

## FRATEROS 2012



### EVENTOS DE MUERTE SÚBITA EN POBLACIONES CUBANAS EN UN PERIODO DE 15 AÑOS

**Tamayo Vicente, Nidia Doris; González Lugo, Mileidys; Ochoa Montes, Luis Alberto; Díaz Londres, Henry; Vilches Izquierdo, Ernesto; Juan Morales, Landis; Goyos Pérez, Leonardo**

Instituciones: Grupo Cubano para el Estudio de la Muerte Súbita Cardíaca (*GEMSC*)  
Centro de Investigaciones y Referencias de Aterosclerosis de la Habana (*CIRAH*)  
Universidad de Ciencias Médicas “Julio Trigo López”

País: Cuba

Modalidad: Trabajo en cartel. Medios audiovisuales: Panel para cartel

Teléfonos: 8761916/8761041. E-mail: [orisnidia@infomed.sld.cu](mailto:orisnidia@infomed.sld.cu), [gemuertesubita@infomed.sld.cu](mailto:gemuertesubita@infomed.sld.cu)

#### **Introducción:**

Las enfermedades cardiovasculares constituyen la primera causa de muerte en todos y cada uno de los países donde las enfermedades infectocontagiosas han dejado de ser un verdadero y cruel azote para la humanidad.<sup>1</sup>

En 1990 murieron en el mundo 6,3 millones de personas por cardiopatía isquémica (CI).<sup>2</sup> A lo largo del pasado siglo se observó una tendencia ascendente de las tasas de mortalidad por CI hasta finales de los años sesenta en que empezaron a descender en EE.UU.<sup>3</sup> y a lo largo de los setenta en el resto de los países industrializados de Europa<sup>4</sup> y del resto del mundo.<sup>5-7</sup> Este descenso se relacionó con intervenciones comunitarias sobre los factores de riesgo y con las mejoras en las técnicas de diagnóstico y tratamiento de la enfermedad.<sup>8,9</sup> En cambio, en los países de Europa del Este y los países en desarrollo se observa una tendencia creciente de la mortalidad por la CI.<sup>10-13</sup> Es posible que en el año 2020 esta enfermedad continúe siendo la primera causa de muerte en los países industrializados y pase a ser la tercera en los que actualmente están en vías de desarrollo.<sup>2</sup> Más del 50% de estas muertes se debe a una de las manifestaciones más dramáticas de la CI: la muerte súbita cardíaca (MSC). Además, más del 80% de los casos de muerte súbita en adultos tiene un origen cardíaco. La mortalidad súbita por enfermedad cardiovascular representa la tercera causa de mortalidad en las sociedades avanzadas, sólo superada por las muertes cardiovasculares no súbitas y por el cáncer.<sup>14</sup>

Si unimos a la elevada incidencia que tiene el fenómeno en estos países, por cada minuto que transcurre la lectura de este trabajo acontece una parada cardíaca (PC) que no se recuperará. El dramatismo que le acompaña: la pérdida de un ser humano, en no pocas ocasiones de forma prematura, en sujetos aparentemente sanos, de forma inesperada debido a un trastorno del ritmo cardíaco, donde la muerte acontece como *"un rayo en un cielo despejado"*, le dan una connotación amarga dado lo inestimable de estas pérdidas en el marco familiar, económico y social<sup>15</sup> y donde lamentablemente la opinión de expertos sobre el tema muestra puntos divergentes, que unido a la diferencia ó ausencia de reportes oficiales por las diferentes naciones hacen del abordaje de esta problemática un gran desafío para las múltiples disciplinas de la medicina que encaran a diario esta realidad.

No pocos expertos en el tema consideran a la muerte súbita cardíaca como uno de los principales desafíos para la Cardiología moderna en el siglo XXI.<sup>16</sup>

#### **Objetivo:**

Describir los aspectos epidemiológicos de la Muerte súbita cardiaca en poblaciones de La Habana, Cuba en el periodo 1995-2009.

### **Material y Métodos:**

Se realiza un seguimiento de la totalidad de las paradas cardiorrespiratorias no recuperadas que evolucionaban a muerte súbita ocurridas por causas biológicas en poblaciones de La Habana, Cuba, durante 15 años.

El estudio epidemiológico sobre las variables clínico-patológicas en el fallecido de Muerte súbita cardiaca fue realizado en una población de 210 000 habitantes en la municipalidad de Arroyo Naranjo, la cual está conformada por 7 comunidades. Durante este periodo y de forma consecutiva se registraron 13 630 fallecidos de muerte natural atribuibles a causas cardiacas, de los cuales 1315 pacientes cumplieron los criterios de muerte súbita cardiaca de la Organización Mundial de la Salud (OMS) (9.6%).

Se utilizó el Modelo de Recolección del Dato Primario (MRDP) del Grupo Cubano para el Estudio de la Muerte Súbita Cardíaca (*GEMSC*).

Palabras clave: Muerte súbita, Infarto agudo del miocardio, Riesgo vascular, Aterosclerosis.

### **Resultados:**

El 9.6% de los decesos registrados por causas cardiacas fueron considerados súbitos (Gráfico 1), predominando en pacientes de 75 y más años (35.4%). El 6.8% de los eventos aconteció en individuos en edades inferiores a 45 años (Gráfico 2). El sexo masculino resultó el más afectado (53.9%) (Gráfico 3) y el color de piel blanca (45.6%) (Gráfico 4). El 63.0% de las paradas cardiacas se iniciaron fuera del ámbito hospitalario, destacándose el domicilio de la víctima (Gráfico 5). La muerte súbita instantánea predominó en el estudio, documentándose pérdida de la conciencia en el 76.2%. En los casos de muerte súbita no instantánea resultó más frecuente la disnea (38.1%) (Gráfico 6). El 54.4% de los fallecidos súbitamente por causas cardiacas presentó APP de Cardiopatía isquémica. La hipertrofia ventricular izquierda (HVI) fue identificada en el 42.4% de los casos. El 42.0% de los fallecidos abruptamente sufría Hipertensión Arterial (Gráfico 7).

En el 68.5% de los fallecidos fueron demostradas lesiones ateroscleróticas en el sector vascular coronario (Gráfico 8). Muerte súbita cardiaca (54.2%) e Infarto agudo del miocardio (31.2%) fueron los diagnósticos presuntivos más frecuentes (Gráfico 9), confirmandose un síndrome coronario agudo en el 36.3% de los fallecidos (Gráfico 10).

### **Conclusiones:**

En nuestro estudio 1 de cada 10 muertes naturales cardiacas fueron súbitas, predominando en hombres en edades de 75 y más años. El evento pre hospitalario (domicilio o trayecto al hospital) fue el más significativo. Los principales síntomas que precedieron a la aparición de MSC fueron la pérdida de la conciencia (muerte súbita instantánea), la disnea y el dolor precordial (muerte súbita no instantánea).

La enfermedad cardíaca previa, la hipertrofia ventricular izquierda y la hipertensión arterial fueron los factores de riesgo predominantes. Las lesiones ateroscleróticas fueron identificadas en el sector vascular coronario de las 2/3 partes de los fallecidos abruptamente. Muerte súbita cardiaca e Infarto agudo del miocardio constituyeron los diagnósticos presuntivos referidos con mayor frecuencia en los fallecidos

súbitamente. El IAM y las arritmias cardíacas fueron las afecciones que etiológicamente condicionaron la aparición de la Muerte súbita cardíaca con mayor frecuencia.

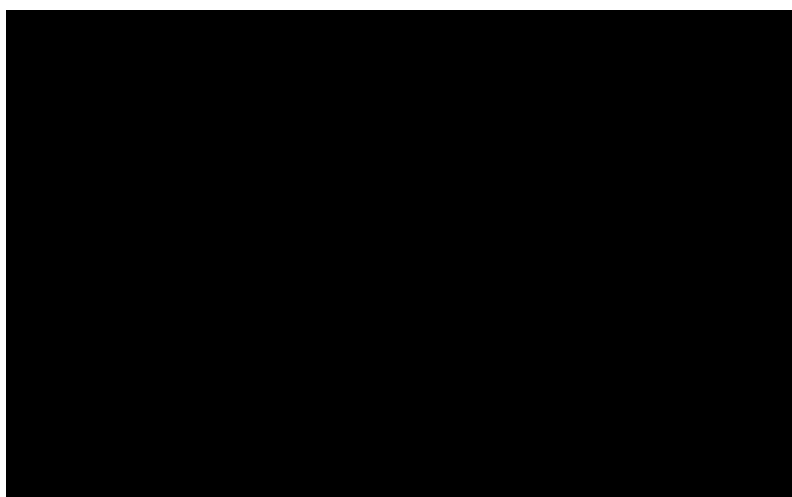
#### Referencias bibliográficas:

1. López AD, Mathers CD, Ezzati M, Jamison DT, Murray CJ. Global and regional burden of disease and risk factors, 2001: systematic analysis of population health data. *Lancet*. 2006;367(21):1.747-57.
2. Murray CL, López A Alternative projections of mortality and disability by cause 1990-2020: Global Burden of Disease Study. *Lancet* 1997;349(17):1.498-1.504.
3. Feinleib M The magnitude and nature of decrease in coronary heart disease mortality. *Am J Cardiol*.1984;54(1C): 2C-6C.
4. World Health Organization European Office Health for all 2000. Copenhagen: WHO European Office, 1994.
5. Dobson AJ, Gibberd RW, Leeder SR, Alexander HM, Young AF, Lloyd DM Ischemic heart disease in the Hunter region of New South Wales, Australia, 1979-1985. *Am J Epidemiol*.1988;128(1):106-115.
6. Beaglehole R, Bonita R, Jackson R, Stewart A, Sharpe N, Fraser GE Trends in coronary heart disease event rates in New Zealand. *Am J Epidemiol*.1984;120(3):225-235.
7. La Vecchia C, Levi F, Lucchini F, Negri E. Trends in mortality from cardiovascular and cerebrovascular disease. *Soz Präventivmed*.1993;38 (Supl 1):S3-S71.
8. Vartiainen E, Puska P, Pekkanen J, Tuomilehto J, Jousilahti P Changes in risk factors explain changes in mortality from ischaemic heart disease in Finland. *Br Med J*.1994;309(1):23-27.
9. Hunink M, Goldman L, Tosteson A, Mittleman M, Goldman P, Williams L et al. The recent decline in mortality from coronary heart disease, 1980-1990. The effect of secular trends in risk factors and treatment. *J Am Med Assoc*. 1997;277(3):535-542.
10. Dodu SRA Emergence of cardiovascular diseases in developing countries. *Cardiology*.1988;75(1):56-64.
11. Boedhi-Darmojo R The pattern of cardiovascular disease in Indonesia. *World Health Stat Quart*.1993;46(2):119-124.
12. Chonghua Y, Zhaosu W, Yingkai W The changing pattern of cardiovascular diseases in China. *World Health Stat Quart*.1993;46(2):113-118.
13. Uemura K, Pisa Z Trends in cardiovascular disease mortality in industrialized countries since 1950. *World Health Stat Quart* 1988; 41(1):155-178.
14. Atkins DL. Public access defibrillation: where does it work? *Circulation*. 2009;120(6):461-3.
15. Ochoa Montes LA. Exclusión social y muerte súbita cardíaca. *Rev Cubana Salud Pública*. 2010;36(3):266-70
16. Bayés de Luna A, Kotzeva A, Goldwasser D, Subirana M, Puig MT, Bayés-Genis T, Cinca J, Vázquez R. Relevancia de la muerte súbita cardíaca. *Arch Cardiol Mex*.2007;77(S4):123-128.
17. N. Carter-Monroe, R. Virmani. Tendencias actuales en la clasificación de la muerte súbita cardíaca según los datos de autopsias: una revisión de los estudios sobre la etiología de la muerte súbita cardíaca. Editorial. *Rev Esp Cardiol*. 2011;64(1):10-12.
18. Stecker EC, Vickers C, Waltz J, Socoteanu C, John BT, Mariani R, et al.Population-based analysis of sudden cardiac death with and without left ventricular systolic dysfunction: two-year findings from the Oregon Sudden Unexpected Death Study. *J Am Coll Cardiol*.2006;47(6):1.161-6.
19. Yash Lokhandwala A, Gopi Krishna Panicker, Shantanu Deshpande. Sudden cardiac death-an Indian perspective. *CVD Prevention and Control*.2009;42(5):4.103-8.
20. Muratore C, Belziti C, Gant López J, Di Toro D, Mulassi A, Corte M, et al. Incidencia y variables asociadas con la muerte súbita en una población general. Subanálisis del estudio PRISMA. *Rev Argent Cardiol*. 2006;74(6):441-6.

21. Ochoa Montes LA, González Lugo M, Tamayo Vicente ND, Gómez de Haz HJ, Correa Azahares DP, Miguélez Nodarse R, et al. Epidemiología de la muerte súbita cardíaca. Rev Cubana Hig Epidemiol. 2012;50(1):32-40.
22. Stecker EC, Vickers C, Waltz J, Socoteanu C, John BT, Mariani R, et al. Population-based analysis of sudden cardiac death with and without left ventricular systolic dysfunction: two-year findings from the Oregon Sudden Unexpected Death Study. J Am Coll Cardiol. 2006;47(6):1161-6.
23. Gerber Y, Jacobsen SJ, Frye RL, Weston SA, Killian JM, Roger VL. Secular trends in deaths from cardiovascular diseases: a 25-year community study. Circulation 2006; 113(19):2285-92.
24. Ochoa Montes LA. Muerte Súbita Cardíaca. Comportamiento en el Municipio Arroyo Naranjo (2000-2004). Trabajo de Tesis para optar por el título de Máster en Ciencias en Investigación en Aterosclerosis. Centro de Investigaciones y Referencias de Aterosclerosis de la Habana (CIRAH). La Habana 2006.
25. Ochoa Montes LA, González Lugo M, Vilches Izquierdo E, Erazo Enríquez N, Quispe Santos JF, Juan Morales L, Goyos Pérez L. Expresión clínica del síndrome de muerte súbita cardíaca. Revista Cubana de Medicina. 2011; 50(1).

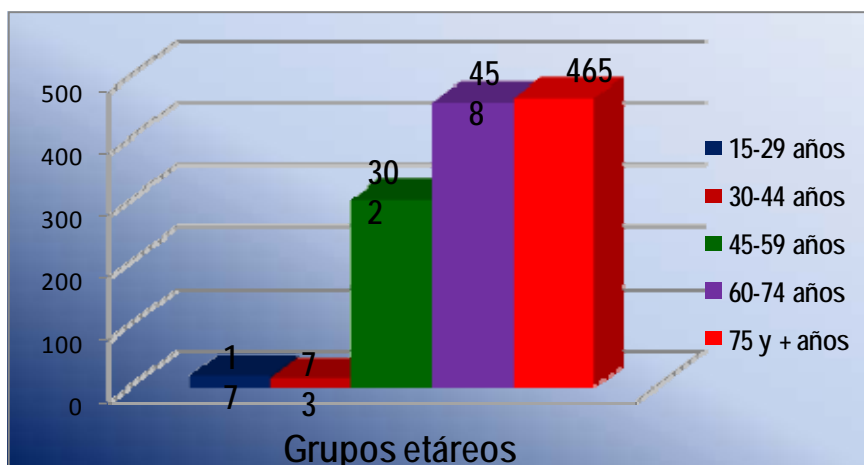
### **Figuras. Trabajo: Eventos de Muerte súbita en poblaciones cubanas en un periodo de 15 años.**

**Gráfico 1. Casos de muerte súbita cardíaca y total de fallecidos.**



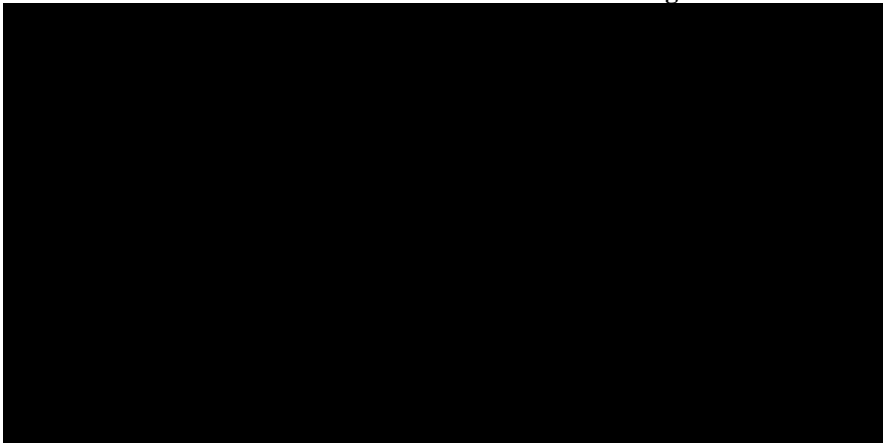
Fuente: MRDP-GEMSC

**Gráfico 2. Casos de muerte súbita cardíaca según grupos etáreos.**



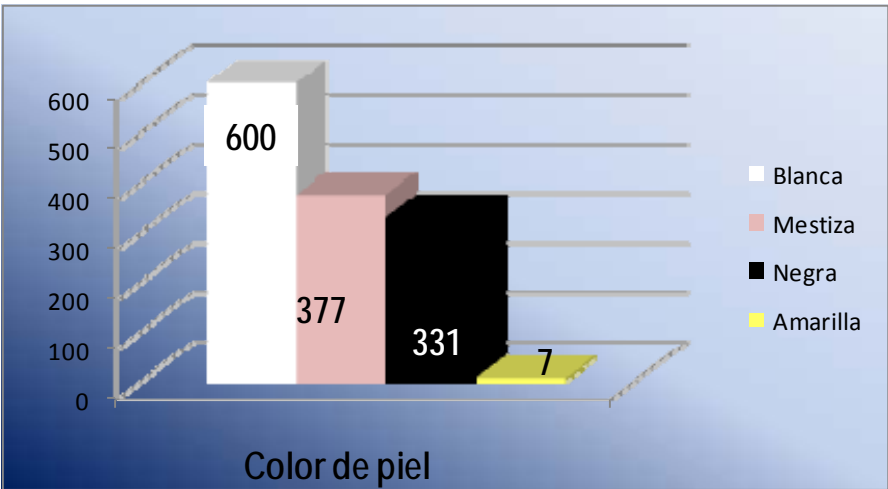
Fuente: MRDP-GEMSC

Gráfico 3. Casos de muerte súbita cardiaca según sexo.



Fuente: MRDP-GEMSC

Gráfico 4. Casos de muerte súbita cardiaca según color de piel.



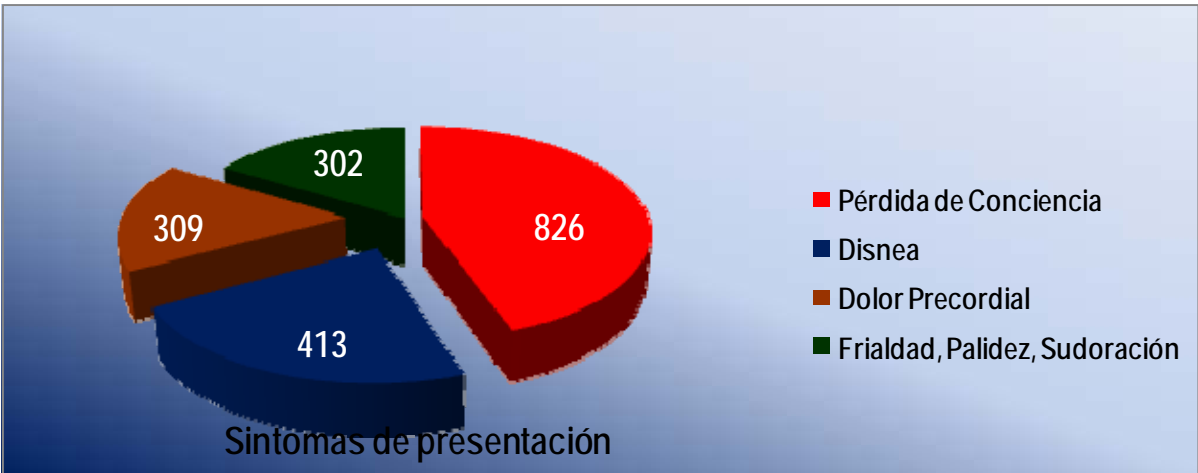
Fuente: MRDP-GEMSC

Gráfico 5. Casos de muerte súbita cardiaca según lugar de presentación del evento.



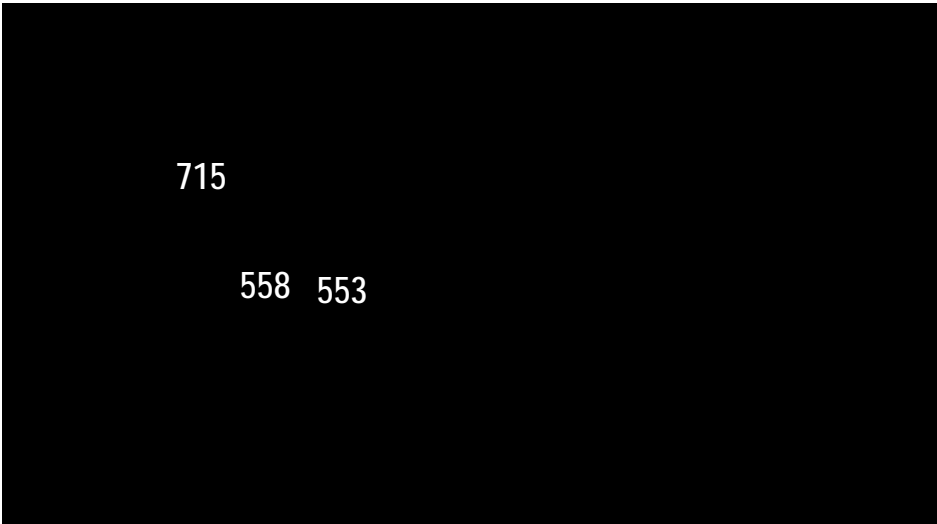
Fuente: MRDP-GEMSC

Gráfico 6. Casos de muerte súbita cardíaca según síntomas de presentación del evento.



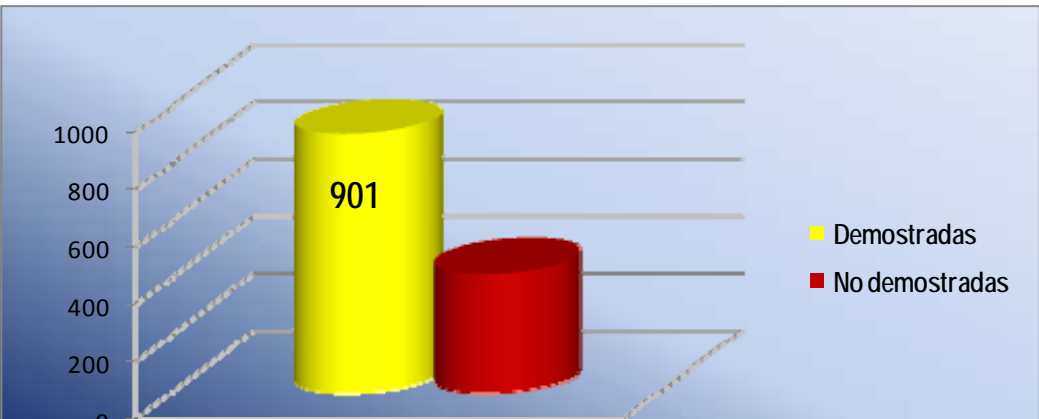
Fuente: MRDP-GEMSC

Gráfico 7. Casos de muerte súbita cardíaca según factores de riesgo cardiovasculares.



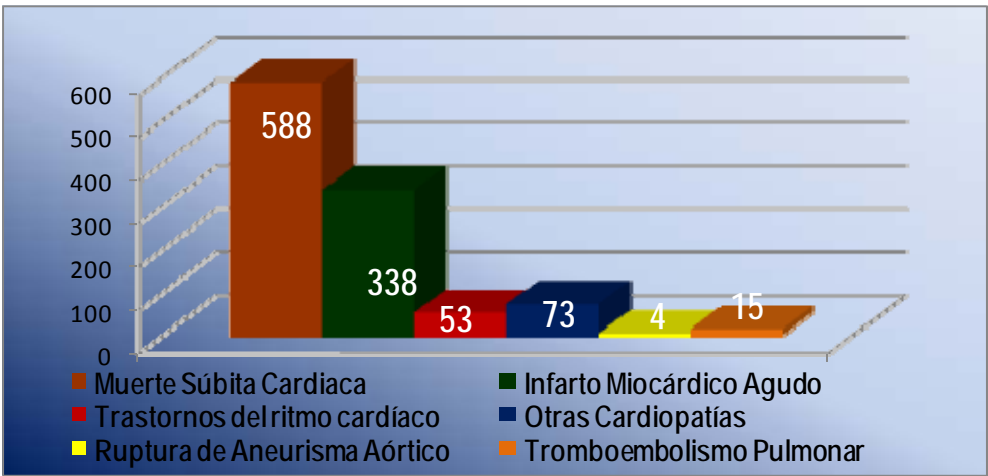
Fuente: MRDP-GEMSC

Gráfico 8. Casos de muerte súbita cardíaca según lesiones ateroscleróticas demostradas.



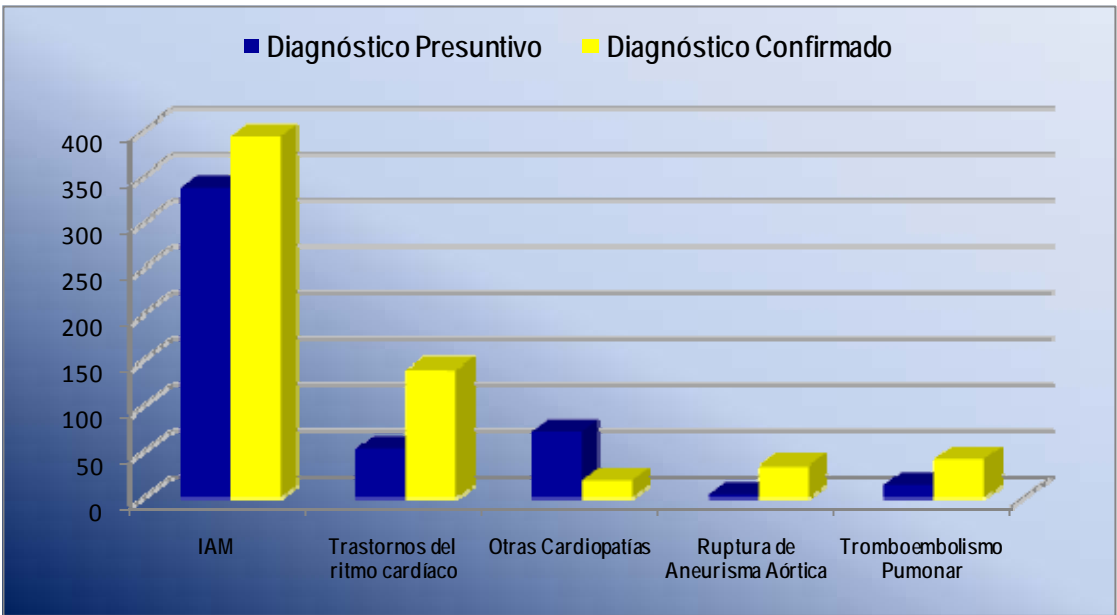
Fuente: MRDP-GEMSC

Gráfico 9. Casos de muerte súbita cardiaca según diagnósticos presuntivos.



Fuente: MRDP-GEMSC

Gráfico 10. Casos de muerte súbita cardiaca según diagnósticos presuntivos y confirmados.



**Fuente: MRDP-GEMSC**