

# Muerte súbita cardíaca

La muerte súbita cardíaca (MSC) también llamada paro cardíaco súbito, es cuando el corazón deja de bombear en forma abrupta y sin advertencia.

Cuando ocurre una MSC, no se puede bombear sangre al resto del organismo. Es responsable de la mitad de todas las muertes por enfermedades cardíacas. La muerte súbita cardíaca ocurre cuando el sistema eléctrico del corazón funciona mal. No es un ataque cardíaco (conocido también como infarto del miocardio). Un ataque cardíaco es cuando un bloqueo en un vaso sanguíneo interrumpe el flujo de sangre rica en oxígeno al corazón, lo que provoca la muerte del músculo cardíaco. Por lo tanto, si comparamos al corazón con una casa, la MSC ocurre cuando hay un problema eléctrico y un ataque cardíaco cuando hay un problema con las tuberías.

La causa más común de paro cardíaco es un trastorno del ritmo cardíaco o una arritmia llamada fibrilación ventricular (FV). El corazón tiene un sistema eléctrico incorporado. En un corazón sano, el nódulo sinoauricular, el "marcapasos" natural del corazón activa el latido cardíaco, luego impulsos eléctricos recorren por trayectos en el corazón, lo que hace que se contraiga de un modo rítmico y regular. Cuando

ocurre una contracción, se bombea sangre.

Pero en la fibrilación ventricular, las señales eléctricas que controlan el bombeo del corazón se vuelven rápidas y caóticas repentinamente. Como resultado, las cámaras inferiores del corazón, los ventrículos, tiemblan o fibrilan en lugar de contraerse, y ya no pueden bombear sangre desde el corazón al resto del cuerpo. Si la sangre no puede fluir hasta el cerebro, el cerebro sufre falta de oxígeno, y la persona pierde el conocimiento en segundos. A menos que se administre un choque de emergencia al corazón para restaurar su ritmo regular usando una máquina llamada desfibrilador, la muerte ocurre en cuestión de minutos. Se estima que más del 70 por ciento de las víctimas de fibrilación ventricular mueren antes de llegar al hospital.

## ¿Quién está en riesgo?

La MSC ocurre en personas activas y aparentemente sanas, sin cardiopatías ni otros problemas de salud conocidos. Pero la verdad es que la muerte súbita cardíaca no es un evento aleatorio.

La mayoría de las víctimas tienen cardiopatías u otros problemas de salud, si bien puede que no lo sepan.

Son varios los factores que contribuyen al paro cardíaco, pero dos de los más importantes son:

### Enfermedad de las arterias coronarias.

Esta es una afección en la que las arterias que suministran sangre al corazón están estrechadas u obstruidas. De hecho, el 75% de las personas que mueren de MSC muestran signos de un ataque cardíaco previo.

### Una fracción de eyección (FE) baja.

La fracción de eyección es una medida de cuánta sangre bombea el ventrículo izquierdo (la principal cámara de bombeo del corazón) con cada latido. Un corazón sano bombea el 55% o más de su sangre hacia el cuerpo en cada latido. Las personas que corren mayor riesgo de MSC tienen fracciones de eyección de menos de 35%. A menudo los médicos recomiendan implantar cardiodesfibriladores en pacientes con fracciones de eyección de menos de 35% para reducir su riesgo de muerte súbita cardíaca.

¿sabía  
USTED?

En 1903, el fisiólogo Willem Einthoven (1860-1927) inventó el electrocardiógrafo, que mide la corriente eléctrica del corazón y es el precursor de la ECG de hoy en día.

## Pruebas que predican el riesgo

Hay una serie de pruebas que se pueden hacer para determinar si alguien se encuentra en un grupo de alto riesgo de sufrir paro cardíaco. Entre ellas se incluyen:

**Ecocardiograma** – una prueba indolora en la que se usan ondas de ultrasonido para crear una imagen del corazón en movimiento. La prueba puede medir la fuerza de la función de bombeo del corazón (fracción de eyección) e identificar otros problemas que podrían aumentar el riesgo de MSC de una persona.

**Electrocardiograma** – una prueba indolora en la que se pegan electrodos sobre el pecho del paciente para registrar la actividad eléctrica del corazón a fin de identificar ritmos cardíacos anormales. Algunas arritmias podrían apuntar a un riesgo aumentado de MSC.

**Monitor Holter** – un grabador, del tamaño de un teléfono celular, que se pega al pecho del paciente de uno a dos días para grabar un muestreo más largo de su ritmo cardíaco. Una vez que se quita el grabador, se analiza la cinta para detectar signos de arritmia.

**Grabadora de eventos** – un dispositivo del tamaño de un buscapersonas, que también registra la actividad eléctrica del corazón durante un período de tiempo más prolongado. A diferencia de un monitor Holter, no funciona constantemente. En cambio, los pacientes activan el dispositivo cuando sienten que su corazón late demasiado rápido o de forma caótica.

**Estudio de electrofisiología (EEF)** – esta prueba se realiza en un hospital. Se usa un anestésico local para adormecer áreas de la ingle o el cuello y se avanzan cables delgados y flexibles llamados catéteres, por las venas guiados por

rayos X, hasta llegar al corazón, para registrar sus señales eléctricas. Durante el estudio, el electrofisiólogo analiza la velocidad y el flujo de las señales eléctricas del corazón y estimula el corazón para ver si se pueden inducir arritmias. El médico puede también determinar si un paciente tuvo un ataque cardíaco anterior o si hay evidencia de daño cardíaco previo sin saberlo. Toda esta información puede ayudar a determinar si el paciente se encuentra en un grupo de mayor riesgo de MSC.

## Prevención

Hay una serie de cosas que las personas pueden hacer para reducir la probabilidad de convertirse en víctimas de muerte súbita cardíaca. Para empezar, vivir una vida “saludable para el corazón” puede ayudar a reducir las probabilidades de fallecer por paro cardíaco u otras afecciones cardíacas. Esto incluye hacer ejercicio regularmente, comer alimentos saludables, mantener un peso razonable y evitar fumar.

También es importante el tratamiento y el control de las enfermedades y afecciones que pueden contribuir con los problemas cardíacos, incluyendo la alta presión arterial, el colesterol alto y la diabetes.

Para terminar, en algunos pacientes, la prevención de la muerte súbita cardíaca significa controlar o detener los ritmos cardíacos anormales que podrían disparar la fibrilación ventricular. El tratamiento de las arritmias se hace de tres maneras:

**Medicamentos** – los medicamentos, incluidos los inhibidores de la ACE, los betabloqueadores, los bloqueadores del canal de calcio y los antiarrítmicos pueden controlar los ritmos cardíacos anormales o tratar otras afecciones que podrían contribuir con las cardiopatías o la MSC. Pero tomar

**¿Corre usted riesgo?  
Si sospecha que corre un riesgo aumentado de paro cardíaco súbito, consulte a su médico; él podrá ayudarle a determinar su riesgo y le dará opciones para reducir la probabilidad de convertirse en víctima.**

solamente medicamentos no ha demostrado ser muy eficaz en la reducción de los paros cardíacos. Estos medicamentos a veces los toman pacientes que además tienen un CDI, a fin de reducir la frecuencia con la que el dispositivo dispara.

**Cardiodesfibriladores implantables (CDI)** – estos dispositivos han tenido mucho éxito en la prevención de muerte súbita cardíaca en pacientes de alto riesgo. Al igual que un marcapasos, los CDI se implantan debajo de la piel, en la zona del pecho. Los cables, llamados electrodos, van desde el CDI hasta el corazón, y el dispositivo monitorea al corazón para detectar cualquier ritmo anormal. Si se detecta una arritmia peligrosa, el CDI administra un choque eléctrico para restituir el ritmo cardíaco normal del corazón y evitar una muerte cardíaca súbita. El CDI también puede actuar como marcapasos si el corazón está latiendo muy lentamente.

**Ablación por catéter** – en esta técnica se usan energía de radiofrecuencia (calor), crioterapia (congelamiento) u otras formas de energía para destruir pequeñas áreas de músculo cardíaco que causan los ritmos cardíacos rápidos y peligrosos. La energía se administra a través de catéteres que se colocan en el corazón a través de las venas o las arterias. La ablación por catéter se hace a veces en pacientes con CDI para disminuir la frecuencia de las arritmias y reducir la cantidad de descargas que aplica el CDI.