

Muerte súbita en Psiquiatría. Apuntes

Dr.C. Antonio J. Caballero Moreno 

Centro Gali García. Hospital General Docente “Enrique Cabrera”. La Habana, Cuba.

INFORMACIÓN DEL ARTÍCULO

Versión impresa de la conferencia impartida en el marco del *I Simposio Cubano de Muerte Súbita Cardiovascular* celebrado en La Habana, Cuba del 7-9 de noviembre de 2013.

Conflictos de intereses

El autor declara que no existen conflictos de intereses

RESUMEN

El facultativo que trabaje con urgencias psiquiátricas debe poder diferenciar lo que es de Psiquiatría, de lo que no lo es. En el Servicio de Urgencias pueden aparecer un grupo de afecciones que tienen una presentación psicopatológica, pero que responden a una enfermedad médica global o neurológica específica, y que deben ser derivadas de manera correcta al especialista de Medicina Interna. En general, las afecciones médicas con manifestaciones psiquiátricas, se pueden presentar con síntomas encefálicos y orgánicos agudos, con turbación de la conciencia, por lo que se pueden encontrar trastornos de conciencia, de memoria y de la atención, entre otras. En esta conferencia se hace un resumen de las principales enfermedades psiquiátricas que pueden producir muerte súbita.

Palabras clave: Muerte súbita, enfermedades psiquiátricas, Psicofármacos

Sudden death in Psychiatry. Notes

ABSTRACT

The physician who works with psychiatric emergencies should be able to tell the difference between psychiatric conditions and those conditions that belong to other medical specialties. In the emergency room, there is a group of troubles that may appear which have a psychopathological presentation but are caused by a global medical illness or specific neurological condition; therefore, they must be treated by an Internal Medicine specialist. In general, medical conditions with psychiatric manifestations may present with acute brain and physical symptoms, and with confusion of consciousness. So, it is possible to find disorders of consciousness, memory and attention, among others. This paper makes a summary of the main psychiatric illnesses that may cause sudden death.

Key words: Sudden death, Psychiatric illnesses, Psychotropic drugs

 AJ Caballero Moreno
Hospital Enrique Cabrera
Calzada de Aldabó No.11117
Esquina E, Altahabana CP 10800
Boyer, La Habana, Cuba.
Correo electrónico:
caballer@infomed.sld.cu

INTRODUCCIÓN

La primera tarea que debe realizar un psiquiatra que trabaje en urgencias psiquiátricas es poder diferenciar lo que es de su especialidad de lo que no lo es. Podemos afirmar que la nosología psiquiátrica pudiera representarse en

una estructura multiaxial de 5 Ejes que quedarían representados de la siguiente manera:

- Eje I. Trastornos clínico-psiquiátricos.
- Eje II. Trastorno de personalidad y retraso mental.
- Eje III. Enfermedades médicas.
- Eje IV. Problemas psicosociales y ambientales.
- Eje V. Evaluación de la actividad global.

En el Servicio de Urgencias pueden aparecer un grupo de afecciones que tienen una presentación psicopatológica, pero que responden a una enfermedad médica global o neurológica y que deben ser derivadas de manera correcta al especialista de Medicina Interna.

En general las afecciones médicas con presentación psiquiátrica aparecen fenomenológicamente como cuadros con presencia de manifestaciones encefálicas y orgánicas agudas con turbación de la conciencia, por lo que se pueden encontrar trastornos de conciencia, de memoria y de la atención, entre otras (**Tabla**).

Tabla. Forma de presentación de los síntomas según algunos parámetros, en las manifestaciones orgánica y funcional.

Parámetro	Manifestación	
	Orgánica	Funcional
Inicio	Abrupto	Progresivo
Alteración de conciencia	Presentes	Ausentes
Orientación	Desorientado	Orientado
Alucinaciones	Visuales	Auditivas
Curso	Fluctuante	Continuo
Signos Vitales	Anormales	Normales
Antecedentes psiquiátricos	No	Sí

Aunque esto no es así en el cien por ciento de los casos, hay situaciones médicas que pueden presentarse como crisis de angustia, episodios depresivos agudos, entre otros.

Al analizar las causas de muerte súbita en Psiquiatría, desde el punto de vista del DSM-IV, clasificación psiquiátrica actual, destacarían como los rubros más frecuentes:

- Trastornos de la lactancia, infancia o adolescencia.
- *Delirium*, demencia, trastornos amnésicos y otros trastornos cognitivos.
- Trastornos mentales debidos a enfermedades mé-

dicas.

- Trastornos relacionados con sustancias.
- Esquizofrenia y otros trastornos psicóticos.
- Trastornos del estado de ánimo (humor).
- Trastornos por ansiedad.
- Trastornos somatomorfos.
- Trastornos ficticios.
- Trastornos disociativos.
- Trastornos sexuales y de la identidad sexual.
- Trastornos de la alimentación.
- Trastornos del sueño.
- Trastornos del control de impulsos no clasificados en otro lugar.
- Trastornos de adaptación.
- Trastornos de la personalidad.
- Otras enfermedades que pueden ser el centro de la atención clínica.

Delirium

El *delirium*, la demencia y otros trastornos cognitivos son con frecuencia la presentación de la enfermedad cardiovascular aterosclerótica, por lo que hay que saber hacer un buen diagnóstico diferencial sobre la base de la clínica.

Trastornos de ansiedad

Sobre todo los ataques de pánico pueden ser confundidos con ataques cardíacos agudos, debido a que se presentan con dolor precordial, taquicardia, y otras manifestaciones cardiovasculares. La presencia de otros síntomas como depresión, miedo, y la existencia de un electrocardiograma negativo, sirven para hacer el diagnóstico diferencial.

Trastornos de la alimentación

La anorexia nerviosa puede ser causa de muerte súbita cardiovascular, en estas pacientes, más allá de determinado peso corporal, pueden aparecer importantes trastornos del ritmo.

Trastornos del sueño

Sobre todo los trastornos respiratorios del sueño como la apnea obstructiva y la apnea central, además de la narcolepsia, están asociados a mayor presencia de

muerte súbita.

Esquizofrenia

El índice de mortalidad en pacientes con Esquizofrenia es casi tres veces mayor que el de la población general. Este aumento se debe en parte a un incremento en la tasa de muertes no naturales, como los suicidios; pero casi dos tercios se deben a muertes por causas naturales, y las de causa cardiovascular son las más frecuentes.

Entre las causas más importantes que explican este riesgo cardiovascular aumentado se encuentran la alta prevalencia del síndrome metabólico y, sobre todo, de obesidad central. Aquí concurren varios factores de riesgo como: sedentarismo, mala alimentación, tabaquismo y el propio tratamiento.

La obesidad abdominal se considera cuando la circunferencia abdominal es mayor de 102 cm en hombres y de 88 cm en mujeres.

Pueden encontrarse hipertrigliceridemia ($> 150 \text{ mg/dL}$), trastornos del colesterol-HDL (que es normal en hombres por encima de 40 mg/dL y en mujeres, de 50 mg/dL), hipertensión arterial e hiperglucemia (glucemia en ayunas $> 110 \text{ mg/dL}$).

Depresión

Bases fisiopatológicas del riesgo cardiovascular:

1. Disfunción endotelial mediada por factores neurohumorales.
2. Incremento del tono vasoconstrictor coronario.
3. Reducción de la variabilidad de la frecuencia cardíaca.
4. Disregulación del eje hipotálamo-hipófisis-suprarrenal.

Efectos a largo plazo del tratamiento con antidepresivos.

- Estabilización del tono simpático y parasimpático.
- Reducción de la presión del pulso.
- Regresión del daño endotelial.
- Incremento de la variabilidad del RR.
- Estabilización de la placa aterosclerótica.

Drogas y psicofármacos

Clasificación

Depresores del sistema nervioso central

- a) Opiáceos (morphina, heroína, codeína y específicos).
- b) Alcohol (bebidas alcohólicas fermentadas y destiladas).

- c) Hipnóticos y sedantes (barbitúricos y otros).
- d) Tranquilizantes menores (benzodiacepinas, meprobamato)

Estimulantes del sistema nervioso central

- a) Anfetaminas y anorexígenos.

- b) Cocaína.

- c) Xantinas (café, bebidas de cola).

Psicotomiméticos.

- a) Depresores derivados del cannabis (marihuana, hashish).

- b) Estimulantes psicodislépticos (mezcalina, LSD, hongos).

En las drogadicciones aparecen los síndromes tóxicos, que predominan dados sus efectos serotoninérgicos, colinérgicos o aminoaminérgicos, los cuales pueden producir trastornos cardiovasculares que pueden conducir a muerte súbita.

Tratamientos psiquiátricos

➤ Años 30:

- Coma insulínico (Sakel, 1933)
- Tonoclonoterapia con cardiazol (Von Meduna, 1935)
- Psicocirugía (Egas Monis, 1936)
- Electroshock (Cerletti & Bini 1938)

Los tratamientos biológicos no psicofarmacológicos tienen un impacto sobre el sistema cardiovascular que es diferente según el tratamiento. El coma insulínico, ya en desuso, producía un alto riesgo cardiovascular, no así el electroshock que, en su presentación con anestesia y relajantes musculares, es más peligroso que en su versión clásica.

Psicofarmacología

- 1935 – Anfetamina
- 1937 – Se descubren sus efectos paradójicos en niños con trastornos del comportamiento
- 1949 – Litio. No aprobado por la Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA, por sus siglas en inglés) hasta 1970
- 1954 – Clorpromacina, Reserpina
- 1955 – Meprobamato
- 1958 – Haloperidol
- 1958 – Imipramina, Iproniazida (Inhibidores de la monoamino oxidasa)
- 1960 – Librium, Clozapina
- 1961 – Metilfenidato

- 1993 – Risperidona

En el caso de los antipsicóticos debemos diferenciar los de primera y segunda generación, en el primer caso el problema más frecuente es la aparición de trastornos del ritmo (secundario a la prolongación del QT) con medicamentos como la tiroidazina, y en el segundo caso, la aparición de un síndrome metabólico que favorece la aparición de obesidad, hiperglucemia y aterosclerosis a mediano plazo.

El Carbonato de Litio, muy útil en el tratamiento y la prevención de los episodios bipolares, tiene el inconveniente de que puede producir arritmias malignas. En dosis altas deprime la actividad del nódulo sinusal y puede asociarse con una disminución de la frecuencia cardíaca, bloqueo cardíaco, y sícope; además, se han informado arritmias ventriculares.

Con los antidepresivos tricíclicos se debe mantener una vigilancia constante, pues producen hipotensión ortostática, fundamentalmente por el bloqueo periférico de tipo alfa-1.

Taquicardia: Se produce de manera refleja por la hipotensión ortostática y también por el efecto antimuscarínico y el bloqueo de la recaptación de norepinefrina.

Arritmias: El bloqueo de los canales rápidos de sodio se traduce en enlentecimiento de la conducción cardíaca y puede originar arritmias fatales.

Muerte súbita en el Hospital Psiquiátrico de La Habana

- Se encontró un total de 49 casos (8,1 %) con infarto de miocardio.
- La mayor frecuencia se presentó después de la sexta década de la vida.
- Existió un predominio del sexo masculino y el color

de la piel blanca.

- La enfermedad mental de base predominante fue la Esquizofrenia, lo cual se relaciona con el mayor número de ingresos en el hospital.
- Los factores de riesgo coronario encontrados con mayor frecuencia fueron la hipertensión arterial, el hábito de fumar, la obesidad y los antecedentes de cardiopatía isquémica crónica.
- La forma de presentación predominante del infarto fue la muerte súbita, y resultaron síntomas frecuentes la taquicardia, la disnea, la insuficiencia cardíaca congestiva, la depresión de conciencia y el shock.

No obstante, la principal causa de muerte súbita de los pacientes, en el período de tiempo citado, fue la muerte súbita por asfixia, a diferencia de la población general.

BIBLIOGRAFÍA RECOMENDADA

- Kaplan HI. Sinopsis de Psiquiatría. 7ma. Ed. Buenos Aires: Editorial Panamericana, 1996.
- Schatzberg AF, Nemeroff CB. Tratado de Psicofarmacología. Barcelona: Masson S.A., 2006.
- López Muñoz F, Alamo C. Historia de la Neuropsicofarmacología. Una nueva aportación a la terapéutica farmacológica de los trastornos del Sistema Nervioso Central. Madrid: Ediciones Eurobook, 1998.
- Stahl SM. Psicofarmacología Esencial. Bases neurocientíficas y aplicaciones prácticas. 3ra. ed. Madrid: Aula Médica, 2010.
- Franco Salazar G. La clínica del paciente Mental. La Habana: Editorial Científico-Técnica, 1984.