



CARDIOPATIA ISQUEMICA COMO CAUSA DE MUERTE SÚBITA EN LOS AÑOS DEL 2002-2004 EN EL HOSPITAL UNIVERSITARIO “ABEL SANTAMARIA CUADRADO”.

Gladys Rafaela Cirión Martínez*, Miguel Angel Herrera Pérez*, Alumno: Moisés Rojas González**

* Hospital Universitario “Abel Santamaría Cuadrado” CUBA

** Facultad de ciencias médicas “Ernesto Quevara La Serna CUBA

Resumen

Dentro de las muertes naturales existe la muerte súbita, que es de gran controversia para definirla, siendo imprescindible demostrar su causa para diferenciarla de un homicidio, por lo que con gran frecuencia son objeto de una autopsia médico-legal. La organización mundial de la salud, define la muerte súbita como aquella que se presenta de forma inmediata, y cronológicamente desde minutos a 24 horas, con carácter inesperado e imprevisto. La mayoría de estos pacientes fallecen en sus viviendas, en su traslado a una unidad de salud ó en los cuerpos de guardia de los hospitales, sin que los médicos tengan todos los elementos clínicos y auxiliares para el diagnóstico, constituyendo un gran problema para el médico asistencial. El presente trabajo tiene como finalidad, determinar dentro de los fallecidos con necropsia realizada en el departamento de anatomía patológica del Hospital “Abel Santamaría Cuadrado” durante los años 2002-2004, aquellos casos que se corresponden con los requerimientos establecidos para ser considerados como una muerte súbita, para esta investigación tomamos los 155 casos con enfermedades isquémicas cardiacas. La metodología utilizada fue longitudinal descriptiva y de forma retrospectiva. Se realizó una revisión de los casos y se concluyó mayor frecuencia en el sexo masculino, entre 60 y 69 años, el hábito de fumar y la hipertensión arterial se observó en menos del 40%. La coronarioesclerosis moderada y severa como única alteración demostrable se presentó en el 50,32% y asociada al infarto agudo del miocardio en el 49,68%, en el 7,74% de los casos se produjo ruptura de la pared con

hemopericardio.

Introduccion

El cese de las funciones vitales del organismo humano, con una traducción clínica morfológica, ya esperada por la familia y sociedad es considerada una muerte natural (1,2,3,4). Dentro de las muertes naturales existe la muerte súbita, que es de gran controversia para definirla, siendo imprescindible demostrar su causa para diferenciarla de un homicidio, por lo que con gran frecuencia son objeto de una autopsia médico-legal, caracterizada por una aparición rápida e inesperada (5,6,7).

Teniendo en cuenta estos dos parámetros, la organización mundial de la salud, define la muerte súbita como aquella que se presenta de forma inmediata, rápida y que va cronológicamente desde minutos a 24 horas, con un carácter inesperado e imprevisto y no sospechada por la familia y la sociedad (7).

Razón por la cual la mayoría de estos pacientes fallecen en sus viviendas, en su traslado a una unidad de salud ó en los cuerpos de guardia de los hospitales, sin que los médicos tengan todos los elementos clínicos y auxiliares para el diagnóstico, lo que ocasiona no tener los elementos para un correcto llenado del certificado de defunción, reportándose estadísticas como la de Aderson y Hirsch (1968), que el 67% de las autopsias médico legales en un período de 30 años fueron por este tipo de muerte (8,9).

Constituyendo un gran problema para el médico asistencial, ya que el llenado de un certificado de defunción de complacencia puede ocultar una muerte con implicaciones jurídicas (9).

Epidemiológicamente existen una serie de factores generales que pueden ser considerados como factores de riesgo favorecedores de este tipo de muerte siendo muy variables, y sí bien es cierto que la mayoría de los órganos y sistemas del organismo humano pueden ser provocadores de una muerte súbita, se han dividido para su estudio en enfermedades cardiacas y no cardiacas asociadas a muerte súbita (6,9).

Dentro de estos factores son de mayor interés:

Edad: su máxima incidencia es entre 45 y 75 años con una mayor concentración entre los 60 y 65 años (10).

Sexo: el masculino predomina con una proporción entre 3 y 5 hombres por una mujer (10).

Hipertensión arterial. Se ha encontrado como el único trastorno presente en pacientes fallecidos subitamente. (11).

Tabaquismo. Se ha demostrado que a medida que existe incremento en el consumo de cigarrillos se incrementa el riesgo a morir de esta forma (12).

Obesidad. Se describe que la misma incrementa el riesgo de por sí y a través del favorecimiento de otros factores (13).

Dentro de las enfermedades cardiacas más frecuentes se describe en primer lugar las cardiopatías isquémicas como responsables del 75% de las muertes súbitas y se presentan en un tercio de los casos como la primera manifestación de coronariopatías (9,14).

La mayoría de los fallecidos estudiados tienen una reducción de la luz igual o superior al 75% en al menos 1 de los tres troncos principales coronarios, de sus segmentos proximales, aumentando el riesgo sí se afecta más de un tronco vascular (15,16,17).

La incidencia de trombos en las coronarias afectadas es muy variable, se ha reportado que se ve mayormente cuando hay placas de ateromas complicadas, en un tiempo de evolución cercano a las 24 horas y en pacientes con un infarto agudo del miocardio de base (17,18).

Otras cardiopatías descritas son las enfermedades valvulares como la estenosis aórtica y el prolapso de la válvula mitral; las cardiomiopatía hipertrófica, dilatada, restrictiva, la displasia arritmogénica del ventrículo derecho (Enfermedad de UHL), lesiones infiltrativas del miocardio, alteraciones no ateroscleróticas de las arterias coronarias y anomalías del sistema de conducción en general se han asociado con este tipo de muerte (9,12,19,20).

Las causas no cardiacas son múltiples, observadas en enfermedades de la aorta como el hematoma disecante, el sistema nervioso como la epilepsia, en aparato respiratorio como el embolismo pulmonar; el aparato digestivo y sistema endocrino entre otros (9,21).

Hablar de muerte súbita es casi sinónimo de hacerlo de muerte de origen cardiaco, por la alta frecuencia con que las afecciones del corazón causan la misma (9), producto de esta situación nos propusimos investigar los factores de riesgo generales y particularmente las enfermedades isquémicas del corazón que provocaron muerte súbita en el transcurso de los últimos tres años en fallecidos con necropsia, en el servicio de anatomía patológica

del hospital "Abel Santamaría Cuadrado".

Material y Métodos

Realizamos un estudio retrospectivo, longitudinal y descriptivo, tomando como universo de trabajo, todos los fallecidos con necropsia desde enero de 2002 hasta diciembre de 2004 en el Hospital "Abel Santamaría Cuadrado", en ellos seleccionamos los fallecidos que cumplían con los requisitos establecidos para un diagnóstico de muerte súbita, con demostración morfológica que su causa fuera por enfermedad isquémica aguda cardíaca produciéndose en algunos casos en su domicilio, policlínico, trayecto al hospital y sala de emergencia del hospital, fundamentalmente en estos casos estudiamos las variables de edad, sexo, hipertensión arterial, obesidad y morfológicamente la afectación aterosclerótica de las coronarias, considerándolas en coronariosclerosis severa y moderada, con trombosis coronaria ó no, e infarto agudo del miocardio ya bien sea el diagnóstico por alteraciones isquémicas precoces, infarto agudo del miocardio bien establecido ó complicado con hemopericardio. Estos resultados fueron llevados a cuadros con sus análisis porcentuales correspondientes.

Resultados

Se realizaron un total de 2454 necropsias en el departamento de anatomía patológica del Hospital "Abel Santamaría Cuadrado" en los últimos tres años, de ellas 280 cumplieron con los parámetros establecidos para el diagnóstico de muerte súbita representando el 11,4% del total de fallecidos, de los 280 casos de muerte súbita, 155 corresponden a la cardiopatía isquémica para un 55,36%.

Las principales características epidemiológicas o factores generales de riesgo, relacionadas con los fallecidos por esta causa son: los grupos etáreos más afectados correspondieron a los fallecidos de 51 años ó más con 126 y un 80,14%, siendo más afectada la década de los 61 a 70 años con 46 casos para un 29,66%; el sexo masculino fue más afectado con 109 fallecidos y un 70,32%, se encontraron 49 fumadores (31,61%), hipertensión arterial 42 (27,09%) y obesos 6 para un 3,87%.

La afectación coronaria sin otras causas que explicaran la muerte se encontró en un 50,32%, la coronarioesclerosis severa 46 pacientes (29,66%), coronariosclerosis moderada en 26 casos (16,77%) y en 6 (3,87%) de los casos se observó coronariosclerosis severa con trombosis.

El diagnóstico de infarto agudo del miocardio se realizó en 77 fallecidos (49,68%), de ellos con alteraciones morfológicas precoces, 7 (4,51%), con infarto agudo del miocardio bien establecido 58 para el 37,41% y 12 (7,74%) infarto agudo del miocardio con hemopericardio.

Tabla 1.

Total de fallecidos por muerte súbita en las

necropsias realizadas en los últimos tres años.

Año	Fallecidos con necropsia	Fallecidos con muerte súbita	Porcentaje
2002	744	74	9,9
2003	824	94	11,4
2004	884	112	12,6
Total	2454	280	11,4

Fuente: Dpto Anatomía Patológica Hospital "Abel Santamaría Cuadrado".

Tabla 2.

Fallecidos con cardiopatía isquémica de forma súbita.

Número de fallecidos	Fallecidos con cardiopatía isquémica.	Porcentaje.
280	155	55,36

Fuente: Departamento Anatomía Patológica. Hospital "Abel Santamaría "

Tabla 3.

Grupos etáreos de los fallecidos por cardiopatía isquémica de forma súbita.

Edad	Número de casos	Porcentaje.
Menos de 40 años	5	3,22
41-50 años	27	17,41
51-60 años.	38	24,51
61-70 años	46	29,66
71 años ó más	39	25,16
Total	155	100.00

Fuente: Departamento Anatomía Patológica. Hospital "Abel Santamaría "

Tabla 4.

Principales características epidemiológicas relacionadas con la muerte súbita por cardiopatía isquémica.

Características epidemiológicas	Número de casos	Porcentaje.
Hipertensión arterial.	42	27,09
Hábito de fumar.	49	31,61
Sexo masculino.	109	70,32
Obesidad.	6	3,87

Fuente: Departamento Anatomía Patológica. Hospital "Abel Santamaría "

Tabla 5.

Total de fallecidos con afectación de las coronarias sin otra causa de muerte súbita.

Afectación coronaria	Número de casos	Porcentaje.
Coronarioesclerosis moderada	26	16,77
Coronarioesclerosis severa	46	29,66
Trombosis	6	3,80

coronaria		
Total	78	50,32

Fuente: Departamento Anatomía Patológica. Hospital "Abel Santamaría "

Tabla 6.

Total de fallecidos con muerte súbita por infarto agudo del miocardio en diferentes etapas evolutivas.

Tipo de infarto	Número de casos	Porcentaje.
Lesión precoz	7	4,51
Infarto agudo del miocardio.	58	37,41
Infarto agudo del miocardio con hemopericardio	12	7,74
Total	77	49,68

Fuente: Departamento Anatomía Patológica. Hospital "Abel Santamaría "

Discusión

Las estadísticas de muerte súbita en los diferentes países son muy variables (6,9,14), sobre todo porque no se registra, por lo que solo podemos compararnos con trabajos de institutos de medicina legal, que controlan estos fallecimientos, reportándose hasta un 67% de los fallecidos médico legales por estas causas, nosotros en tres años de estudio nos encontramos que el 11,4% de los fallecidos en el hospital ó no, con necropsia reúnen los parámetros establecidos para considerarlas una muerte súbita.

Las características epidemiológicas relacionadas con este tipo de muerte son variadas y dependen de los países donde se presenten, con historia de sedentarismo y obesidad como en los Estados Unidos, al igual que el hábito de fumar presente en la mayoría de los países, sobre todo los desarrollados, la hipertensión arterial muy relacionada con aspectos genéticos, raciales y sociales y el sexo masculino más afectado según diferentes trabajos (10,11,12,13).

Nosotros encontramos que el 70,32% son del sexo masculino, con una proporción de 2 hombres por una mujer, sin embargo la literatura señala entre 3 a 5 hombres por una mujer y según el Dr Piñón en estudios realizados por él, en Pinar del Río a medida que aumenta la edad estas cifras tienden a igualarse (22).

La hipertensión arterial y el hábito de fumar se señalan como factores de riesgo asociados a la muerte súbita, siendo en ocasiones el único dato clínico recogido la hipertensión arterial, nosotros encontramos en 42 casos este antecedente, el hábito de fumar estuvo presente en el 31,61%, señalado en la literatura como un factor de importancia de muerte súbita ya

que produce aumento en la agregación plaquetaria, descenso del umbral de fibrilación miocárdica, aceleración en la frecuencia cardiaca, inducción de un espasmo coronario, incremento transitorio de la presión sanguínea y aumento de la liberación de catecolaminas (12). La obesidad se describe como un aumento en el riesgo de muerte súbita por sí misma y a través de favorecer otros factores como la hipertensión, el sedentarismo entre otras (13), registrada aquí con un bajo porcentaje (3,87%).

La literatura señala que la mayoría de los fallecidos por muerte súbita de causa isquémica presentan una reducción de la luz arterial igual o superior al 75% (15,16,17), en este trabajo demostramos que la afectación de las coronarias estaba presente en la totalidad de los casos, observándose como única alteración en el 50,32% la coronarioesclerosis moderada y severa, sobre todo aquellas oclusiones severas (33,46%).

La presencia de trombos en las coronarias es muy discutida y hay trabajos que reflejan su aparición posterior a la presencia de cambios morfológicos del infarto del miocardio y en fallecidos de muerte súbita cercanos a las 24 horas de evolución, en coronarioesclerosis complicada, encontrando estadísticas muy diferentes (17,18), en esta revisión se observa en una frecuencia baja de un 3,80%.

Diferentes autores (9,17,18) encuentran como principal causa de muerte súbita las complicaciones rítmicas del infarto agudo del miocardio en las primeras 24 horas, en esta investigación comprobamos que el 49,68% de los fallecidos presentaban un IMA demostrado morfológicamente.

Conclusiones

VI - CONCLUSIONES.

Se ha incrementado la necropsia clínica en los fallecidos por muerte súbita. Los factores de riesgo más asociados son pertenecer al sexo masculino, tener una edad mayor a los 51 años sobre todo entre los 61 y 70 años, ser fumador y padecer de hipertensión arterial.

Es la cardiopatía isquémica la causa más frecuente de muerte súbita, sin una diferencia porcentual significativa entre los fallecidos con coronarioesclerosis moderada y severa como única causa y los que presentan un infarto agudo del miocardio demostrado morfológicamente.

La presencia o no de trombos coronarios no la consideramos porcentualmente significativo al igual que el hemopericardio.

VII - RECOMENDACIONES.

Ampliar la investigación al servicio de medicina legal en la provincia.

Patronizar un protocolo de necropsia específico para todos los fallecidos por muerte súbita.

Entrenamiento a todo el personal sobre la búsqueda exhaustiva de las causas de muerte en estos fallecidos.

Bibliografía

- 1- Anderson WAD. Scotty TM Sinopsis of Pathology. 10ma ed. St Louis: The C:V: Mosby Company; 1980.
- 2- Kumar V, Collins T.. Robbins Patología estructural y funcional: 6ta ed. Madrid: McGraw-Hill. Interamericana; 2000. Pp 593-94.
- 3- Rosai J. Ackerman. Patología quirúrgica. V-1: Ciudad de la Habana: Editorial Científico Técnico; 1983. Pp.11-30.
- 4- Rosai J. Ackerman's Surgical Pathology. [CD-Online products]. Mosby: AT&Tworld Net (SM); 1998.
- 5- Pérez G, Sunyer J, Sala J. Mortalidad cardiaca súbita en las comarcas de Girona: Médica Clínica. Barcelona; 1992. Pp 99,489.
- 6- Pedro RM, Nunes MA. Morte súbita por doença coronaria: O Medico; 1968. Pp 19,907.
- 7- Oliveira SA, Concheiro L. La mort Subite: Delimitation conceptuelle. La mort rapide. L agonie: Problemes médico-legaux. Congrès Internacional de Ligue Française de Medicine Legale et Medicine Sociale : Vol 1, Granada ; 1980.
- 8- Adelson L, Hirsch Ch. Sudden and unexpected death from natural causes in adults. Medicolegal investigation of death: 2da ed, Springfield; 1980.
- 9- Calabuig G. Medicina Legal y toxicología. 5ta ed. Barcelona: Masson. S. A; 2000. 205-9.
- 10- Bayes de Luna A, Guindo J. Muerte súbita cardiaca. En monografías clínicas en cardiología: Doyma, Barcelona; 1990.
- 11- Cobb L. The mechanisms, predictors and prevention of sudden cardiac death. The Heart: McGraw-Hill, New York; 1990.
- 12- Klonoff-Cohen H. The effect of passive smoking and tobacco exposure through breast milk on sudden infant death syndrome. JAMA; 1995. Pp 273,795.
- 13- Kannel W. Sudden coronary death: The Framingham study. Ann. N.Y. Acad. Sci.; 1982. Pp 382.
- 14- Knight B. The estimation of the time since death in the early post mortem period: Edward Arnold, London; 1995.
- 15- Gallagher PJ. The investigation of cardiac death: Rev. Adv in

Histopathol; 1994.

- 16- Warnes CA, Roberts WC. Sudden coronary death: Relation of amount and distribution of coronary narrowing at necropsy to previous symptoms of myocardial ischemia, left ventricular scarring and heart weight: *Am. J, Cardiol*; 1984. Pp 54,65.
- 17- Virmani R, Burke PA, Farb A, Smialek J. Problems in forensic cardiovascular pathology. Clinico pathologic correlations and pathogenetic mechanisms, cap 9: Williams and Wilkins, Baltimore; 1995. Pp 173.
- 18- Davies MJ. The pathology et ischaemic heart disease: Recent advances in histopathology, vol.13: Churchill-Livingstone, Edimburgh; 1987.
- 19- Knight B. The estimation of the time since death in the early postmortem period, Edward Arnold: London; 1996.
- 20- Tamburro P, Wilber D. Sudden death in idiopathic dilated cardiomyopathy: *Am. Heart J*; 1992. Pp 124,503-545.
- 21- Nashef L, Fish DR, Garner S, Sander J, Shorvo S. Sudden death in epilepsy and learning difficulty: *Epilepsia*; 1995. Pp 36,1187-1194.
- 22- Piñón J. Información verbal Abril 2005.

Web mantenido y actualizado por el [Servicio de informática](#) uclm. Modificado: 29/09/2005 21:56:28