

muerte súbita en el deporte (ii)

1. *Qué hacer para evitarla*

por José Manuel González Aramendi

EL riesgo de muerte súbita durante la práctica deportiva debe ser evaluado con esmero. En el caso de los deportistas, la muerte súbita no traumática está ligada, el 90 % de los casos, a una anomalía cardíaca preexistente, por lo que resulta crucial identificar a los individuos portadores de estas anomalías. Acometer esta identificación precisa de protocolos efectivos y ajustados en todos sus aspectos, también en el de costo-eficacia, sobre todo cuando se trata de evaluar grandes poblaciones.

La historia familiar de muerte súbita y los antecedentes de pérdidas de conocimiento relacionadas con esfuerzos físicos o situaciones de estrés son factores de riesgo que ya han de ponernos en alerta, así como algunos "mareos" no identificados, que pueden ser también manifestaciones de patologías cardíacas de este orden. Para deportistas con historia familiar de muerte súbita de origen cardíaco, la Federación Internacional de Medicina del Deporte recomienda la realización de una batería completa de pruebas cardiológicas y recomendaciones para la participación deportiva en función del diagnóstico final establecido.

Para la mayor parte de las patologías cardíacas subyacentes causantes de muerte súbita la auscultación cardíaca y algunas otras exploraciones de base suelen ser normales; el electrocardiograma, en cambio, es con frecuencia anormal (aunque también lo es en más del 15% de los deportistas sanos, como consecuencia de las adaptaciones cardíacas provocadas por el entrenamiento físico intenso y continuado). Otras pruebas como la ecocardiografía, la resonancia magnética y la prueba de esfuerzo, aunque no son efectivas al 100 %, facilitan mucho el diagnóstico, pero no están indicadas para el estudio inicial de grandes poblaciones.

Los reconocimientos médicos de aptitud deportiva en medicina del deporte tienen como objetivo principal detectar patologías y/o alteraciones que puedan contraindicar la práctica deportiva normal, esto es, detectar individuos no aptos. Pero la implantación de pruebas médicas a colectividades amplias debe regirse por criterios de sensibilidad, especificidad, valor predictivo y riesgo relativo de dichas pruebas para esa población a estudiar. Me explico. Las exploraciones médicas no son igual de informativa, igual de útiles, en todos los segmentos de la población. No tiene igual valor diagnóstico una prueba de esfuerzo practicada a un varón de 60 años con factores de riesgo de cardiopatía isquémica -fumador, obeso, hipertenso, sedentario, con tasas elevadas de colesterol e historia previa sospechosa- que a una joven de 15 años sin ninguno de esos factores de riesgo. En ésta última, la prueba de esfuerzo cardiológica no está indicada, del mismo modo que no lo está un estudio de resonancia magnética nuclear preventiva para detectar un posible pero muy improbable tumor craneal en ausencia total de sospecha. De manera que debemos adecuar los recursos técnicos, organizativos y humanos a la población que se quiere estudiar. ¿Cómo plantear, entonces, los reconocimientos médicos de aptitud deportiva para grandes poblaciones?

El Colegio Americano de Medicina del Deporte en los EE.UU, Santé Sport en Francia y otras muchas organizaciones establecen 3 categorías de individuos para ordenar estas

valoraciones: personas aparentemente sanas, las personas con riesgo y personas con enfermedades. Individuos aparentemente sanos son aquellos que no han sufrido ninguna enfermedad importante, ningún episodio extraño y no presentan factores de riesgo cardíacos. En general, las personas de este grupo menores de 45 años pueden comenzar un programa de ejercicios sin necesidad de una prueba de esfuerzo previa, si el programa se inicia gradualmente desde niveles de esfuerzo moderados, y si el individuo está alerta al desarrollo de signos y síntomas inusuales. Para los mayores de 45 años se recomienda la realización de un electrocardiograma de esfuerzo (prueba de esfuerzo).

Los individuos de riesgo son aquellos que tienen al menos un factor mayor de riesgo coronario (tensión arterial alta, relación colesterol total/HDL-colesterol mayor de 5, hábito de fumar, historia familiar de enfermedad coronaria u otras enfermedades ateroscleróticas antes de los 50 años, diabetes, electrocardiograma de reposo anormal) o síntomas sugestivos de enfermedad cardiopulmonar, renal, hepática, diabetes, alteraciones tiroideas y otras menos comunes. Se recomienda que las personas de más de 35 años pertenecientes a este grupo se sometan a una prueba de esfuerzo máxima antes de un programa de ejercicios, tengan o no síntomas cardiológico. Y se califican "personas con enfermedades" a los individuos de cualquier edad que padecen una enfermedad cardiovascular, pulmonar o metabólica. Estos deberían realizar un chequeo riguroso con prueba de esfuerzo antes de comenzar un ejercicio vigoroso.

En el mismo sentido, y centrándonos más en los deportistas jóvenes, el Comité Internacional Olímpico recomienda (Recomendaciones de Lausanne) realizar un examen médico con buen detalle de los antecedentes personales y familiares del deportista, una exploración general centrada en el aparato cardiovascular, y un electrocardiograma de reposo de 12 derivaciones. Si los antecedentes son positivos o hay sospecha de riesgo, se indican la prueba de esfuerzo, la ecocardiografía y, si fueran precisas, otras exploraciones cardiológicas complementarias. Este es también el criterio generalizado entre los expertos del estado español.

Como vemos, hay consenso respecto al procedimiento a seguir en prácticamente todo el mundo. Una excepción resulta ser Italia, donde hay una alta incidencia de displasia arritmogénica del ventrículo derecho, una de las causas principales de muerte súbita cardíaca. Es por ello que han determinado realizar pruebas de esfuerzo submáximas anuales a todos los deportistas aficionados, y pruebas de esfuerzo máximas y ecocardiografías anuales a todos los deportistas de competición.

Para realizar correctamente estas evaluaciones, se deben establecer también tres niveles profesionales: el primero correspondería al médico del deporte o al médico generalista, que se encargaría de la correcta historia familiar y personal, la realización de una buena exploración física y un electrocardiograma de reposo (además del despistaje de otras anomalías o trastornos en cualquier otro aparato o sistema corporal que precisen del consejo médico y la toma de las precauciones debidas); el segundo correspondería al cardiólogo general, que se encargaría de realizar la ecografía, la prueba de esfuerzo y la ecocardiografía de estrés; y el tercero al cardiólogo especialista, para la realización de otras pruebas mucho más selectivas como las coronariografías, los estudios electrofisiológicos y algunas pruebas de resonancia nuclear magnética.

En cualquier caso, debemos recordar que sólo un 10 % de los casos muerte súbita no hospitalaria estudiados en jóvenes de entre 1 y 21 años tienen relación temporal con el

deporte, por lo que evitar la actividad vigorosa raramente previene esta catástrofe. Y que el riesgo cardiovascular por ejercicio físico en poblaciones sanas es insignificante. Además, y aún utilizando toda la batería diagnóstica, sería imposible llegar al nivel de "riesgo cero". Con todo, el sistema de vigilancia médico ha de ser adecuado. Y a ello hace referencia el Plan Vasco del Deporte 2003-2007, en su apartado 6.3: al "cuidado de la salud de las y los intervinientes... con el objeto de que realicen su actividad física dentro de los parámetros de salud aconsejables y que no sufran ninguna lesión en el ejercicio de su respectiva modalidad deportiva o que en caso de tenerla, cuenten con la suficiente cobertura sanitaria para que se garantice su recuperación." Reordenar en nuestro entorno el sistema médico de vigilancia para que resulte aún más efectivo es una tarea aún no completada, que necesita un abordaje inmediato.

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