

“EL TROMBOEMBOLISMO PULMONAR COMO CAUSA DE MUERTE EN PACIENTES MENTALES”

Autores:

Dr. Ernesto Barrios Grillo. Especialista y Profesor de Anatomía Patológica “Hospital Psiquiátrico de La Habana”

Dr. Sonia Franco Odio. Especialista y Profesora de Anatomía Patológica “Instituto Nacional de Oncología de Cuba”

Dr. Guillermo Franco Salazar. Especialista en Medicina Interna y Cardiología.

OBJETIVO:

Mostrar la importancia y proporciones del tromboembolismo pulmonar como causa principal y directa de la muerte en los pacientes mentales hospitalizados y fallecidos en el Hospital Psiquiátrico de La Habana.

MATERIAL Y MÉTODO:

Se analizó el material necrótico recogido en los protocolos de autopsias practicadas en dicho Hospital en el lapso comprendido entre el 1 de enero del año 1971 y el 31 de diciembre del año 2006. En dicho material, constituido por 3193 autopsias se halló un 18,6 % equivalente a 595 pacientes muertos a causa de tromboembolismo pulmonar, de los que el 72 % fueron diagnosticados en vida esquizofrénicos.

Dicho material se expone en tablas que detallan grupos de edades, sexo, entidades nosológicas y enfermedades concomitantes o coadyuvantes.

CONCLUSIONES:

Los autores insisten en la hipótesis postulada hace más de 30 años que sustenta que las enfermedades mentales y, en particular la esquizofrenia, se asocian a estados de hipercoagulabilidad con marcada propensión trombogénica.

PALABRAS CLAVE:

Necropsia-Hipercoagulabilidad-Trombogenicia-Esquizofrenia-Trombina-Neurotransmisores-Cognoscitivo-Bronconeumonía-Interdependencia-Psicofármacos.

Introducción

La perturbación psicótica y el deterioro demencial de las funciones cerebrales, en particular las áreas afectivas y cognoscitivas no pueden evolucionar sin trascender las fronteras del cráneo. Nuestro organismo es asiento de una interdependencia visceral de cuyo equilibrio depende el estado de salud y es, a nuestro entender, imposible que las bases neuroquímicas de la conducta humana no influyan en forma simultánea en el corazón, hígado, riñones, pulmones, fluidos orgánicos y, sobre todo en los vasos sanguíneos y, en particular en el endotelio de las paredes vasculares, tan ricos en receptores hormonales y neurohormonales que mantienen nuestro equilibrio metabólico.

Improbable es también la suposición de que la química farmacológica que utilizamos en la terapéutica de los trastornos mentales carezca de efectos nocivos sobre el propio tejido nervioso y diversas estructuras extracerebrales como lo demuestra la presencia de parkinsonismo, discinesia tardía, hipertermia maligna, acatisia, etc. La realidad de la presencia de estos signos indeseables nos obliga a admitir que los neurotransmisores en estado de salud normal son incapaces de alterar estructuras ni función alguna pero cuando su síntesis, liberación, recepción y catabolismo se perturban dando origen a síntomas psicóticos, resulta lógico aceptar que actúen en forma nociva también en aquellas funciones en las que participan órganos ajenos al cerebro.

Nuestra investigación no hurga en los mecanismos bioquímicos que sustentan y dan lugar a las enfermedades mentales y se limita a registrar la naturaleza y cuantía histopatológica de sus efectos sobre el resto del organismo.

Otra limitación que aceptamos de antemano es nuestra imposibilidad para discernir la nocividad provocada por la propia enfermedad mental de los efectos secundarios de la farmacoterapia.

A pesar de esas limitaciones de nuestra investigación, existe una realidad que apoya nuestra observación: los hechos clínicos y los datos histopatológicos obtenidos en vida y en miles de protocolos de autopsias a través de casi 40 años de observación sustentan la duda central radicada en el siguiente enigma: ¿ hechos clínico-patológicos como la trombosis de los vasos pulmonares y la asfixia tan frecuentemente observadas como causas de muerte en los pacientes mentales son el resultado de la propia enfermedad mental o de su tratamiento?

Estas interrogantes sólo serán respondidas con el paso del tiempo y la utilización de técnicas más avanzadas de las que dispusimos nosotros.

Una pista en la dirección correcta puede ser la disminución moderada del fenómeno trombopulmonar desde la aparición de los psicofármacos antipsicóticos modernos.

Material y método

Esta investigación se fundamenta en el análisis del material necrópsico del Hospital Psiquiátrico de la Habana obtenido en el lapso comprendido entre el 1 de enero del año 1971 y el 31 de diciembre del año 2006 constituido por 3193 autopsias en las que los patólogos determinaron la causa directa y principal de la muerte de acuerdo con el Código Internacional de Enfermedades CIE-10 y, el padecimiento mental por el Glosario Cubano de enfermedades mentales en su tercera edición.

En los protocolos de autopsia se recopilaron también las causas indirectas de muerte y las contribuyentes que, de alguna manera coadyuvaron a los fallecimientos.

Los datos se recogieron en tablas estadísticas que informan los grupos de edad, el sexo, la entidad nosológica que explicó los ingresos y los datos clínico - patológicos que acompañaron a la causa principal de las muertes.

Análisis de la información

Tabla 1

DISTRIBUCIÓN SEGÚN EDADES Y SEXO.

EDADES	M	F	TOTAL	%
15-24	1	1	2	0.33
25-34	9	1	10	1.68
35-44	14	10	24	4.03
45-54	61	65	126	21.17
55-64	84	92	176	29.57
65-74	65	90	155	26.05
75-84	37	41	78	13.1
85 Y MÁS	7	17	24	4.03
TOTAL	278	317	595	100

La tabla no. 1 muestra dos hechos que corroboran observaciones y publicaciones anteriores de los autores.

En primer lugar, el predominio del sexo femenino en la población mentalmente enferma que termina sus vidas en forma generalmente abrupta y evolución irreversible por causa de tromboembolismo pulmonar en proporción de 53,26% contra el 46,73% en el sexo masculino.

Es notable también la diferencia cuantitativa cuando se estudia esa mortalidad de acuerdo con la edad, sobre todo en los grupos más vulnerables comprendidos entre los 45 y 74 años donde también las mujeres superan al sexo opuesto en proporción de 41,51% de la totalidad de 595 fallecimientos por 35,29% en los varones.

Estas diferencias no nos parecen relacionadas con la edad fértil de la mujer y el efecto protector de los estrógenos sobre el endotelio vascular puesto que es evidente que el tromboembolismo pulmonar es más frecuente en la mujer con independencia de la edad.

Los autores no tienen explicación para los eventos referidos ni pruebas que avalen con elementos hormonales ni neurohumorales la debilidad aparente de la circulación pulmonar femenina ni quieren conjeturar sobre tales hallazgos.

Tabla 2
DIAGNÓSTICOS PSIQUIÁTRICOS

PATOLOGÍA	CASOS	%
ESQUIZOFRENIA	428	71.93
RETRASO MENTAL	55	9.24
TRASTORNO AFECTIVO BIPOLAR	29	4.87
PSICOSIS EPILEPTICA	24	4.03
DEMENCIA	15	2.52
NEUROSIS DEPRESIVA	11	1.84
SÍNDROME MELANCÓLICO	10	1.68
PSICOSIS ORGÁNICA	5	0.84
DEPENDENCIA ALCOHÓLICA	4	0.67
PARAFRENIA	3	0.50
NO PRECISADO	11	1.64
TOTAL	595	100

En la tabla número 2 se observa el predominio aplastante de los pacientes esquizofrénicos en la mortalidad por tromboembolismo pulmonar, dato que no sorprende dado que del 70% al 75% de los ingresos en el hospital Psiquiátrico de La Habana son portadores de dicha enfermedad.

La presencia de un 9, 24% de la mortalidad en retrasados mentales parece apuntar a la escasa intervención del factor psicofarmacológico puesto que son pacientes que, a menos que exhiban una conducta psicótica no reciben medicamentos. Se trata en realidad de una población cuyo ingreso depende de factores socioeconómicos y son sus propios familiares en la mayoría de los casos quienes gestionan la hospitalización por dificultades y circunstancias ajenas a un trastorno psicótico de la conducta.

Tabla 3

PRINCIPALES PATOLOGÍAS ASOCIADAS

PATOLOGÍAS	CASOS	%
BRONCONEUMONÍA	265	44.53
ENFERMEDAD ARTERIOESCLERÓTICA	52	8.73
CÁNCER	34	5.71
DIABETES MELLITUS	23	3.86
CARDIOPATÍA ATEROSCLERÓTICA	20	3.36
SEPSIS EXTRAPULMONAR	18	1.34
IMA	16	2.68
CIRROSIS HEPÁTICA	12	2.01
FRACTURA DE CADERA	12	2.01
SIN PATOLOGÍA ASOCIADA	124	20.84

En la tabla número 3 observamos dos hechos que ameritan una consideración especial. En primer lugar la presencia de tromboembolismo como causa directa de muerte en ausencia de factores determinantes clásicamente reconocidos como la existencia de trombos en la circulación venosa periférica, la diabetes mellitus, las neoplasias profundas, las intervenciones quirúrgicas previas, el encamamiento prolongado y la obesidad. Esto parece indicar la fuerza determinante de una alteración en la propia sangre.

El otro factor a considerar es que casi la mitad de las muertes por tromboembolismo pulmonar acontece en pacientes bronconeumónicos, lo que a nuestro entender guarda alguna relación con la infección respiratoria pero una dependencia mayor del hecho de que el tejido pulmonar de los pacientes mentales y especialmente los esquizofrénicos es evidentemente frágil, justamente lo opuesto a la composición histológica de órganos como el hígado y los riñones que parecen mostrar una gran resistencia a las agresiones tanto de carácter séptico como tóxico, como parece demostrar la poca frecuencia de hepatitis colestásica, cirrosis biliar, lesiones del epitelio tubular renal y enfermedades bacterianas renales en la población mentalmente enferma.

DISCUSIÓN

Los pacientes mentales, sobre todo los crónicos suelen ser excluidos del entorno familiar y social por vida, hecho habitual en los países de poco o ningún desarrollo, cuyos manicomios son verdaderos depósitos en los que los enfermos afrontan condiciones lesivas a la salud.

En primer lugar son víctimas de enfermedades infectocontagiosas en una gama diversa desde la tuberculosis en sus diferentes modalidades anátomo-clínicas, sobre todo, en su forma pulmonar, la fiebre tifoidea, las enfermedades transmitidas por contacto sexual, enfermedades diarreicas a las que debe agregarse las provenientes de las carencias nutricionales, el parasitismo intestinal y las muertes de causa no natural propiciadas por el hacinamiento, la promiscuidad y la escasez de recursos terapéuticos.(1,2,3,4,5)

Ocupan el segundo lugar las consecuencias indeseables de los procedimientos como el electroshock, la insulino-terapia y los psicofármacos.

Aunque por fortuna el electroshock se utiliza en la actualidad muy poco, los autores presenciaron fracturas óseas, edema cerebral y pulmonar, hemorragias suprarrenales y corticomeníngeas así como desgarros viscerales causados por la terapia electroconvulsivante. (6,7)

De otra parte los psicofármacos provocan parkinsonismo, discinesia tardía, acatisia, ataxia, síndrome de hipertermia maligna y gangrena por uso endovenoso de clorpromacina sin descontar arritmias ventriculares malignas asociadas a los antipsicóticos.

Hemos dejado para el tercer lugar entre las circunstancias y causas probables de enfermedad y muerte las patologías derivadas de la propia enfermedad mental ya que los autores no encuentran lógico que los disturbios químicos que subyacen en las enfermedades mentales se limiten al cráneo y no influyan en el resto del organismo, cuestión a la que parecen apuntar dos observaciones comprobadas con reiteración como son la trombocitosis que acompaña a los primeros brotes de la enfermedad esquizofrénica y, en segundo término la comprobada presencia de una alteración en la síntesis de la trombina, datos ambos que apuntan hacia la posibilidad de un incremento de los estados procoagulantes.(8,9,10)

Uno de los autores, a los dos años de desempeñarse en el Hospital Psiquiátrico de la Habana se sorprendió por la proporción de fenómenos tromboembólicos como causa directa de muerte o como causa coadyuvante así como de coagulación intravascular diseminada.

Esas observaciones cimentaron la hipótesis de que en el enfermo mental, sobre todo esquizofrénico, parecen darse condiciones que propician la trombogénesis aunque los autores no pueden demostrar si tal hecho responde a los efectos secundarios de la psicofarmacología o a condicionamientos, probablemente genéticos, que hacen de la enfermedad mental un trastorno sistémico.

Nuestra preocupación por los mecanismos de la coagulación de la sangre en los pacientes mentales nos parece tan semejante, lógica y bien fundamentada como la de Hollister respecto a la asfixia, otra causa de muerte frecuente en nuestro material de autopsias que rebasa, repetimos, 3,000 casos debidamente protocolizados en casi 40 años de seguimiento e investigación anatomopatológica.(11,12)

CONCLUSIONES.

Nuestro material necrópsico constituido por 3,193 autopsias muestra al tromboembolismo pulmonar como causa directa de la muerte en 595 pacientes para un 18,6% del total de fallecidos. Tan

aterradora proporción parece indicar la presencia de trastornos en el complejo proceso de la coagulación sanguínea, en el que se requiere la normalidad de los factores de la coagulación, la integridad del endotelio vascular y un sistema plaquetario normal en cantidad y calidad de sus células.

Los autores señalan el hecho, aunque no pueden discernir si el tromboembolismo pulmonar se asocia y es parte de la nocividad o efecto indeseable de los psicofármacos o constituye un elemento más de la constelación esquizofrénica.

La presencia de un estado procoagulante aparece también en pacientes mentales no esquizofrénicos pero tratados con psicofármacos, lo que parece apuntar hacia los fármacos.

De otra parte los recuentos plaquetarios con franca trombocitosis y la perturbación en la síntesis de la trombina presente en pacientes esquizofrénicos antes de recibir tratamiento farmacológico pueden constituir indicios de que es la propia enfermedad mental la que se acompaña de una predisposición a la trombogénesis probablemente genética.

BIBLIOGRAFÍA.

1. Franco Salazar, G; et al. Principales causas de muerte en pacientes mentales. Revista del Hospital Psiquiátrico de La Habana, 1988 Ene-Marzo Vol.XXV No. 4: 495-505, Oct-Dic, 1984.
2. Franco Salazar, G; Barrios Grillo, E; Franco Odio, S. Estudio comparativo del material necrópsico de 2203 casos del Hospital Psiquiátrico de La Habana con 540 necropsias realizadas en un Hospital Clínico –Quirúrgico. V Congreso Virtual de Psiquiatría, 2004.
3. Shinosaki, H. An epidemiologic study of death in psychiatric impatiens. Comprehensive Psychiatric. Vol 1, número 3 (mayo-junio de 1970).
4. Hiroeh, U; Appleby, L; Mortensen PB, Dunn, G. Death by homicide, suicide, and other unnatural causes in people with mental illness: a population based study. Lancet 2001; 358:2110-12
5. Hitosugi, M. Retrospective analysis of the forensic autopsy cases of psychiatric patients. Med Sei Law. 2001 Jan; 41 (1):89.
6. Malik, M.O. A. Death after ECT, British Journal of Psychiatry, 120:69, 1972.
7. Franco Salazar, G. Hallazgos histológicos en pacientes mentales fallecidos después de tratamiento electroconvulsivante. Medicina Interna en Pacientes Psicóticos. Editorial Científico Técnica, La Habana 1988, pág. 120.
8. Pérez Martínez, R; Franco Salazar, G. El tromboembolismo en los pacientes psicóticos del Hospital Psiquiátrico de La Habana. Revista del Hospital Psiquiátrico de La Habana, Vol.15, No.1, Ene-Abril 1974 Págs. 16-25.
9. Franco Salazar, G; Almagro Vázquez, D; et al. Revista del Hospital Psiquiátrico de La Habana, 1988 Ene-Marzo Vol.XXIX No. 1: 53-60.
10. Salmerón Oliva, E. Trombosis cardiaca como causa inmediata de muerte. Revista del Hospital Psiquiátrico de La Habana, Vol.6, No.1, Ene-Marzo 1965 Pág. 146
11. Craig, J.J: Medication use and deaths attributed to asphyxia among psychiatric patients. A. J. Psychiatry 137:11, Nov. 1980.
12. Hollister L.E.: Unexpected Asphyxia death and tranquilizing drugs. A.J. Psychiatric. 1957; Oct 114.17