

MUERTE SÚBITA. PROBLEMA SOCIAL Y RIESGO SANITARIO

Lema : 100 Metros.

Resumen

La muerte súbita cardíaca es un importante problema médico y social. También es el primer motivo cardiológico de reclamaciones judiciales. Pretendemos diseñar una actuación que permita mejorar ambos aspectos.

Palabras clave: Muerte súbita cardíaca. Prevención.

Abstract

Cardiac sudden death is an important social and medical problem. It is also the main cause of legal dunnings. Our aim is to design a study for improving both issues.

Key words: Cardiac sudden death. Prevention.

Fecha de finalización de trabajo: 31 Diciembre 2018.

INTRODUCCIÓN

La muerte súbita se define como una forma de muerte natural, debida habitualmente a causas cardíacas, inesperada en el tiempo y en su forma de presentación que viene precedida por la pérdida brusca de conciencia dentro de un máximo de una hora desde el inicio de los síntomas, aunque en ocasiones se amplía este plazo hasta las 24 h.

La definición no es unívoca y otros autores sitúan el inicio de los síntomas en el momento en que el paciente no puede continuar realizando sus actividades.

Se calcula que hasta el 12,5% de los decesos que se producen de forma natural, son muertes súbitas y de éstas, hasta el 88% son de origen cardíaco (MSC).

En España se pueden producir unas 9000 MSC al año en pacientes de 25 a 74 años, aunque menos de la cuarta parte reciben ese diagnóstico en los boletines oficiales de defunción.

NUESTRA EXPERIENCIA

Desde el año 2001, nos ocupamos de la valoración de las demandas de mala praxis que se han formulado en Catalunya en el ámbito de la Cardiología.

En este tiempo, hemos recibido 119 expedientes, con la posterior celebración de 68 juicios.

En 54 casos (45%), se podía considerar la existencia de una MSC tras una actuación médica previa entre 2 horas y 28 días. 43 fallecieron con posterioridad en el domicilio. El resto, tras reingreso hospitalario o nueva consulta.

45 de ellos eran hombres (83%).

La sintomatología que condujo a la actuación médica se concretó en diversos síntomas: disnea, dolor torácico típico/ atípico de ángor, dolor en hombro izquierdo o derecho, dolor en zona cervical y/o dorsal, signos de insuficiencia cardíaca, Hipertensión Arterial, astenia, palpitaciones, sintomatología neuro-vegetativa etc.

En 39 casos (72%), se practicó ECG y en 28 también se realizó analítica de daño miocárdico específico (Troponinas, CK, CK Mb, GOT GPT) y en todos ellos se condujo una Anamnesis mas o menos completa.

El ECG fue considerado normal en 29 casos, aunque posteriormente fue discutido ese diagnóstico en cuatro casos. En el resto, se detectaban alteraciones de la repolarización y/o de la conducción, aunque ninguno era

concluyente para el diagnóstico de Síndrome Coronario Agudo/ Infarto Agudo de Miocardio (SCA/IAM).

De los 54 casos reseñados, se practicó Autopsia en 41 (76%), mientras que en 7, el diagnóstico se formuló a través del informe de los Servicios de Emergencia.

De las 41 Autopsias, en 32 de ellas se constataron lesiones coronarias significativas, aunque únicamente en 24 se concluyó en el diagnóstico de SCA/IAM.

En 3 ocasiones se objetivó Disección Aórtica. También se describieron otras afecciones cardíacas (afectación valvular, lesiones coronarias no significativas, calcificaciones aórticas etc.).

En 5 Autopsias no se detectó motivo alguno de certeza sobre las causa del fallecimiento, pese a lo cual se formuló una demanda de mala praxis.

OBJETIVOS

Es evidente que la MSC es un problema socio-sanitario de primer orden. En un entorno medicalizado como el nuestro, es muy frecuente que exista una visita médica previa al evento, tenga o no tenga relación alguna con el deceso posterior. En estos casos, una sociedad cada vez mas demandante, exige que cualquier actuación sea capaz de detectar los pródromos de la MSC.

¿Es esto posible?, ¿puede la medicina actual detectar todos los casos de riesgo vital?.

La respuesta aunque compleja y en principio negativa tiene que conducirnos a delimitar las estrategias posibles para la prevención de la MSC.

Cuando se intentan identificar poblaciones de riesgo, se deben tener en cuenta una serie de variables importantes:

- Grupos de franjas etarias.
- Sexo
- Factores de riesgo cardiovascular clásicos.

También conocemos desencadenantes a tener en cuenta: La ingesta de fármacos o drogas y la práctica de actividad física, especialmente extenuante.

ESTRATEGIAS DE PREVENCIÓN

Cuando se intentan establecer estrategias de prevención, debemos valorar:

- Incidencia real de la MSC
- Eficacia de las posibles actuaciones.
- Definición de los criterios de los grupos de alto riesgo.

En el espacio de la Cardiología, es muy posible que la prevención de la MSC esté limitada por la dificultad de identificar a individuos de riesgo en grupos poblacionales concretos. Lo que se intenta es detectar nuevos marcadores mas específicos que identifiquen el riesgo de desarrollar una enfermedad cardíaca estructural subyacente, mas que los mecanismos desencadenantes de la misma. Esta identificación, solo sería válida si se puede acompañar con una actuación preventiva que disminuya el riesgo.

En el ámbito global del riesgo sanitario, se puede contemplar un panorama diferenciado. En la mayoría de casos, se trata de intervención médica de urgencias, sin disponer de una historia clínica completa, con facultativos habitualmente no especialistas y con limitación de medios. Es en este sector, donde pensamos que la ampliación de la metodología diagnóstica, podría disminuir no tan solo el número total de MSC, sino tambien el de las demandas.

Las estrategias debería contemplar métodos sencillos y aplicables, encaminados a una localización global, rápida y efectiva de los marcadores de riesgo detectables.

IMPLEMENTACIÓN METODOLÓGICA DE UN PLAN DE PREVENCIÓN DE LA MSC

¿Cuales serían las actuaciones que permitirían disminuir los riesgos?. Aunque la pregunta parezca tener unas respuestas decepcionantes, es mas cierto que una serie de medidas sencillas podrían ser útiles en el contexto referido.

En primer lugar, no tan solo se ha de ser mas eficaz, sino tambien parecerlo. Seamos conscientes del hecho, que una parte importante de las demandas recibidas, se pueden englobar en una situación de deterioro de la relación triangular médico-paciente-familia.

En el ámbito clínico, el diagnóstico clásico se basa en la buena conjunción de los síntomas (aquellos que el paciente refiere) y los signos (lo que el médico puede objetivar).

La Anamnesis se constituye en el primer contacto que se establece entre médico y enfermo. El médico debe hallar entre el enredado ovillo de quejas a veces anodinas, el hilo conductor que le lleve a una presunción diagnóstica o a un diagnóstico cierto. Nunca se debe olvidar que si el médico sabe mucho de enfermedades, el paciente sabe mas de "su enfermedad".

La Medicina moderna, basada en la evidencia, olvida a menudo el interrogatorio exhaustivo, pasando la carga diagnóstica a las pruebas complementarias. Sigue siendo imprescindible una anamnesis completa en la sintomatología de la enfermedad coronaria.

Pese a que una aceptable anamnesis, no sugiera la existencia de un ángor, sería conveniente la realización sistemática que muchas veces no se produce, de un ECG de reposo. Determinados dolores en localizaciones o circunstancias atípicas, ciertas disneas o palpitaciones, pueden enmascarar cuadros coronarios de difícil diagnóstico. La práctica en estos casos de un simple ECG, método accesible en cualquier unidad médica, puede no tan solo evidenciar problemas crípticos, sino también ser esgrimidos en reclamaciones ilusorias.

Como se ha mencionado previamente, la inmensa mayoría de la MSC está relacionada con la Cardiopatía Isquémica, por lo que es lógico pensar que los Factores de riesgo de dicha enfermedad, estén también asociados a la MSC. Ya el conspicuo Estudio Framingham combinó la edad, el tabaquismo, la HTA sistólica, la frecuencia cardíaca, las anomalías en el ECG, la capacidad vital, el peso relativo y la dislipemia, para construir un modelo multivariante predictivo de MSC, definiendo deciles de riesgo para varones y mujeres.

Una buena valoración de los factores riesgo reseñados más otros como pueden ser el aislamiento social, el estrés vital, el cambio de vida, en conjunción con un completo y actualizado análisis del ECG, podría aportar información, a menudo negligida.

Capítulo aparte merecen los actuales sistemas de Triage. Del francés *trier* (*escoger*), es un método de selección y clasificación de pacientes que evalúa las prioridades en la atención médica, de acuerdo a las necesidades terapéuticas.

Habitualmente, los sistemas de triaje derivan del modelo andorrano en que la encuesta la conduce un titulado en enfermería. En el modelo donostiarra, el interrogatorio es dirigido por un médico.

No es nuestra intención cuestionar el triaje, ni discernir que sistema es el más idóneo, pero sí evidenciar que hemos detectado hasta tres casos en que el triaje ha realizado una selección problemática que tanto ha podido provocar problemas clínicos, como facilitar reclamaciones posteriores.

CONCLUSIONES

Consideramos que profundizar y ampliar la experiencia recogida en estos 16 años, en conjunción con la sistematización de todos los elementos descritos previamente, nos haría factible redactar un cuerpo metodológico. Este documento nos permitiría compartir experiencias con el mayor número posible de centros médicos del país, con el objetivo de aunar esfuerzos en la detección de pacientes en riesgo de MSC.

BIBLIOGRAFIA

- 1.- Pijoan C et al. Los síntomas de las cardiopatías. Servicio de Publicaciones del Hospital Sagrat Cor Barcelona. 1986
- 2.- Manonelles P, Aguilera B, Boraita A, Luengo E, Pons C. La muerte súbita en el deporte. Registro en el Estado Español. Arch Med Deporte. 119, 2007, 156-168.
- 3.- Pons C et al . Muerte súbita del deportista. 20 años después. Arch Med Deporte. 100, 2004, 135.
- 4.- Marrugat J et al. Epidemiología de la muerte súbita cardíaca en España. Rev Esp Cardiol 199;52:717-25.
- 5.- Bayés de Luna A et al. Muerte súbita Rev Esp Cardiol 2012;65:1039-52.
- 6.- Myerburg R et al. Sudden cardiac death caused by coronary heart disease. Circulation 2012;125:1043-52.
- 7.-Piori G et al. Guía ESC 2015 sobre el tratamiento de pacientes con arritmias ventriculares y prevención de la muerte súbita cardíaca. Rev Esp Cardiol 2016;69:176-7.
- 8.- Centro Nacional de Epidemiología. Mortalidad por causas y sexos. Disponible en URL.
- 9.- Villar J . Causa de muerte: errores en le certificación de defunción. Med Clin 1989;93:463-6.
- 10.- Pérez G et al. Mortalidad cardíaca súbita en las comarcas de Girona. Med Clin 1992;99:489-92.
- 11.- Kannel WB et al. Sudden death risk in overt coronary heart diseases: the Framingham study . Am Heart J 1987;113:799.04.
- 12.- Asmundis C et al. Epidemiología de la muerte súbita cardíaca. Rev Esp Cardiol Supl 2013;13(A):2-6.
- 13.- Chugg SS et al. Sudden cardiac death with apparently normal heart. Circulation 2000;102:649-52.

