

Mesas Redondas presentadas en el “I Simposio Cubano de Muerte Súbita Cardiovascular” (7-9 de noviembre de 2013. La Habana, Cuba)

Round Tables presented at the “First Cuban Symposium on Sudden Cardiac Death” (November 7-9, 2013. Havana, Cuba)

Versión impresa de los resúmenes de las Mesas Redondas desarrolladas en el marco del *I Simposio Cubano de Muerte Súbita Cardiovascular* celebrado en La Habana, Cuba del 7-9 de noviembre de 2013.

MUERTE SÚBITA EXTRAHOSPITALARIA. RESPUESTAS Y SOLUCIONES

Integrantes: Dr. Juan B. López Messa (España), Dr. Jorge Vigo Ramos (Perú), MSc. Dr. Pedro L. Véliz Martínez (Cuba), y MSc. Dr. Álvaro L. Sosa Acosta (Cuba).

Tema 1: Paro cardíaco extra hospitalario. Situación general mundial.

Moderador: **Dr. Juan B. López Messa (España)**

Preguntas:

1. ¿Existe experiencia adecuada por los Sistemas de Emergencias Médicas (SEM) sobre la parada cardíaca extrahospitalaria? Criterios y soluciones de los panelistas.
2. ¿Pudiera ser útil y procedente un registro de parada cardíaca extrahospitalaria por todos los Servicios de Emergencia? Consideraciones y sugerencias de los panelistas.
3. De las acciones actuales de resucitación cardiopulmonar (RCP) (ILCOR), ¿Cuáles son fundamentales en el escenario prehospitalario? y ¿Consideran los panelistas que hay dispositivos de ayuda para la RCP prehospitalaria a tener en cuenta?

Tema 2: Desfibrilación temprana y entrenamiento en

RCP temprana.

Moderador: **MSc. Dr. Álvaro L. Sosa Acosta (Cuba)**

Preguntas:

1. Importancia de la desfibrilación temprana ¿Qué criterios tienen los panelistas y cómo lograrla?
2. RCP Básica prehospitalaria precoz. ¿A quién o quiénes consideran los panelistas debemos entrenar? y ¿Cuándo y cómo realizar acciones avanzadas?
3. Papel de las Universidades, de los Hospitales y de las Unidades de Atención Primaria en la muerte súbita prehospitalaria. ¿Cuál o cuáles son las consideraciones de los panelistas?

CONCLUSIONES

Las dos terceras partes de las paradas cardíacas inician sus síntomas en el medio prehospitalario, menos del 10 % de los casos son egresados con vidas del hospital. El principal desafío en la atención a estos pacientes es disponer de SEM debidamente entrenados y con capacidad de respuesta en los primeros minutos de iniciado el episodio. Solo algunas naciones y, dentro de ellas algunas ciudades, llegan a contar con SEM eficientes y eficaces, lo cual, como ha sucedido en Seattle, Estados Unidos ha permitido disminuir sensiblemente la mortalidad cardiovascular súbita.

Se hace necesario diseñar y ejecutar programas de entrenamiento basados en las normas ILCOR a los testigos presenciales de episodios de muertes súbitas. Por considerar que 7 de cada 10 episodios se manifiestan en el lugar donde el individuo realiza sus actividades diarias, cobra especial importancia dirigir estos esfuerzos hacia la familia, la comunidad, las instituciones oficiales (policía, bomberos, rescatistas) y los que laboran en lugares públicos (estadios, discotecas, aeropuertos, aviones).

Si se considera que aproximadamente el 80 % de las paradas cardíacas que evolucionan a la muerte súbita cardiovascular muestran a las arritmias ventriculares malignas (fibrilación ventricular primaria y secundaria) como principal responsable eléctrico para este tipo de suceso, la desfibrilación temprana se erige como la única opción viable para lograr mejoras en la reversión eléctrica de estas arritmias y la recuperación de los pacientes. Por su elevado costo y su poca accesibilidad, la frecuencia con que estos dispositivos son empleados en lugares de alta afluencia de público, resulta limitada en la actualidad. Las acciones avanzadas deben reservarse para los miembros de los SEM, los cuales deben acudir ante las llamadas de emergencia por parada cardíaca y tratar de arribar al lugar de ocurrencia en los primeros 8 minutos, con vistas a realizar la desfibrilación inicial (si no se ha logrado revertir el ritmo eléctrico inicial) e instaurar las medidas de soporte vital avanzado. Resulta conocido que por cada minuto de iniciado un paro cardíaco la posibilidad de supervivencia disminuye un 10 %, de no tratarse el episodio y no disponer de un apoyo vital básico (AVB) y avanzado (AVA).

Para enfrentar esta problemática no basta con diseñar políticas que permitan acortar los tiempos de respuesta al episodio cuando este ya se ha manifestado. Se hace necesario lograr un mayor desempeño y competencia por las autoridades sanitarias acerca de qué es la muerte súbita cardiovascular, cómo puede prevenirse, diagnosticarse y cuáles son sus pautas de tratamiento. Debiera comenzarse por aunar voluntades en lograr que las naciones contaran con registros de paros cardíacos extrahospitalarios y llegar a considerar esta afección, por su magnitud y trascendencia, como una enfermedad de declaración obligatoria, elemento ya planteado con anterioridad por el Profesor Juan B. López Messa [López Messa JB. *Revista electrónica de Medicina Intensiva*. 2008;8(1)], experto español en esta materia, quien nos acompaña en esta mesa

redonda. Estos registros pudieran ser utilizados por investigadores y médicos de otras ciudades y naciones, con el objetivo de evaluar objetivamente la dimensión de este fenómeno.

MUERTE SÚBITA CARDIOVASCULAR: ¿QUÉ DEFINICIÓN UTILIZAR?

Integrantes: MSc. Dra. Daisy Ferrer Marrero (Cuba), Dr.C. Luis A. Ochoa Montes (Cuba), Dr. Jorge Vigo Ramos (Perú), MSc. Dr. Ernesto Vilches Izquierdo (Cuba) y MSc. Dra. Halina Pérez Álvarez (Cuba)

Tema 1: La definición de muerte súbita. Su situación.

Moderadora: [MSc. Dra. Daisy Ferrer Marrero \(Cuba\)](#)

Preguntas:

1. El tema referido a la definición de muerte súbita ha sido controversial a lo largo de la historia, ¿en qué aspectos considera que se sustenta esta gran diversidad de opiniones?
2. Si el carácter natural es una de sus características reconocidas, ¿por qué entonces es tema de estudio en el campo de la Patología y en el Forense?
3. ¿La controversia en la interpretación de la definición de muerte súbita, se extiende a la definición de muerte súbita cardiovascular? Exponga sus consideraciones.

Tema 2: La definición de muerte súbita cardiovascular. Sus particularidades.

Moderador: [Dr.C. Luis A. Ochoa Montes \(Cuba\)](#)

Preguntas:

1. ¿Cómo considera que debe entenderse la muerte súbita cardiovascular en función del tiempo de instauración, de la asistencia al evento y de su forma de presentación?
2. ¿Con qué criterios se sustenta la muerte súbita cardiovascular a partir de la necrosis miocárdica?

CONCLUSIONES

Se destacó, en general, dentro del evento, la estructura y el desarrollo de las mesas redondas, que promovieron el debate científico, como fuente de enriquecimiento del conocimiento.

Se reconoció que en el tema referido a la definición de muerte súbita en general y de muerte súbita cardiovascular en particular, se encuentran problemas, y

se trataron de ubicar convenientemente.

Se afirmó que es imposible estar ajenos a que resulta muy difícil abordar, basado en la bibliografía, la temática relativa a la muerte súbita; entre otras cosas, porque es un tópico muy estudiado desde diferentes ópticas y sometido, en consecuencia, a acepciones variadas; al considerar que los aspectos controversiales de la definición se sustentan, fundamentalmente, en el enfoque de su estudio por médicos de asistencia, patólogos y legistas.

Se consideró que, cuando se avance hacia un consenso sobre la definición de muerte súbita cardiovascular, debe haberse logrado a través de los debates – con igual sentido inter y multidisciplinario –, el tema de la muerte súbita, en general, para evitar los aspectos controversiales y hacer más coherente y viable dicha definición.

Se refirió la necesidad de precisar un elemento importante: un período de tiempo, discretamente amplio, para incluir en la definición; ya que ello permite disponer de la posibilidad de su diagnóstico, no sólo clínica, sino también morfológicamente.

Se entendió necesario, como punto de partida, trabajar de inmediato en la precisión de puntos nítidos en la definición de muerte súbita en general y de muerte súbita cardiovascular en particular, lo que debe quedar resuelto en un período de tiempo cercano, a fin de que pueda realmente conocerse, por las autoridades de salud, la magnitud del fenómeno y, en consecuencia, adoptar medidas para su prevención y tratamiento.

Al cierre, se entendió necesaria la promoción del intercambio continuo y la actualización de la temática por parte de la comunidad científica involucrada, para lo cual deben desarrollarse un grupo de acciones.

En el caso particular de las definiciones, debe procederse a la realización de una revisión "por encargo", a patólogos, legistas y cardiólogos seleccionados, de las definiciones históricas y actuales de la muerte súbita y la muerte súbita cardiovascular, para ver puntos comunes y diferentes que permitan elaborar una definición propia, que pueda presentarse en forma de un documento susceptible de discusión. Para ello, 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, que debe sesionar antes del II Simposio, deben participar fundamentalmente, cardiólogos,

intensivistas, patólogos y legistas, y debe ser convocado por el Consejo Nacional de Sociedades Científicas o el Viceministerio de Asistencia Médica. Este Taller, además, debe ser auspiciado por las sociedades correspondientes y la Organización Panamericana de la Salud, con la participación de los directivos de las sociedades y los grupos nacionales, que garanticen el sustento del nivel científico, resultado de la discusión abierta y flexible.

Paralelamente 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; valorando 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 entidades que también son causas de muerte, de interés, para el sistema de salud cubano.

LOS REGISTROS ESTADÍSTICOS EN LA MUERTE SÚBITA CARDIOVASCULAR

Integrantes: Dr.C. Luis A. Ochoa Montes (Cuba), Dr. Juan B. López Messa (España), MSc. Dra. Daisy Ferrer Marrero (Cuba) y Lic. María Rosa Fernández Viera (Cuba)

Tema 1: Situación actual del registro estadístico de la muerte súbita.

Moderadora: [MSc. Dra. Daisy Ferrer Marrero \(Cuba\)](#)

Preguntas:

1. ¿Considera que es adecuado el registro estadístico de la muerte súbita? ¿Por qué?
2. ¿Considera usted que existe una influencia de la diversidad de definiciones, enfoques y causas en el registro estadístico de la muerte súbita? ¿Por qué?

Tema 2: El subregistro estadístico de la muerte súbita cardiovascular.

Moderador: [Dr. C. Luis A. Ochoa Montes \(Cuba\)](#)

Preguntas:

1. ¿Considera usted que en la actualidad, desde el punto de vista estadístico, sólo son muertes súbitas 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 prácticamente todas las definiciones que, del término, se han dado? ¿Por qué?

2. ¿Considera usted que el diseño de los certificados médicos de defunción en su país tienden a evitar el subregistro de la muerte súbita cardiovascular?

CONCLUSIONES

Se consideró que la estructura y el desarrollo de esta mesa redonda, al igual que otras que se desarrollaron en el Simposio, fueron promotores de un interesante debate científico, que conllevó a un mayor conocimiento del tema abordado.

Se consideró la existencia de un gran problema reconocido por diferentes profesionales que estudian la temática: su registro como causa de muerte.

Existió consenso, fundamentado estadísticamente, en que una vez que se arriba a conclusiones en una muerte súbita y se encuentra alguna causa que la originó, estadísticamente desaparece, con mucha frecuencia, como causa de muerte. Se entendió que eso muestra que el registro no es adecuado y se mostró cómo al realizar búsquedas bibliográficas, que enlacen la muerte súbita con los registros estadísticos, son pocos los resultados; algo más relevantes cuando se aborda el tema de la muerte súbita infantil, pero no así en la del adulto en general, ni en la cardiovascular, en particular.

Se entendió, a partir de esos elementos, que se registran como muerte súbita sólo aquellas muertes en que sus causas no fueron precisadas, de ahí el subregistro que reconocemos existe; fundamentándose en los propios elementos que tipifican las diferentes acepciones contempladas en las clasificaciones. Lo que realmente ocurre en la práctica es que se sigue reconociendo que existen muertes súbitas con causa, pero estas no se certifican como tal sino como la causa que se determina, y es ahí donde la inexistencia de consenso en su definición influye en el registro.

Se ejemplificó particularizando en la Décima Clasificación, que la categoría "muerte súbita cardíaca" (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 de este diagnóstico, aspectos que se contradicen con diversos enfoques y criterios diagnósticos, incluidos los médico-legales.

Se reiteró que se presenta un elemento totalmente

controversial, porque estadísticamente sólo son muertes súbitas aquéllas 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 prácticamente todas las definiciones que del término se han dado.

Adicionalmente, fue planteado que el certificado médico de defunción vigente no evita este subregistro por las mismas razones que fundamentan el problema; se registra solo la causa de muerte, pero al excluir la forma de presentación de ésta, solo incluye aquéllas en que no se evidenció la causa de muerte.

El argumento planteado se refirió a que si en la actualidad quisiera hacerse un estudio, basado en las estadísticas de mortalidad del país, sobre la real incidencia de la muerte súbita como forma de presentación, solo tendríamos el registro, en la mayoría de los casos (sobre todo en los que se realizó necropsia), de aquéllas en que no se determinó causa de muerte una vez concluidos los estudios.

Se entendió, iniciar el estudio de acciones encaminadas a eliminar el subregistro que, de esta afección, 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.

Un planteamiento estuvo referido a valorar asumir de inmediato, como correcta, por parte de la Dirección de Estadísticas del Ministerio de Salud Pública, seguido de una suficiente y consecuente diseminación de la información a los interesados, la certificación, cuando proceda, como causa directa de la muerte súbita cardiovascular debida a: infarto de miocardio, taponamiento cardíaco, rotura de aneurisma, y otras; de cumplirse los criterios válidos para el establecimiento de su carácter de muerte súbita y de la enfermedad causal si se evidenciara. Ello permitiría contar con el registro de la muerte súbita y de las enfermedades que la provocan, de existir éstas.

Y cuando las condiciones requeridas lo permitieran, podría incluirse un epígrafe –en el diseño del modelo de certificado médico de defunción– para la muerte súbita, que abarque todas aquéllas que se adscriban a la definición, independientemente de su causa; y en las causas de muerte señalar lo establecido en la Clasificación para las causas, 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. debe cejarse en el empeño de promover el intercambio continuo y la actualización de la temática por parte de la comunidad científica involucrada.
- Al cierre de la sesión hubo consenso en que no