

HOSPITAL PROVINCIAL GENERAL DOCENTE
"DR. ANTONIO LUACES IRAOLA"
CIEGO DE ÁVILA

Riesgo de muerte súbita en 8 pacientes asistidos en el Hospital Provincial de Ciego de Ávila de Enero de 2006 a Febrero de 2009.

Risk of sudden death in 8 patients attended in the Provincial Hospital of Ciego de Ávila from January 2006 to February 2009.

Manuel Agustín Pérez de Corcho Rodríguez (1), Arcides Abraham Varela Valdés (2), Jorge José Pérez Assef (3).

RESUMEN

Se realizó una investigación descriptiva de corte transversal en 8 pacientes, precisando los síntomas premonitorios que constituyen la expresión de una descompensación aguda del corazón, las causas de muerte súbita como expresión de complicaciones en las enfermedades asociadas, y la diferenciación entre los tipos de muerte súbita en la población estudiada. El objetivo del estudio fue describir los factores de riesgo de muerte súbita, se organizó un formulario para recoger los datos individuales, pesquisados de las historias clínicas y de estadística provincial, empleando los porcentajes, reflejándolos en tablas de distribución de frecuencia para su mejor comprensión, todos los datos obtenidos se compararon con la literatura nacional e internacional actualizada, lo que permitió concluir el predominio de los mayores de 65 años, la igualdad del sexo, el predominio del morfotipo racial blanco, además que la hipertensión arterial fue la enfermedad asociada más frecuente, el predominio del tabaquismo, así como el consumo de grasa animal, el sedentarismo, el estrés; entre los síntomas premonitorios predominaron las palpitaciones, con respecto a las causas de muerte la fibrilación ventricular y el infarto agudo del miocardio fueron la mayor expresión, y en cuanto a la diferenciación la máxima exponente fue la muerte súbita cardíaca.

Palabras clave: MUERTE SÚBITA, FACTORES DE RIESGO.

1. Especialista de 2do Grado en Medicina Interna. Profesor Instructor.
2. Especialista de 1er Grado en Medicina Interna. Especialista de 2do Grado en Terapia Intensiva y Emergencias Médicas. Máster en Urgencias Médicas y Emergencias en APS. Profesor Instructor.
3. Especialista de 2do Grado en Medicina Interna. Máster en Enfermedades Infecciosas. Profesor Asistente.

INTRODUCCIÓN

La investigación fue realizada en el municipio Ciego de Ávila, en 8 pacientes cuyo certificado de defunción expresa como causa directa de muerte, muerte súbita, asistidos en el Hospital Provincial en el período comprendido del 1ro de enero de 2006 al 9 de febrero de 2009 con el objetivo de describir los factores de riesgo de tan fatal eventualidad.

Se considera la muerte súbita cardíaca como la muerte natural inesperada por causas cardíacas que originan una alteración de la función del corazón que produce la pérdida súbita del flujo sanguíneo cerebral (FSC); la muerte súbita no cardíaca como la muerte natural inesperada por causas no cardíacas y la muerte súbita infantil o la muerte en cuna, que constituye el síndrome de muerte súbita

del lactante (SMSL), cuando un bebé fallece repentinamente, sin defecto congénito o padecer una enfermedad grave en peligro de muerte.

Por lo ser insuficiente esta información este trabajo difiere tanto cuantitativa como cualitativamente, lo cual se demuestra en la casuística analizada, con el 87,5% de muerte súbita cardíaca, ya que la mortalidad por enfermedades cardíacas es la primera causa de defunciones en Cuba, y fallecen aproximadamente el 17% de forma repentina, lo que coincide con estadísticas de países desarrollados con un rango que oscila entre un 15 y 30%.

La situación problemática es que al llenar el certificado de defunción no se expresa en la mayoría de los casos la muerte súbita como causa directa de muerte, siendo en realidad este evento la verdadera causa, lo que provoca un subregistro (1).

En general, la muerte súbita se presenta porque existe un factor desencadenante que actúa sobre un miocardio vulnerable y precipita un episodio de arritmia final. Los pacientes en los que la muerte súbita está en relación con un accidente coronario agudo, en general un infarto de miocardio, la arritmia final más frecuente es la fibrilación ventricular no precedida de taquicardia ventricular (2). En otros pacientes que no presentan infarto agudo de miocardio en el momento de este tipo de muerte, la arritmia final más común es una taquicardia ventricular sostenida que desencadena una fibrilación ventricular (3).

En estas circunstancias, hay que considerar tres cuadros: 1) síndrome de bloqueo de rama derecha, elevación del ST de V1 a V3 y muerte súbita (síndrome de Brugada); 2) síndrome del QT largo; 3) síndrome de Wolff-Parkinson-White (WPW). Cuando se han excluido estas tres causas y no hay una etiología clara de la fibrilación ventricular, se habla de fibrilación ventricular idiopática. Muchos casos de fibrilación ventricular considerada como idiopática son en realidad síndromes de Brugada no diagnosticados (4). El mayor riesgo de sufrir este tipo de muerte lo presentan los pacientes que ya han presentado arritmias ventriculares malignas (5). Es de gran interés controlar los factores de riesgo: hay que dejar de fumar de manera total, tratar la hipertensión si existe, y reducir las cifras de colesterol, LDL y triglicéridos (6). Por todo lo antes expuesto este trabajo tiene como objetivo describir el comportamiento de los factores de riesgo de muerte súbita en el Hospital Provincial mediante la identificación de los mismos, sus síntomas premonitorios que constituyen la expresión de una descompensación aguda del corazón, el análisis de las causas de muerte súbita como expresión de complicaciones en las enfermedades asociadas de la población estudiada, así como determinar la diferenciación entre los tipos de muerte súbita en la población estudiada.

MATERIAL Y MÉTODO

Nuestra investigación es un estudio descriptivo de corte transversal, en la cual describimos los factores de riesgo en 8 pacientes cuyo certificado de defunción expresa como causa directa de muerte, muerte súbita, todos procedentes del municipio Ciego de Ávila, asistidos en el Hospital Provincial en el periodo comprendido del 1ro de enero de 2006 al 9 de febrero de 2009.

Identificamos los factores de riesgo tradicionales no modificables (edad, sexo y morfotipo racial), y los sí modificables (asma, hipertensión arterial, insuficiencia cardíaca, aterosclerosis, diabetes mellitus, obesidad, hiperlipoproteinemia, tabaquismo, alcoholismo, el consumo de grasa animal, aceite vegetal, frutas, vegetales, sedentarismo, la práctica de ejercicios y el stress). También precisamos los síntomas (pérdida de la conciencia, síncope cardíaco, disnea, palpitaciones, frialdad, palidez y sudoración), así como analizamos las causas (fibrilación ventricular, taquicardia ventricular, infarto agudo del miocardio e infarto cerebral), por último determinamos la muerte súbita cardíaca, la muerte súbita no cardíaca y la muerte súbita infantil.

Se organizó un formulario para la recogida de datos individuales que incluyó las diferentes variables de estudio (ver anexos), los cuales fueron pesquizados de las historias clínicas, carnet de identidad, y de Estadística Provincial por los autores de la investigación. Se emplearon como métodos o procedimientos estadísticos los porcentajes, los que se reflejaron en tablas de distribución de frecuencia para su mejor comprensión. Se procesaron a través de medios automatizados utilizando una computadora laptop con paquete de programa compatible. Todos los datos obtenidos se compararon con la literatura nacional y extranjera actualizada.

ANÁLISIS Y DISCUSIÓN DE LOS RESULTADOS

En la Tabla No. 1, se refleja que los factores de riesgo tradicionales no modificables de los 8 pacientes estudiados se comportaron de la siguiente forma: en cuanto a la edad predominaron los mayores de 65 años con 5 casos para un 62,5%, 2 casos entre 51 a 64 años para un 25%, 1 caso entre 41 a 50 años para un 12,5%, no hubo casos entre los menores de 1 a 40 años para un 0%, no existió predominio de sexo alguno, ambos estuvieron representados con 4 casos para un 50% respectivamente, el morfotipo racial blanco tuvo 5 casos de exponentes para un 62,5%, sobre el negro con 2 casos para un 25% y el mestizo con 1 caso para un 12,5%. Desde el punto de vista epidemiológico, un factor de riesgo puede ser asociado con un exceso de muertes si la mortalidad por cierta enfermedad en la población expuesta a tal factor (RE) es significativamente mayor a la de la población no expuesta a él (RU) y la relación RE/RU provee de un estimado del riesgo relativo (RR) de morir por cierta enfermedad en presencia del referido factor (7).

En la Tabla No. 2, en igual número de pacientes los factores de riesgo tradicionales si modificables se presentaron de la siguiente manera: entre las enfermedades asociadas la hipertensión arterial fue la máxima expresión con 3 casos para un 37,5%, seguida de la insuficiencia cardíaca con 2 casos para un 25%, el asma, la aterosclerosis y la diabetes mellitus con 1 caso respectivamente para un 12,5%, en último lugar lo ocuparon la obesidad, y la hiperlipoproteinemias con 0 casos para un 0%, los hábitos tóxicos se manifestaron su máximo exponente en el tabaquismo con 5 casos para un 62,5% sobre el tabaquismo-alcoholismo con 2 casos para un 25% y en último lugar el alcoholismo con 1 caso para un 12,5%, en cuanto a la alimentación el consumo de grasa animal representó el mayor número de casos con 4 para un 50% sobre el consumo de aceite vegetal con 3 casos para un 37,5% y el consumo de frutas y vegetales fue de 1 caso para el 12,5%, el género de vida sedentario predominó con 7 casos para un 87,5% sobre la práctica sistemática de ejercicios físicos que estuvo representada con 1 caso para un 12,5%, el cuanto al tipo de vida el estrés dominó con 6 casos par un 75%, sobre los no estresados con 2 casos para un 25%. El efecto de muchas variables confusoras puede estar implícito en este análisis y el riesgo que cada uno de estos factores representa para la morbimortalidad del universo muestral, evita el efecto confusor del resto de las variables (8-10).

En la Tabla No. 3, en los mismos pacientes los síntomas premonitorios que constituyen la expresión de una descompensación aguda del corazón se manifestaron como sigue: las palpaciones ocuparon el primer lugar con 4 casos para un 50%, un segundo lugar lo obtuvo el dolor precordial, con 3 casos para un 37,5%, en tercer lugar la pérdida de la conciencia con 1 caso para un 12,5%, en último lugar sin representación estuvieron la disnea, frialdad, palidez y sudoración con 0 caso para un 0%. En la actualidad, se acepta que tanto la salud como la enfermedad están condicionadas por situaciones que rebasan los estrechos límites del cuerpo y que tienen que ver con el comportamiento individual, el ámbito natural y social en el que el individuo vive, y los determinantes económicos de su propia realidad (11).

En la valoración realizada como se expresa en la Tabla No. 4, las causas de muerte súbita como expresión de complicaciones en las enfermedades asociadas de la población estudiada se comportaron como vemos: en primer lugar las cardíacas representadas por la fibrilación ventricular y el infarto agudo del miocardio con 3 casos para un 37,5% respectivamente, en último lugar lo ocupó otra causa cardíaca la taquicardia ventricular compartida con una no cardíaca el infarto cerebral con 1 caso para un 2,5 respectivamente. Los datos fueron muy expresivos y concordaron con otros autores, y la Organización Mundial de la Salud (OMS) (12-14). La Tabla No. 5 refleja la diferenciación entre los tipos de muerte súbita en la población estudiada que fue el siguiente: la máxima exponente fue la muerte súbita cardíaca con 7 casos para un 87,5%, sobre la muerte súbita no cardíaca con 1 caso para un 12,5%, en último lugar tuvimos la muerte súbita infantil con 0 caso para un 0%.

Se coincide con otros autores que plantean que la muerte súbita de origen cardíaco representa más del 90% de todos los casos fallecidos por esta causa, y que la muerte de origen cardíaco es la causa más frecuente de mortalidad en los países occidentales, adquiriendo características dramáticas por su

forma de presentación y sus implicaciones socioeconómicas. Visto así la historia natural de la muerte súbita pudiera modificarse aun en ausencia de nuevos descubrimientos, simplemente por la divulgación de los ya existentes, por el control más directo de los cardiopatas por parte de los cardiólogos, y en nuestro país por un mejor uso de la red de asistencia médica primaria que brindaría una atención especializada (1, 15).

CONCLUSIONES

1. Según factores de riesgos tradicionales no modificables de los pacientes fallecidos de muerte súbita estudiados se observa el predominio de los mayores de 65 años, la igualdad del sexo, y el predominio del morfotipo racial blanco.
2. Como consecuencia de los factores de riesgo tradicionales sí modificables la hipertensión arterial fue la enfermedad asociada más frecuente, predominando el tabaquismo, el consumo de grasa animal, el sedentarismo, y el estrés.
3. Entre los síntomas premonitorios que constituyen la expresión de una descompensación aguda del corazón predominaron las palpitaciones.
4. Con respecto a las causas de muerte súbita como expresión de complicaciones en las enfermedades asociadas la fibrilación ventricular y el infarto agudo del miocardio fueron la mayor expresión.
5. En cuanto a la diferenciación entre los tipos de muerte la máxima exponente fue la muerte súbita cardíaca.

RECOMENDACIONES

1. Se debe considerar los factores de riesgo y las causas más frecuentes de muerte súbita, incrementando la búsqueda de soluciones para evitarla.
2. Lograr que un 100% de los pacientes con riesgo de muerte súbita vayan a consultas en la Atención Primaria.
3. Modificar el estilo de vida de los enfermos con este riesgo.
4. Realizar talleres con los médicos generales integrales, clínicos e intensivistas para discutir protocolos y estrategias que permitan reducir este tipo de fallecimiento.
5. Expresar realmente la causa directa de muerte al llenar el certificado de defunción, lo que evitaría el actual subregistro.

ABSTRACT

A descriptive investigation of transversal court in 8 patients was carried out, specifying the premonitory symptoms that constitute the expression of a sharp heart descompensation, the causes of sudden death as expression of complications in the associate illnesses and the differentiation among the types of sudden death in the studied population. The objective of the study was to describe the risk factors for sudden death. It was organized a form to pick up the individual data taking into account a medical record research and the provincial statistic using the percents, reflecting them in charts of distribution of frequency for its best understanding. All the obtained data were compared with the national and international modernized literature which allowed us to conclude the prevalence of those bigger than 65 years, the sex equality, the predominance of the white racial morphotype, also that the arterial hypertension was the most frequent associate illness, the prevalence of the tabaquism, as well as the consume of animal fat, the sedentariness, the stress among the premonitory symptoms the throbs prevailed with regard to the causes of death the ventricular fibrillation and the sharp infarct of the myocardium were the biggest expression, and as for the differentiation the maximum exponent was the heart sudden death.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. Pérez de Corcho Rodríguez MA. Curso Provincial de Emergencia en la UCIE. Ciego de Ávila; 2003. (Material no publicado).

2. Adgey AA, Devlin JE, Webb SW, Mulholland HC. Initiation of ventricular fibrillation outside hospital in patients with acute ischemic heart disease. *Br Heart J*. 1982; 47: 55.
3. Bayés de Luna A, Coumel Ph, Leclercq JF. Ambulatory sudden death: mechanisms of production of fatal arrhythmia on the basis of data from 156 cases. *Am Heart J*. 1989; 117: 151-159.
4. Farreras Rozman. *Tratado de Medicina Interna*. 14 ed. Madrid. Ediciones Harcourt; 2000.
5. Brugada P, Talajic M, Smets J, Mulleneers R, Wellens JJ. The value of the clinical history to assess prognosis of patients with ventricular tachycardia or ventricular fibrillation after myocardial infarction. *Eur Heart J*. 1989; 10: 747.
6. Scandinavian Simvastatin Survival Study Group. Randomised trial of cholesterol lowering in 4444 patients with coronary heart disease: the Scandinavian Simvastatin Survival Study. *Lancet*. 1994; 344:1383-9.
7. Novotny TE. WHO consultation on statistical aspects of tobacco-related mortality. Geneva: WHO; 1989.
8. World Health Organization. Cardiovascular disease mortality in the developing countries. *World Health Stat Quart*. 1993; 46(2): 21-37.
9. Trends in ischemic heart disease mortality in United States, 1980-1988. *MMWR* 1992; 41(30):548-56.
10. Tunstall-Pedoe H, Kuulasmaa K, Amouyel PH. Myocardial infarction and coronary death in the World Health Organization MONICA Project. Registration procedures, even rates and casefertility rates in 38 population from 21 countries in four continents. *Circulation*. 1994; 90(1): 583-612.
11. Morales Calatayud FJ. *Introducción a la Psicología de la Salud*. México: Editorial Unison; 1997.
12. Kalandidi A, Tzonou A, Toupadaki N, Lan SJ, Koulis CH, Drogari P, et al. A case control study of coronary heart disease in Athens, Greece. *Int J Epidemiol*. 1992; 21(6): 1074-80.
13. Peto R, López AD, Boreham J, Thun M, Health C. Mortality from smoking in developed countries 1950-2000. Male death risk, and 1955-1995 trends. Oxford: University Press, 1994.
14. Suárez Rivas R. La salud también entra por la cocina. En: Suárez Rivas R. *Granma. Órgano Oficial del Comité Central del Partido Comunista de Cuba*. Edición única. La Habana: Editorial Granma; sábado 23 de agosto del 2008. p. 8.
15. Grupo Nacional de Cardiología. Programa para la reducción de la mortalidad por cardiopatía isquémica. La Habana: Editorial Ciencias Médicas; 1990.

ANEXOS

Tabla No. 1. Factores de riesgo de muerte súbita tradicionales no modificables.

VARIABLE	VALOR	%
NÚMERO	8	100
EDAD (AÑOS)		
Menores de 1 a 40	0	0
41 a 50	1	12,5
51 a 64	2	25
Más de 65	5	62,5
TOTAL	8	100
SEXO		
Femenino	4	50
Masculino	4	50
TOTAL	8	100
MORFOTIPO RACIAL		
Blanco	5	62,5
Negro	2	25

Mestizo	1	12,5
TOTAL	8	100

Fuentes: Historias clínicas, carnets de identidad, registro de fallecidos de Estadística Provincial.

Tabla No. 2. Factores de riesgo de muerte súbita tradicionales si modificables.

VARIABLE	VALOR	%
NÚMERO	8	100
ENFERMEDADES ASOCIADAS		
Asma	1	12,5
Hipertensión arterial	3	37,5
Insuficiencia cardíaca	2	25
Aterosclerosis	1	12,5
Diabetes mellitus	1	12,5
Obesidad	0	0
Hiperlipoproteinemias	0	0
TOTAL	8	100
HÁBITOS TÓXICOS		
Tabaquismo	5	62,5
Alcoholismo	1	12,5
Tabaquismo y alcoholismo	2	25
TOTAL	8	100
ALIMENTACIÓN		
Consumo de grasa animal	4	50
Consumo de aceite vegetal	3	37,5
Consumo de frutas y vegetales	1	12,5
TOTAL	8	100
GÉNERO DE VIDA		
Sedentarismo	7	87,5
Practica sistemática de ejercicios físicos	1	12,5
TOTAL	8	100
TIPO DE VIDA		
Estrés	6	75
No estresados	2	25
TOTAL	8	100

Fuentes: Historias clínicas, carnets de identidad, registro de fallecidos de Estadística Provincial.

Tabla No. 3. Síntomas premonitorios que constituyen la expresión de una descompensación aguda del corazón.

VARIABLE	VALOR	%
----------	-------	---

Pérdida de la conciencia	1	12,5
Síncope cardíaco	0	0
Disnea	0	0
Dolor precordial	3	37,5
Palpitaciones	4	50
Frialdad	0	0
Palidez	0	0
Sudoración	0	0
TOTAL	8	100

Fuentes: Historias clínicas, carnets de identidad, registro de fallecidos de Estadística Provincial.

Tabla No. 4. Causas de muerte súbita como expresión de complicaciones en las enfermedades asociadas de la población estudiada.

VARIABLE	VALOR	%
NÚMERO	8	100
CAUSAS CARDÍACAS		
Arritmias		
Fibrilación ventricular	3	37,5
Taquicardia ventricular	1	12,5
OTRAS CAUSAS CARDÍACAS		
Infarto agudo del miocardio	3	37,5
CAUSAS NO CARDÍACAS		
Infarto cerebral	1	2,5
TOTAL	8	100

Fuentes: Historias clínicas, carnets de identidad, registro de fallecidos de Estadística Provincial.

Tabla No. 5. Diferenciación entre los tipos de muerte súbita en la población estudiada.

VARIABLE	VALOR	%
NÚMERO		100
Muerte súbita cardíaca	7	87,5
Muerte súbita no cardíaca	1	12,5
TOTAL	8	100

Fuentes: Historias clínicas, carnets de identidad, registro de fallecidos de Estadística Provincial.