad Shirley Barragán Villafuerte; Karen Tatiana Mora Lino; Rebeca Isabel Lozano Vera; Marcelo Antonio Alvarado Medrano

Vilches Izquierdo, y otros (2014) en su trabajo de investigación realizado en el hospital Julio Trigo López entre los años 2007 – 2001, comprueban las mayores tasas de muerte súbita en pacientes que presentan diferentes tipos de patologías o adicciones, en donde la hipertensión arterial y la obesidad son unos de los mayores desencadenantes.

La incidencia de muerte súbita en los distintos países se relaciona con la tasa de cardiopatía isquémica existente en los mismos. Proseguir la lucha contra los factores de riesgo e intentar tratar la cardiopatía isquémica aguda de la forma más precoz y eficaz posible, utilizando los nuevos tratamientos farmacológicos (trombolíticos, inhibidores de la ECA, etc) de la fase aguda, y no farmacológicos (angioplastia), son las mejores medidas para conseguir reducir aún más la incidencia de muerte súbita. También ha demostrado su utilidad el enfoque de protección global del paciente durante el seguimiento posterior (de Luna & Soldevila, 1989).

- Es importante señalar que los pacientes que ya han presentado una crisis de arritmia ventricular maligna (taquicardia ventricular sostenida o fibrilación ventricular fuera del hospital), deben ingresar en un centro de referencia, pues existen en la actualidad soluciones eficaces que, en general, son no-farmacológicas (desfibrilador implantado, ablación, etc.).
- Otro grupo de pacientes que se debe considerar está integrado por quienes aún no han sufrido una arritmia maligna, pero presentan marcadores de alto riesgo (por ej., pacientes postinfarto con fracción de eyección baja + arritmia ventricular inducible en el estudio electrofisiológico + taquicardia ventricular no sostenida en el Holter, o pacientes con síndrome de WPW y crisis paroxísticas del ritmo con parámetros electrofisiológicos de riesgo). En alguno de estos casos, como el paciente con síndrome de WPW en riesgo, es evidente que la ablación con

radiofrecuencia es la solución definitiva de su problema. En otros casos, como el paciente postinfarto en riesgo, pero sin antecedentes de arritmia ventricular maligna, es probable que el enfoque no farmacológico (implante de un desfibrilador) sea también la solución, especialmente después de los resultados del MADIT.

- Por último, un número importante de pacientes cardiopatas -en la actualidad más de la mitad de los pacientes postinfarto- presentan un riesgo bajo de muerte súbita (no tienen marcadores importantes de inestabilidad eléctrica, disfunción ventricular y/o isquemia). En estos casos, el tratamiento postinfarto que suele utilizarse consiste en ácido acetilsalicílico y bloqueadores beta, incluyendo los que presentan acción vasodilatadora, como el carvedilol. Los inhibidores de la enzima convertidora de la angiotensina (estudios SAVE, SOLVD y AIRE entre otros) y quizás la amiodarona en el subgrupo de pacientes con arritmias ventriculares (estudios EMIAT y CAMIAT) pueden ser también útiles en algunos pacientes.
- Por último, es de gran interés controlar los factores de riesgo: hay que dejar de fumar de manera total, tratar la hipertensión si existe, para lo cual son muy útiles tanto los beta bloqueadores como los inhibidores de la ECA y también los calcio antagonistas y diuréticos, y reducir las cifras de colesterol, LDL y triglicéridos incluso por debajo de los valores considerados hasta hace poco como normales.

Conclusiones.

Los factores de prevención contra las enfermedades cardiovasculares siempre están asociados a los hábitos de las personas, todo ser humano que abusa de su salud y somete su cuerpo a graves excesos, esta propenso a sufrir enfermedades cardiacas, como está ampliamente

Cardiología muerte súbita: principales causas y efectos

Vol. 3, núm. 2., (2019)

Piedad Shirley Barragán Villafuerte; Karen Tatiana Mora Lino; Rebeca Isabel Lozano Vera; Marcelo Antonio Alvarado Medrano

demostrado la obesidad, el tabaquismo y presencia de hipertensión arterial son insumos que generan a largo plazo el advenimiento de una muerte súbita. Es por ello que las acciones deben estar enfocadas en seguir estimulando la buena alimentación, el hacer deporte, realizar chequeos a la salud continuamente y abandonar el sedentarismo.

A pesar que la muerte súbita se ha venido generando hace muchos años, muchas de las investigaciones infieren en que todavía hay desacuerdo en el mundo académico de la salud sobre el momento o en que tiempo debe declararse una muerte súbita, así la Organización Mundial de la Salud (OMS) haya establecido ciertos parámetros para determinarlo.

La mayor incidencia de muerte súbita se da en el sexo masculino, condición que no es de extrañar debido a los grandes excesos y presiones constantes a las que está sometido el hombre en su día a día como sostén de hogar y otras responsabilidades que generan stress y que desencadenan conductas autodestructivas como el abuso en el consumo de bebidas alcohólicas, tabaco y comida chatarra.

Es importante destacar que las afecciones coronarias controladas tienen el menor riesgo de generar una muerte súbita y esto es reforzado en el estudio presentado por Ochoa Montes, González Lugo, Vilches Izquierdo, Rodríguez, & Araujo González (2014) donde se establece que la población general tiene mayores riesgos de que se genere una muerte súbita que en su caso menos del 5% de la población general ocasiono al menos 300.000 muertes en los años estudiados, ya que en cierta manera hay padecimientos ocultos que no necesariamente generan una sintomatología.

Los síndromes metabólicos dentro de la investigación y según los estudios presentados tienen una baja incidencia en las muertes súbitas en presencia de enfermedad cardíaca.

Se debe tener cuidado con las arritmias cardíacas puesto que en dado caso de presentarse de alta magnitud o gravedad pueden producir muerte súbita.

De Luna & Soldevila (1989) establecen de una manera muy clara que la mejor prevención a largo plazo para la muerte súbita es luchar contra la cardiopatía isquémica para evitar que se presente o para corregir las complicaciones en caso de que ya exista. En esta situación es muy importante utilizar el moderno tratamiento del infarto agudo, luchar contra los factores de riesgo clásicos y darle al paciente una cardioprotección global. En situaciones especiales, aun en ausencia de antecedentes de arritmia maligna ventricular (estudio MADIT) puede ser útil para prevenir la muerte súbita la implantación de un desfibrilador.

Bibliografía.

De Luna, A. B., & Soldevila, J. (1989). *Muerte súbita cardíaca*. Doyma.

Ochoa Montes, L. A. (2010). Exclusión social y muerte súbita cardíaca. *Revista Cubana de Salud Pública*, 36, 266-270.

Ochoa Montes, L. A., González Lugo, M., Vilches Izquierdo, E., Erazo Enríquez, N., Quispe Santos, J., Morales, L., & Goyos Pérez, L. (2011). Expresión clínica del síndrome de muerte súbita cardíaca. *Revista Cubana de Medicina*, 50(1), 16-28.

Ochoa Montes, L. A., González Lugo, M., Vilches Izquierdo, E., Rodríguez, J., & Araujo González, R. (2014). Muerte súbita cardiovascular en poblaciones de riesgo. *CorSalud (Revista de Enfermedades Cardiovasculares)*, 6(S1), 71-78.

Ochoa Montes, L. A., Medina, Y., Armando, C. C., Calderín Bouza, R., González Lugo, M., Miguélez Nodarse, R., & Díaz Londres, H. (2011). Factores de riesgo del síndrome metabólico en la muerte súbita cardíaca. *Revista Cubana de Medicina*, 50(4), 426-244.

Cardiología muerte súbita: principales causas y efectos

Vol. 3, núm. 2., (2019)

Piedad Shirley Barragán Villafuerte; Karen Tatiana Mora Lino; Rebeca Isabel Lozano Vera; Marcelo Antonio Alvarado Medrano

Vilches Izquierdo, E., Ochoa Montes, L., Ramos Marrero, L., Díaz Londres, H., González Lugo, M., & González, C. (2014). Muerte cardíaca súbita: Enfoque cubano centrado en los resultados de un estudio de perfil de riesgo. *CorSalud (Revista de Enfermedades Cardiovasculares)*, 6(S1), 79-85.