

## Original

1. Facultad de Ciencias Médicas (FCM), Universidad Nacional Autónoma de Honduras. Tegucigalpa, Honduras.
2. Servicio de Cardiología, Instituto Hondureño del Seguro Social, Tegucigalpa, Honduras.
  - a. Médico general
  - b. Cardiólogo intervencionista
  - c. Profesor titular, Unidad de investigación Científica.

Recibido: 06/08/2024

Aprobado: 12/09/2024

## Correspondencia:

Raúl Salgado Herrera

Email: [raul\\_esh@icloud.com](mailto:raul_esh@icloud.com)

## Citar como:

Salgado-Herrera R, Moncada-Paz G. Registro de Muerte Súbita Cardíaca y Evaluación de la Capacidad de Respuesta en el Hospital General San Francisco, Honduras. Rev Hisp Cienc Salud. 2024; 10(3):123-130. DOI 10.56239/rhcs.2024.103.810

# Registro de Muerte Súbita Cardíaca y Evaluación de la Capacidad de Respuesta en el Hospital General San Francisco, Honduras

## *Registry of Sudden Cardiac Death and Assessment of Response Capacity at San Francisco General Hospital, Honduras*

Raul Salgado-Herrera<sup>1a</sup>, Gustavo Moncada-Paz<sup>1,2bc</sup>

## Resumen:

La muerte súbita cardíaca se define como la muerte natural e inesperada de origen cardíaco que ocurre dentro de la primera hora tras el inicio de los síntomas. En la población hondureña, la incidencia de este fenómeno es desconocida. **Objetivos:** Determinar el porcentaje de muertes súbitas naturales basado en registros clínicos y evaluar la capacidad de respuesta de la red de servicios de salud del Hospital General San Francisco, Juticalpa, Olancho, durante el periodo de agosto 2015 a agosto 2016. **Metodología:** Se llevó a cabo un estudio epidemiológico observacional, descriptivo y retrospectivo. El universo del estudio incluyó a personas mayores de 18 años que fallecieron en el área de influencia del hospital. Con autorización institucional, se analizaron los registros de defunciones y expedientes clínicos correspondientes al periodo de noviembre 2015 a noviembre 2016. **Resultados:** Se documentaron 156 muertes, de las cuales 153 fueron naturales; 25 casos (16.2%) correspondieron al síndrome de muerte súbita cardíaca, afectando predominantemente a hombres (64%, n=16) con una edad promedio de 71 años. El infarto agudo de miocardio fue identificado como la principal causa en el 96% de los casos (n=24). El hospital cuenta con equipos adecuados para reanimación cardiopulmonar, y los médicos especialistas están entrenados y certificados en su aplicación. **Conclusión:** La incidencia de muerte súbita cardíaca en la población estudiada fue del 16.2%, con una mayor prevalencia en hombres de edad avanzada. El Hospital General San Francisco dispone de recursos tecnológicos para atender este fenómeno, aunque la capacidad de respuesta está limitada al personal médico especializado.

**Palabras Clave:** Muerte Súbita Cardíaca, Epidemiología, Servicios de Salud (Fuente: DECS-BIREME).

## Abstract:

Sudden cardiac death is defined as natural and unexpected death of cardiac origin occurring within the first hour after symptom onset. The incidence of this phenomenon in the Honduran population is unknown. **Objectives:** To determine the percentage of natural sudden deaths based on clinical records and assess the response capacity of the healthcare network at San Francisco General Hospital, Juticalpa, Olancho, during the period from August 2015 to August 2016. **Methods:** An observational, descriptive, retrospective epidemiological study was conducted. The study population included individuals over 18 years old who died within the hospital's area of influence. With institutional authorization, mortality records and clinical files corresponding to the period from November 2015 to November 2016 were analyzed. **Results:** A total of 156 deaths were recorded, of which 153 were natural. Twenty-five cases (16.2%) were classified as sudden cardiac death syndrome, predominantly affecting men (64%, n=16) with a mean age of 71 years. Acute myocardial infarction was identified as the primary cause in 96% of cases (n=24). The hospital is equipped with adequate resources for cardiopulmonary resuscitation, and specialist physicians are trained and certified to perform it. **Conclusion:** The incidence of sudden cardiac death in the studied population was 16.2%, with a higher prevalence in older men. San Francisco General Hospital has the technological resources to address natural sudden death, although response capacity is limited to specialized medical personnel.

**Keywords:** Sudden Cardiac Death, Epidemiology, Health Services (Source: NLM-MeSH).

1. Facultad de Ciencias Médicas (FCM), Universidad Nacional Autónoma de Honduras. Tegucigalpa, Honduras.
2. Servicio de Cardiología, Instituto Hondureño del Seguro Social, Tegucigalpa, Honduras.
  - a. Médico general
  - b. Cardiólogo intervencionista
  - c. Profesor titular, Unidad de investigación Científica.

**Recibido:** 06/08/2024

**Aprobado:** 12/09/2024

**Correspondencia:**

Raúl Salgado Herrera

Email: [raul\\_esh@icloud.com](mailto:raul_esh@icloud.com)

**Citar como:**

Salgado-Herrera R, Moncada-Paz G. Registro de Muerte Súbita Cardíaca y Evaluación de la Capacidad de Respuesta en el Hospital General San Francisco, Honduras. Rev Hisp Cienc Salud. 2024; 10(3):123-130. DOI 10.56239/rhcs.2024.103.810

## Introducción

Las enfermedades cardiovasculares causan en todo el mundo aproximadamente 17 millones de muertes al año, de las cuales el 25% corresponden a muerte súbita cardíaca.<sup>1-5</sup> El riesgo de muerte súbita cardíaca es mayor en hombres que en mujeres y aumenta con la edad debido a la mayor prevalencia de cardiopatía isquémica a edad avanzada.<sup>6</sup> Por consiguiente, se estima que la tasa de muerte súbita cardíaca varía de 1.4 por 100,000 personas al año entre las mujeres, y 6.6 por 100,000 personas al año entre los hombres.<sup>6</sup> La muerte súbita cardíaca en individuos más jóvenes tiene una incidencia estimada de 0.46-3.7 por 100,000 personas al año.<sup>7</sup>

Actualmente solo se cuentan con datos de Estados Unidos y de países de la Unión Europea, por lo que Honduras, así como la mayoría de los países de latinoamericanos no cuenta con información detallada de la muerte súbita cardíaca en su población, también se desconoce la preparación y equipamiento de las diferentes instituciones de salud para enfrentar este fenómeno. Al no existir en Honduras una investigación sobre la incidencia de muerte súbita cardíaca, y la preparación de los diferentes equipos para abordarla, consideramos importante estipular la incidencia de muerte súbita y la capacidad de respuesta de los diferentes equipos de salud.

## Metodología

### Tipo de estudio:

El presente trabajo se enmarcó como un estudio epidemiológico observacional,

descriptivo y retrospectivo, basado en la revisión de registros de mortalidad hospitalaria y expedientes médicos.

### Población y muestra:

La población del estudio incluyó a todas las personas, hombres y mujeres, con 18 años o más, que suman un total estimado de 79,384 habitantes pertenecientes al Área Geográfica de Influencia (AGI) del Hospital Regional San Francisco, durante el periodo comprendido entre agosto de 2015 y agosto de 2016. Dado que la muerte súbita natural es un fenómeno poco registrado y no se cuenta con datos previos en la región, se analizaron todas las defunciones registradas durante un periodo de 12 meses. Aunque la tasa de mortalidad suele calcularse para intervalos de cinco años, se decidió limitar el análisis a un año por motivos académicos y de aprendizaje.

### Unidad de análisis:

Se consideraron como unidades de análisis todas las muertes registradas en el periodo de estudio (agosto 2015 - agosto 2016). Los datos se obtuvieron de los registros de mortalidad y los expedientes clínicos correspondientes.

### Criterios de inclusión:

Personas de sexo masculino o femenino con edad igual o superior a 18 años.  
Defunciones ocurridas dentro del periodo de estudio.

### Criterios de exclusión:

Personas con edad menor a 18 años al momento de la defunción.

1. Facultad de Ciencias Médicas (FCM), Universidad Nacional Autónoma de Honduras. Tegucigalpa, Honduras.
2. Servicio de Cardiología, Instituto Hondureño del Seguro Social, Tegucigalpa, Honduras.
  - a. Médico general
  - b. Cardiólogo intervencionista
  - c. Profesor titular, Unidad de Investigación Científica.

**Recibido:** 06/08/2024

**Aprobado:** 12/09/2024

**Correspondencia:**

Raúl Salgado Herrera

Email: [raul\\_esh@icloud.com](mailto:raul_esh@icloud.com)

**Citar como:**

Salgado-Herrera R, Moncada-Paz G. Registro de Muerte Súbita Cardíaca y Evaluación de la Capacidad de Respuesta en el Hospital General San Francisco, Honduras. Rev Hisp Cienc Salud. 2024; 10(3):123-130. DOI [10.56239/rhcs.2024.103.810](https://doi.org/10.56239/rhcs.2024.103.810)

## Técnicas e instrumentos de recolección de información:

Los datos se obtuvieron de fuentes primarias, como registros de mortalidad, actas de defunción y expedientes clínicos de las defunciones ocurridas durante el periodo de estudio. Se diseñaron dos instrumentos específicos para la recopilación y análisis:

- Instrumento 1: Recopiló información relacionada con muertes naturales, específicamente aquellas de origen cardiovascular (como infarto agudo de miocardio) y muertes repentinas de causa no consignada. Las muertes violentas, aunque registradas, no fueron objeto de análisis.
- Instrumento 2: Evaluó la capacidad de respuesta de la red de servicios de salud ante casos de muerte súbita.

## Procesamiento y análisis de datos:

La información recopilada se ingresó en una base de datos desarrollada en el software estadístico EPI INFO versión 7.0 (CDC, Atlanta, EUA). Se realizó un proceso exhaustivo de limpieza de datos para corregir inconsistencias, valores fuera de rango y errores de digitación o recolección.

## Aspectos éticos:

El protocolo fue evaluado y aprobado por el Comité de Ética en Investigación Biomédica de la Facultad de Ciencias Médicas de la UNAH. Al tratarse de un estudio basado en registros de mortalidad, no implicó riesgos para los participantes. Los investigadores completaron cursos sobre ética en investigación de seres humanos a través

de plataformas como "Collaborative Institutional Training" y "The Global Health Network".

## Dificultades metodológicas:

Una limitante significativa fue la falta de antecedentes nacionales sobre investigaciones relacionadas con la muerte súbita, lo que obligó a construir desde cero las bases de datos y estadísticas. Adicionalmente, la exclusión de pacientes que fallecieron fuera de las instalaciones del Hospital Regional San Francisco representó un desafío para la cobertura y completitud del análisis.

## Resultados

De acuerdo con los registros del Hospital Regional San Francisco, ubicado en el municipio de Juticalpa, Olancho, se documentaron un total de 156 defunciones durante el periodo de estudio. De estas, el 1.92% (3 casos) fueron clasificadas como muertes violentas, mientras que el 98.07% (153 casos) correspondieron a muertes naturales. Dentro de las muertes naturales, las causas cardiovasculares representaron el 26.28% (41 casos) del total de defunciones.

Entre las causas específicas de mortalidad, el choque séptico fue la más prevalente, representando el 19.8% de los casos, seguido por el infarto agudo de miocardio, que constituyó el 15.3% de las muertes naturales (ver Tabla 1).

1. Facultad de Ciencias Médicas (FCM), Universidad Nacional Autónoma de Honduras. Tegucigalpa, Honduras.
2. Servicio de Cardiología, Instituto Hondureño del Seguro Social, Tegucigalpa, Honduras.
  - a. Médico general
  - b. Cardiólogo intervencionista
  - c. Profesor titular, Unidad de investigación Científica.

Recibido: 06/08/2024

Aprobado: 12/09/2024

#### Correspondencia:

Raúl Salgado Herrera

Email: [raul\\_esh@icloud.com](mailto:raul_esh@icloud.com)

#### Citar como:

Salgado-Herrera R, Moncada-Paz G. Registro de Muerte Súbita Cardíaca y Evaluación de la Capacidad de Respuesta en el Hospital General San Francisco, Honduras. Rev Hisp Cienc Salud. 2024; 10(3):123-130. DOI [10.56239/rhcs.2024.103.810](https://doi.org/10.56239/rhcs.2024.103.810)

**Tabla 1.** Principales causas de muerte registradas en el Hospital Regional San Francisco durante el periodo del agosto 2015 – agosto 2016

#	Causa de muerte	n	%
1	Choque Séptico	31	19.8%
2	Infarto Agudo de Miocardio	24	15.3%
3	Neumonía	12	7.6%
4	Sangrado Digestivo Alto	12	7.6%
5	Falla Multi-orgánica	11	7.0%
6	Evento Cerebrovascular Hemorrágico	9	5.7%
7	Insuficiencia Cardíaca Congestiva	8	5.1%
8	Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica	5	3.2%
9	Choque Hipovolémico	4	2.5%
10	Encefalopatía Hepática	3	1.9%
11	Otras Causas	37	23.7%
	<b>Total</b>	<b>156</b>	<b>100%</b>

La distribución de las víctimas por muerte súbita natural, incluyendo causas desconocidas e infarto agudo de miocardio, mostró una prevalencia de 64% en hombres y 36% en mujeres. En cuanto a la edad, las víctimas se encontraron en un rango de 40 a 98 años, con un promedio de 71.08 años.

El electrocardiograma fue el principal elemento diagnóstico para sustentar la causa de muerte, realizándose en el 92% de los casos, seguido por exámenes de laboratorio (troponinas), que se practicaron en el 36% de los pacientes. No se realizaron exámenes de imagen ni autopsias en ninguno de los casos registrados. Cabe destacar que el 100% de las muertes súbitas ocurrieron dentro de las instalaciones hospitalarias. En cuanto al personal médico que atendió a los pacientes, el 48% fue atendido por médicos generales, el 32% por médicos en servicio social y el 20% por médicos especialistas.

Entre los antecedentes familiares patológicos de las víctimas, se encontró que solo un pequeño porcentaje presentó estos antecedentes, siendo la diabetes mellitus el más común, con un 24%. El

68% de las víctimas no contaba con antecedentes familiares reportados.

En cuanto a los antecedentes personales patológicos, el 92% de las víctimas tenía alguna condición preexistente. La hipertensión arterial fue la más frecuente, presente en el 60% de los casos, seguida de la diabetes mellitus, que se identificó en el 40% de las víctimas. (Ver Tabla 2)

**Tabla 2.** Antecedentes patológicos personales de las víctimas de muerte súbita, agosto 2015 – agosto 2016, en el Hospital Regional San Francisco, en el municipio de Juticalpa, Olancho.

Antecedente	n	%
Miocardiopatía	2	8%
Hipertensión arterial	15	60%
Enfermedad de Chagas	1	4%
Cardiopatía isquémica	1	4%
Infarto agudo de miocardio	1	4%
Arritmia cardíaca	3	12%
Falla cardíaca (ICC)	2	8%
Enfermedad cerebrovascular	0	0%
Diabetes mellitus	10	40%
Epilepsia o síndrome convulsivo	1	4%
Cáncer	0	0%
Otro	13	52%
Ninguno	2	8%

El estado de salud de las víctimas de muerte súbita mostró que el 68% de los pacientes se encontraban en una condición agudamente enferma al momento del evento, mientras que solo el 24% presentaba enfermedades crónicas previas.

En cuanto a los síntomas reportados durante las 24 horas previas al deceso, el más común fue la disnea, presente en el 64% de los casos, seguida por el dolor torácico, que se registró en el 52% de los pacientes. Estos hallazgos destacan la importancia de reconocer los síntomas clínicos más frecuentes asociados a la muerte súbita en poblaciones de alto riesgo. (Ver Tabla 3)

1. Facultad de Ciencias Médicas (FCM), Universidad Nacional Autónoma de Honduras. Tegucigalpa, Honduras.
2. Servicio de Cardiología, Instituto Hondureño del Seguro Social, Tegucigalpa, Honduras.
  - a. Médico general
  - b. Cardiólogo intervencionista
  - c. Profesor titular, Unidad de investigación Científica.

Recibido: 06/08/2024

Aprobado: 12/09/2024

**Correspondencia:**

Raúl Salgado Herrera

Email: [raul\\_esh@icloud.com](mailto:raul_esh@icloud.com)

**Citar como:**

Salgado-Herrera R, Moncada-Paz G. Registro de Muerte Súbita Cardíaca y Evaluación de la Capacidad de Respuesta en el Hospital General San Francisco, Honduras. Rev Hisp Cienc Salud. 2024; 10(3):123-130. DOI 10.56239/rhcs.2024.103.810

**Tabla 3.** Síntomas y signos presentados, previo al fallecimiento de las víctimas de muerte súbita, agosto 2015 – agosto 2016, en el Hospital Regional San Francisco, en el municipio de Juticalpa, Olancho.

Síntomas	n	%
Hipotensión arterial	6	24%
Dolor torácico	13	52%
Disnea	16	64%
Cianosis	5	20%
Taquicardia	7	28%
Bradycardia	4	16%
Frialdad distal	8	32%
Cefalea	1	4%
Hemorragia	0	0%
Fiebre/escalofrío	3	12%
Sudoración	9	36%
Frialdad distal	8	32%
Ninguno	0	0%
Otros	5	20%

El Hospital Regional San Francisco cuenta con el equipo necesario para realizar reanimación cardiopulmonar (RCP) de forma adecuada. Sin embargo, carece de recursos clave para los cuidados inmediatos posteriores a la RCP, como un ventilador mecánico y un electroencefalógrafo, lo que limita su capacidad para brindar una atención integral a los pacientes tras la reanimación.

En relación con el personal asistencial, se identificaron deficiencias en el entrenamiento y certificación para la atención de emergencias críticas:

- **Especialistas:** El 100% está entrenado y certificado en RCP.
- **Médicos generales:** Solo el 36.36% está entrenado, y ninguno cuenta con certificación.
- **Médicos en servicio social:** El 17.40% está entrenado, pero ninguno tiene certificación.
- **Médicos internos:** Apenas el 1.96% está entrenado, sin certificaciones.
- **Personal de enfermería:** Incluyendo

auxiliares, licenciadas y personal en servicio social, ninguno está entrenado ni certificado en RCP.

Estos datos resaltan una brecha significativa en la preparación del personal asistencial no especializado, lo que representa un desafío para el manejo oportuno y eficaz de eventos de muerte súbita.

### Discusión

El análisis de las muertes registradas en el Hospital Regional San Francisco durante el periodo de agosto 2015 a agosto 2016 reveló que el 98.07% de las defunciones fueron de causa natural, superando ampliamente a las muertes de origen violento, que representaron apenas el 1.93%. Las muertes cardiovasculares destacaron como la principal causa natural, con un 26.28% del total de fallecimientos, seguidas por patologías infecciosas como el choque séptico. Este hallazgo refuerza la relevancia de las enfermedades cardiovasculares como un problema crítico de salud pública, tanto a nivel local como global<sup>1, 3, 11</sup>.

Dentro del fenómeno de muerte súbita, el 15.38% de los casos fueron atribuidos al infarto agudo de miocardio, principalmente en hombres de entre 60 y 80 años, con una media de edad de 71.8 años. Este diagnóstico fue respaldado por electrocardiogramas en el 92% de los casos y por enzimas cardíacas (troponinas) en el 36%. La falta de realización de estudios adicionales, como ecocardiogramas o monitorización cardíaca, limitó la precisión diagnóstica<sup>7, 13</sup>.

Los antecedentes patológicos personales y familiares de las víctimas mostraron una

1. Facultad de Ciencias Médicas (FCM), Universidad Nacional Autónoma de Honduras. Tegucigalpa, Honduras.
2. Servicio de Cardiología, Instituto Hondureño del Seguro Social, Tegucigalpa, Honduras.
  - a. Médico general
  - b. Cardiólogo intervencionista
  - c. Profesor titular, Unidad de investigación Científica.

**Recibido:** 06/08/2024

**Aprobado:** 12/09/2024

**Correspondencia:**

Raúl Salgado Herrera

Email: [raul\\_esh@icloud.com](mailto:raul_esh@icloud.com)

**Citar como:**

Salgado-Herrera R, Moncada-Paz G. Registro de Muerte Súbita Cardíaca y Evaluación de la Capacidad de Respuesta en el Hospital General San Francisco, Honduras. *Rev Hisp Cienc Salud*. 2024; 10(3):123-130. DOI [10.56239/rhcs.2024.103.810](https://doi.org/10.56239/rhcs.2024.103.810)

alta prevalencia de factores de riesgo cardiovascular. El 92% de las víctimas tenía antecedentes personales de importancia, siendo la hipertensión arterial el más común (60%), seguida por la diabetes mellitus (40%). Por otro lado, el 68% de las víctimas no reportó antecedentes familiares relevantes, mientras que, en aquellos con antecedentes familiares, la diabetes mellitus (24%) fue el más frecuente. Estas características reflejan una población con un perfil de riesgo elevado para eventos cardiovasculares agudos<sup>1, 3, 11</sup>.

La mayoría de las víctimas se encontraba en un estado agudamente enfermo en las 24 horas previas al deceso (68%), mientras que el 24% presentaba enfermedades crónicas preexistentes. Los síntomas más comunes en este periodo fueron la disnea (64%) y el dolor torácico (52%), lo que coincide con la presentación clásica de eventos cardíacos agudos. Sin embargo, la falta de intervenciones tempranas efectivas, como la desfibrilación o la reanimación cardiopulmonar precoz, contribuyó a una tasa de supervivencia nula, alineándose con la media internacional de menos del 5%<sup>5, 11</sup>.

Aunque el hospital cuenta con equipo básico para realizar reanimación cardiopulmonar, como desfibriladores, bolsas de resucitación y carros rojos equipados, carece de recursos críticos como ventiladores mecánicos, electroencefalógrafos y ambulancias adecuadas para el traslado de pacientes en estado crítico. Estas limitaciones comprometen significativamente la

atención integral de los pacientes que sufren eventos cardiovasculares agudos<sup>12, 13</sup>.

En cuanto al personal asistencial, se identificaron brechas importantes en el entrenamiento y certificación en reanimación cardiopulmonar (RCP). Mientras que el 100% de los especialistas está capacitado y certificado, solo el 36.36% de los médicos generales y el 17.4% de los médicos en servicio social recibieron entrenamiento, sin certificación en ninguno de los casos. En el caso del personal de enfermería, ninguno está entrenado ni certificado. Esta falta de preparación es un factor determinante en la baja efectividad de la respuesta hospitalaria ante la muerte súbita<sup>5, 11</sup>.

A pesar de que las estadísticas internacionales sugieren que un porcentaje significativo de muertes súbitas ocurre fuera del hospital, en este estudio, el 100% de las muertes ocurrieron dentro de las instalaciones hospitalarias, lo que resalta una oportunidad perdida para intervenciones oportunas. La ausencia de diagnósticos formales de muerte súbita en los registros también evidencia la falta de conocimiento sobre este fenómeno por parte del personal médico, así como limitaciones en los recursos diagnósticos y de registro<sup>7, 13</sup>.

Finalmente, las diferencias observadas entre las características locales y los datos internacionales, como la mayor prevalencia de muerte súbita en edades más avanzadas y su asociación predominante con infartos agudos de

1. Facultad de Ciencias Médicas (FCM), Universidad Nacional Autónoma de Honduras. Tegucigalpa, Honduras.
2. Servicio de Cardiología, Instituto Hondureño del Seguro Social, Tegucigalpa, Honduras.
  - a. Médico general
  - b. Cardiólogo intervencionista
  - c. Profesor titular, Unidad de investigación Científica.

**Recibido:** 06/08/2024

**Aprobado:** 12/09/2024

#### Correspondencia:

Raúl Salgado Herrera

Email: [raul\\_esh@icloud.com](mailto:raul_esh@icloud.com)

miocardio, podrían estar relacionadas con factores demográficos y laborales propios de la región, como una población predominantemente activa en actividades agrícolas. Sin embargo, estas diferencias también subrayan la necesidad de investigaciones adicionales para comprender mejor la epidemiología de la muerte súbita en contextos locales<sup>1, 3, 11</sup>.

El presente estudio destaca la importancia de fortalecer la capacitación del personal médico y de enfermería en técnicas de RCP, mejorar el equipamiento hospitalario y promover investigaciones epidemiológicas que permitan diseñar estrategias específicas para prevenir y manejar la muerte súbita de manera efectiva.

#### Agradecimientos

Expresamos nuestro agradecimiento a la Unidad de Investigación Científica de la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad Nacional Autónoma de Honduras (FCM-UNAH) por su valioso apoyo. Asimismo, extendemos nuestra gratitud a los compañeros que colaboraron en la recolección de datos en la Unidad de Archivos del Hospital General San Francisco: Carlos Mejía, Daniela Vásquez, Francely Soto, Katerin Hernández, Luis Martínez y Marlon Alvarado. Su contribución fue fundamental para la realización de este estudio.

#### Financiamiento

Autofinanciado

#### Conflictos de interés

Los autores niegan tener conflictos de interés.

#### Referencias Bibliográficas

1. Rodríguez JP. Cómo ocurre la muerte súbita. En: López A, Macaya C, editores. *Libro de la salud cardiovascular del Hospital Clínico San Carlos y la Fundación BBVA*. España: Editorial Nerea; 2009. p. 419-425.
2. Asensio E, Narváez R, Dorantes J, Oseguera J, Orea A. Conceptos actuales sobre la muerte súbita. *Gac Méd Méx*. 2005;141(2):89-98. Disponible en: [https://www.anmm.org.mx/bgmm/1864\\_2007/2005-141-2-89-98.pdf](https://www.anmm.org.mx/bgmm/1864_2007/2005-141-2-89-98.pdf) [Acceso 5 de septiembre de 2020].
3. Deo R, Albert C. Epidemiology and genetics of sudden cardiac death. *Circulation*. 2012;125(4):620-637. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3399522/pdf/nihms352403.pdf> [Acceso 5 de septiembre de 2020].
4. Peña J, Barrera A, Fernández I, Alzueta J. Muerte súbita: Estratificación del riesgo. ¿En qué situación estamos? *Cuadernos de estimulación cardíaca*. 2008;1(1):43-50. Disponible en: <http://secardiologia.es/images/stories/seciones/estimulacion/cuadernos-estimulacion/01/muerte-subita-estratificacion-de-riesgo.pdf> [Acceso 5 de septiembre de 2020].
5. Ochoa L, Gonzáles M, Vilches E, Erazo N, Quispe J. Expresión clínica del síndrome de muerte súbita cardíaca. *Rev Cubana Med*. 2011;50(1):16-28. Disponible en: <http://scielo.sld.cu/pdf/med/v50n1/med02110.pdf> [Acceso 5 de septiembre de 2020].
6. Priori S, Blomström-Lundqvist C, Mazzanti A, Blom N, Borggrefe M. Guía ESC 2015 sobre el tratamiento de pacientes con arritmias ventriculares y prevención de la muerte súbita cardíaca. *Rev Esp Cardiol*. 2016;69(2):1-77. Disponible en: <https://www.revespcardiol.org/es-pdf-S030089321600004X> [Acceso 5 de

#### Citar como:

Salgado-Herrera R, Moncada-Paz G. Registro de Muerte Súbita Cardíaca y Evaluación de la Capacidad de Respuesta en el Hospital General San Francisco, Honduras. *Rev Hisp Cienc Salud*. 2024; 10(3):123-130. DOI 10.56239/rhcs.2024.103.810

1. Facultad de Ciencias Médicas (FCM), Universidad Nacional Autónoma de Honduras. Tegucigalpa, Honduras.
2. Servicio de Cardiología, Instituto Hondureño del Seguro Social, Tegucigalpa, Honduras.
  - a. Médico general
  - b. Cardiólogo intervencionista
  - c. Profesor titular, Unidad de investigación Científica.

**Recibido:** 06/08/2024

**Aprobado:** 12/09/2024

**Correspondencia:**

Raúl Salgado Herrera

Email: [raul\\_esh@icloud.com](mailto:raul_esh@icloud.com)

**Citar como:**

Salgado-Herrera R, Moncada-Paz G. Registro de Muerte Súbita Cardíaca y Evaluación de la Capacidad de Respuesta en el Hospital General San Francisco, Honduras. *Rev Hisp Cienc Salud*. 2024; 10(3):123-130. DOI 10.56239/rhcs.2024.103.810

7. Bayés de Luna A, Elosua R. Muerte súbita. *Rev Esp Cardiol*. 2012;65(11):1039-1052. Disponible en: <https://www.revespcardiol.org/es-muerte-subita-articulo-S0300893212004277> [Acceso 5 de septiembre de 2020].
8. The Republic of Ireland. National Incidence and Figures 2005-2007. Roy A, Margey R, McGorrian C, O'Donnell C, Fabre A, O'Keane. Sudden Cardiac Death in the Young Registry. Dublin: Health Service Executive; 2007.
9. Adams N, Al-Khatib S, Bonow R, Campbell R, Carius M, Chambers C, et al. Sudden cardiac arrest: Meeting the challenge. *The Joint Commission*; 2011. Disponible en: [https://www.jointcommission.org/assets/1/6/Sudden\\_Cardiac\\_Arrest-final\\_2.pdf](https://www.jointcommission.org/assets/1/6/Sudden_Cardiac_Arrest-final_2.pdf) [Acceso 5 de septiembre de 2020].
10. Sundström J, Hedberg J, Thuresson M, Aarskog P, Munk K, Oldgren J. Low-dose aspirin discontinuation and risk of cardiovascular events. *Circulation*. 2017;136(13):1183-1192. Disponible en: <https://www.ahajournals.org/doi/10.1161/CIRCULATIONAHA.117.028321> [Acceso 5 de septiembre de 2020].
11. Rodríguez-Reyes H, Muñoz M, Márquez M, Pozas G, Lafuente H. Muerte súbita cardíaca: Estratificación de riesgo, prevención y tratamiento. *Arch Cardiol Mex*. 2015;85(4):329-336. Disponible en: <https://www.elsevier.es/es-revista-archivos-cardiologia-mexico-293-pdf-S1405994015000634> [Acceso 5 de septiembre de 2020].
12. Agewall S, Giannitsis E, Jernberg T, Katus H. Troponin elevation in coronary vs non-coronary disease. *Eur Heart J*. 2011;32(4):404-411. Disponible en: <https://academic.oup.com/eurheartj/article/32/4/404/441142> [Acceso 5 de septiembre de 2020].
13. Meraz C, Camarena G, Elizalde J, Aguirre J, Martínez J. Utilidad de la determinación cualitativa de troponina I y creatinfosfocinasa isoenzima MB en los síndromes isquémicos coronarios agudos. *Arch Cardiol Mex*. 2006;76(1):37-46. Disponible en: <http://www.scielo.org.mx/pdf/acm/v76n1/v76n1a5.pdf> [Acceso 5 de septiembre de 2020].
14. Díaz M. Indicadores Básicos 2011. Tegucigalpa: Secretaría de Salud; 2011. Disponible en: [https://www.paho.org/hon/index.php?option=com\\_docman&view=download&category\\_slug=documentos-estrategicos&alias=253-indicadores-basicos-de-salud-2011&Itemid=211](https://www.paho.org/hon/index.php?option=com_docman&view=download&category_slug=documentos-estrategicos&alias=253-indicadores-basicos-de-salud-2011&Itemid=211) [Acceso 5 de septiembre de 2020].
15. Banco Central de Honduras. Honduras en cifras 2013-2015. Tegucigalpa; 2016. Disponible en: [https://www.bch.hn/download/honduras-en-cifras/hencifras2013\\_2015.pdf](https://www.bch.hn/download/honduras-en-cifras/hencifras2013_2015.pdf) [Acceso 5 de septiembre de 2020].

