

^eServicio de Cardiología, Hospital San Millán, Logroño, La Rioja, España

^fServicio de Cardiología, Hospital de Cáceres, Cáceres, España

* Autor para correspondencia:

Correo electrónico: inigo.lozano@gmail.com (I. Lozano).

◇ Colaboradores: Felipe Hernández-Hernández, Pilar Carrillo-Sáez, Ignacio Cruz-González, Eduardo Pinar-Bermúdez, Garikoitz Lasa-Larraya, Pilar Mañas, Valeriano Ruiz-Quevedo, Jeremías Bayón, Sergio Rodríguez-Leiras, Silvia Gopar-Gopar y Esther Sánchez-Insa.

On-line el 24 de marzo de 2015

BIBLIOGRAFÍA

1. Gurbel PA, Rafeedheen R, Tantry US. Tratamiento antiagregante plaquetario personalizado. Rev Esp Cardiol. 2014;67:480-7.

2. Becker RC, Bassand JP, Budaj A, Wojdyla DM, James SK, Cornel JH, et al. Bleeding complications with the P2Y₁₂ receptor antagonists clopidogrel and ticagrelor in the PLATelet inhibition and patient Outcomes (PLATO) trial. Eur Heart J. 2011;32:2933-44.
3. James SK, Storey RF, Khurmi NS, Husted S, Keltai M, Mahaffey KW, et al. Ticagrelor versus clopidogrel in patients with acute coronary syndromes and a history of stroke or transient ischemic attack. Circulation. 2012;125:2914-21.
4. Storey RF, Becker RC, Harrington RA, Husted S, James SK, Cools F, et al. Characterization of dyspnoea in PLATO study patients treated with ticagrelor or clopidogrel and its association with clinical outcomes. Eur Heart J. 2011;32:2945-53.
5. Basra SS, Tsai P, Lakkis NM. Safety and efficacy of antiplatelet and antithrombotic therapy in acute coronary syndrome patients with chronic kidney disease. J Am Coll Cardiol. 2011;58:2263-9.
6. Hira RS, Kennedy K, Jneid H, Alam M, Basra SS, Petersen LA, et al. Frequency and practice level variation in inappropriate and non-recommended prasugrel prescribing: insights from the NCDR PINNACLE Registry. J Am Coll Cardiol. 2014;63:2876-7.

<http://dx.doi.org/10.1016/j.recesp.2014.12.020>

Fallecimiento de origen cardiaco tras visita médica y alta: ¿de qué murió mi paciente?



Death of Cardiac Origin Following Medical Visit and Discharge: What did my Patient Die of?

Sr. Editor:

En el centro de Patología Forense de Barcelona y L'Hospitalet de Llobregat del *Institut de Medicina Legal de Catalunya*, se practicaron 2.942 autopsias judiciales durante los años 2012 y 2013, de las que 1.087 sujetos fallecieron por causa violenta (homicidios, suicidios o accidentes), 1.835 por causa natural y los 20 restantes requirieron estudio antropológico.

En los servicios como el nuestro, la muerte de origen cardiaco se asocia comúnmente a la muerte súbita. En algunas ocasiones el fallecimiento se ha producido tras una visita médica. La autopsia es practicada por orden judicial, ya sea porque los familiares la solicitan al juez o porque, ante la ausencia de certificado médico de defunción, entran dentro del concepto de muerte sospechosa de criminalidad que requiere investigación médico-legal. Ante la escasez de trabajos sobre el tema, decidimos estudiar las manifestaciones clínicas previas de los pacientes que fallecen por causa cardiaca tras una visita médica hospitalaria o domiciliaria durante las 72 h anteriores a la defunción.

Nuestros resultados evidenciaron que estos eventos se produjeron en 25 ocasiones durante el periodo estudiado de los años 2012 y 2013. Los fallecidos fueron 18 varones (72%) y 7 mujeres (28%) y las edades, de 31 a 86 años (media, 64,36 años). Fueron atendidos de manera ambulatoria en 13 casos (52%), hospitalaria en 11 (44%) y por el Servicio de Emergencias Médicas en 1 (4%). Los motivos de consulta recogidos en los informes fueron 12 casos por dolor abdominal y 8 por dolor precordial (en un caso acompañado de disnea). Otras causas recogidas fueron síncope, ansiedad, trastornos del ritmo cardiaco, intoxicación alcohólica e infección respiratoria. La asociación de los síntomas con el diagnóstico de la causa de la muerte fue la siguiente: de los 13 casos de origen isquémico cardiaco (48%), 6 cursaron con dolor precordial (en un caso acompañado de disnea) y 7, con dolor abdominal. Los 4 casos de muerte por rotura de aneurisma aórtico se recogieron como motivo de consulta en 2 casos de dolor abdominal, en una ocasión síncope y en otra como trastornos del ritmo cardiaco. Las muertes asociadas a cardiopatía

hipertensiva consultaron en dos ocasiones por dolor precordial y en una por dolor abdominal. Los 2 casos de miocardiopatía dilatada, como intoxicación alcohólica y otro como crisis de ansiedad. Los dos casos de muerte en el contexto de insuficiencia cardiaca congestiva se presentaron con dolor abdominal y el caso de miocarditis de células gigantes, con infección respiratoria.

El tiempo transcurrido desde la consulta médica hasta el fallecimiento fue de 2-72 h (media, 22,64 h). En ninguno de los casos fueron visitados por un cardiólogo.

Una vez analizados los resultados de las pruebas complementarias solicitadas (histología y toxicología) e integrados con los hallazgos de autopsia, concluimos que las causas de muerte definitivas fueron en 13 casos de origen isquémico cardiaco (48%), 4 por rotura de aneurisma aórtico (16%), 3 secundarias a cardiopatía hipertensiva (12%), 2 casos de miocardiopatía dilatada (8%), 2 en el contexto de insuficiencia cardiaca congestiva (8%) y 1 caso por miocarditis de células gigantes (4%).

De los 25 acontecimientos, 13 casos fueron de origen isquémico cardiaco (48%), lo que no tiene que ver con la práctica asistencial al paciente, porque en casi el 50% de los casos de muerte súbita no existen síntomas clínicos, electrocardiográficos o angiográficos de que la isquemia aguda sea el factor directo causal de la muerte súbita. Probablemente, en la mayoría de los demás casos de muerte súbita de pacientes con cardiopatía isquémica, la causa de la muerte sea una taquicardia ventricular sostenida debida a una reentrada alrededor de una cicatriz antigua de infarto que desencadena la taquicardia ventricular/fibrilación ventricular.

En conclusión, los resultados obtenidos en este estudio descriptivo ponen de manifiesto que, a pesar del elevadísimo número de actos médicos realizados diariamente, solo en 25 casos durante los años 2012 y 2013 se han producido muertes atribuibles a causa cardiaca que no fue diagnosticada en el momento de la atención médica previa. Esta afirmación no presupone en absoluto error diagnóstico ni mucho menos valoración alguna relacionada con la praxis asistencial. Se debe tener en cuenta en estos casos la complejidad y la gravedad de los diagnósticos en cardiología¹, ya que cuadros como los aneurismas aórticos, el dolor abdominal o la miocarditis de células gigantes son de elevada dificultad diagnóstica inicial.

A pesar de la alerta sobre las consecuencias negativas del aumento de reclamaciones por responsabilidad profesional contra los médicos² y de la consideración que en su día estableció Gaultier de que en nuestro tiempo ya no se acepta la muerte como una

fatalidad inevitable³, no se recogió durante la diligencia de levantamiento de cadáver la intención de los familiares o allegados de presentar denuncia médica. Admitimos, de todas formas, que existe la posibilidad de que interpusieran reclamación con posterioridad a la recepción de los resultados definitivos de autopsia.

La potencial exigencia de responsabilidad profesional dirigida contra el médico que ha atendido pocos días u horas antes a un sujeto que fallece de forma súbita es un hecho poco frecuente. El objetivo fundamental de la autopsia judicial es la determinación de la causa de muerte, a la que se llega mediante estudio macroscópico del cadáver, estudio histológico y toxicológico y, desde el año 2012, estudio genético de enfermedades cardíacas causantes de muerte súbita, que se realiza en el Laboratorio de Genética de la UdG-IDIBGi, con repercusión en términos de consejo genético a familiares⁴.

Helena Martínez-Alcázar*, Mercè Subirana-Domènech y Josep Castellà-García

Servei de Patologia Forense, Institut de Medicina Legal de Catalunya, Barcelona, España

* Autor para correspondencia:

Correo electrónico: helena.martinez@xij.gencat.cat (H. Martínez-Alcázar).

On-line el 21 de marzo de 2015

BIBLIOGRAFÍA

1. Oetgen WJ, Parikh PD, Cacchione JG, Casale PN, Dove JT, Harold JG, et al. Characteristics of medical professional liability claims in patients with cardiovascular diseases. *Am J Cardiol.* 2010;105:745–52.
2. Gaultier C. Medical liability and coronary artery diseases. *Ann Cardiol Angeiol (Paris).* 2007;56:16–20.
3. Arimany J. La responsabilidad profesional en cardiología. *Rev Esp Cardiol.* 2012;65:788–90.
4. Brugada J. La muerte súbita cardíaca. La necesidad de una estrategia integral para combatirla. *Rev Esp Cardiol Supl.* 2013;13(A):1.

<http://dx.doi.org/10.1016/j.recesp.2015.01.005>