

muerte súbita en el deporte (I)

1. *Conocer al enemigo*



Foe, el 26 de junio de 2003, tras desplomarse en el partido Camerún-Colombia.FOTO: EFE

POR J.M. GONZÁLEZ ARAMENDI

HASTA hace unos años, la muerte súbita de los deportistas se ha considerado poco menos que un misterio. ¿Cómo explicar que un atleta sano -aparentemente sano-, joven y bien entrenado pueda morir de repente? ¿Cómo tras haber soportado sin problemas esfuerzos muy intensos en entrenamientos y competiciones acontece una muerte repentina y sin motivos previos aparentes para que ocurra? ¿No decimos los médicos que la actividad física regular es elemento de salud? ¿Qué explicaciones pueden darse a los familiares del fallecido, a los padres de un niño que sufren el sinsentido de este dramático episodio? Veamos cómo y por qué ocurren estas tragedias.

Lo primero que hay que decir es que, por fortuna, la incidencia general de la muerte súbita es muy baja, del orden de 1,6 casos por cada 100.000 deportistas/año, y de 0,7 casos por cada 100.000 no deportistas/año. Entre deportistas jóvenes, aparentemente sanos, el riesgo de que acontezca es aún más bajo. En los Estados Unidos se registran del orden de 10 a 13 casos anuales (aunque es posible que la incidencia real sea mayor), lo que indica que la probabilidad de que esta tragedia se produzca en un deportista dado

es menor a 1:250.000 (Maron y cols.). Es mucho más probable que la muerte súbita se dé en varones que en mujeres. En EEUU son más frecuentes en los afroamericanos y, por deportes, entre jugadores de fútbol y baloncesto. El porqué de estas tendencias no está aún muy claro. En el Estado español, una reciente investigación realizada por el Instituto Nacional de Toxicología (Suárez y cols.) en la que se estudian 4.500 casos de muerte súbita, registrados en el periodo 1995-2001, muestra que sólo 61 muertes estaban asociadas al deporte (el 1,3%). Entre estos 61 casos, sólo dos eran deportistas profesionales y sólo dos eran mujeres. El ciclismo fue el deporte en el que se registraron más muertes (21), seguido del fútbol (13) y la gimnasia (5). Así nos viene dado el asunto.

Aunque en algunos casos de muerte súbita no terminan de identificarse las causas de forma clara, la mayor parte de ellas, entre un 74% y un 94% según estudios, son de origen cardiovascular. En el corazón radica la causa, y se debe, habitualmente, a una arritmia cardíaca. Para explicarla, merece la pena recordar que para que el músculo cardíaco se contraiga y bombee sangre se necesita un estímulo eléctrico -una chispa-, que se origina y se propaga por medio de unas células especializadas del propio corazón. Las arritmias cardíacas se deben a anomalías en la generación y propagación de este impulso eléctrico. La arritmia más grave, causa de la mayor parte de las muertes súbitas de origen cardíaco, es la fibrilación ventricular. Se caracteriza por impulsos eléctricos anormalmente rápidos, que impiden el normal llenado y el bombeo de sangre. El corazón late tan rápido (muchas veces a más de 200 latidos/min) que impide tanto el llenado de sangre de los ventrículos como la salida eficaz de esta sangre. Como consecuencia, apenas no sale sangre del corazón, la tensión arterial se reduce a niveles mínimos y, como resultado, falla la oxigenación de todos los órganos. El cerebro, especialmente sensible a la falta de oxígeno, sufre en pocos minutos lesiones irreversibles. Si estos episodios ceden espontáneamente, la persona normalmente refiere haber tenido "un mareo". Pero si no se autolimitan, la hipoxia cerebral daña irremediablemente el cerebro y acontece la muerte.

¿Por qué se produce esta fibrilación ventricular? ¿Puede ocurrir en corazones normales? Normalmente hay una patología que las provoca. En personas mayores de 35 años, la causa más frecuente de muerte súbita es la arteriosclerosis coronaria: las arterias que riegan el propio corazón se endurecen y se estrechan por acumularse en ellas placas de ateroma (grasa). La genética, la edad y sobre todo el estilo de vida (alimentación inadecuada, sedentarismo, consumo de tabaco y drogas, consumo excesivo de alcohol, inadecuado descanso e incapacidad para hacer frente al stress...) determinan el desarrollo de lesiones cardíacas -isquemias, infartos- que, a su vez, pueden generar la fibrilación ventricular. El estilo de vida resulta determinante. Las autopsias realizadas a los soldados norteamericanos muertos en la guerra de Corea mostraron que el 77% de los estudiados (media de edad 22,1 años) tenían ya evidencias de lesiones coronarias, y el 5% lesiones severas; por el contrario, las autopsias realizadas a los soldados coreanos mostraron que éstos no tenían la enfermedad.

En niños y jóvenes las causas más probables son la miocardiopatía hipertrófica (crecimiento excesivo del músculo del ventrículo izquierdo) y la displasia arritmogénica del ventrículo derecho (una infiltración grasa y fibrosa de la pared del ventrículo derecho) y otras anomalías estructurales congénitas como la coartación de aorta, la salida anormal de las arterias coronarias, el síndrome de Marfan o el síndrome de Wolf-Parkinson-White.

En muchos casos la muerte súbita puede ser la primera manifestación de una enfermedad cardíaca que ha permanecido silente, y a menudo se desencadena coincidiendo con una situación de estrés o con el ejercicio físico intenso. En el estudio del Instituto Nacional de Toxicología antes comentado se detalla que sólo a tres de los fallecidos se les había diagnosticado la enfermedad que les produjo la muerte.

¿Qué hacer si se desencadena una arritmia de este tipo? La actuación inmediata y correcta de las personas que rodean al afectado puede ser determinante para salvar su vida y minimizar las lesiones. Ante cualquier mareo o desvanecimiento, lo primero que hay que hacer es comprobar el pulso y la ventilación pulmonar (respiración).

En caso de parada cardíaca o pulso excesivamente rápido, lo mejor es aplicar una descarga eléctrica de corriente continua por medio de un desfibrilador. Si no se dispone de desfibrilador y en tanto se obtiene uno o llega la ambulancia medicalizada, es preciso realizar inmediatamente un masaje cardíaco eficaz. El masaje debe prolongarse hasta la normalización del ritmo cardíaco del paciente o hasta la llegada al hospital, si es preciso turnándose varias personas para aplicarlo.

Para mantener abierta la vía aérea, a veces basta con poner al paciente boca abajo o con sacarle la lengua de la boca con unas pinzas. Si se dispone de un tubo de Guedel, un aparato que comprime la lengua hacia abajo para dejar pasar el aire, colocárselo. El tubo de Guedel debe ser un elemento obligatorio del botiquín de cualquier equipo deportivo. Además, todas las pruebas deportivas deberían estar supervisadas por personas instruidas en las maniobras de resucitación cardio-pulmonar, y todos los entrenadores deportivos deberían saber hacer este tipo de reanimaciones. Las muertes súbitas son episodios esporádicos pero realmente trágicos. Evitar una sola muerte es algo que no tiene precio. Es, seguramente, el acto supremo que podemos realizar como deportistas y como personas.

* Doctor en Medicina. Especialista en Medicina del Deporte. Fundación Oreki