

EL RECONOCIMIENTO MÉDICO PARA LA APTITUD DEPORTIVA

THE MEDICAL EXAMINATION FOR SPORTS ELIGIBILITY

EDITORIAL

José Luis Terreros
Blanco¹

Pedro Manonelles
Marqueta²

¹Subdirector General
de Deporte y Salud.
Consejo Superior de
Deportes

²Presidente de la
Federación Española de
Medicina del Deporte

El cuidado de la salud del paciente es el objetivo fundamental del médico y este principio también es de aplicación por lo que respecta al deportista.

En apariencia, el deportista es el paradigma de la salud. Ciertamente es el reflejo del rendimiento máximo y todo el mundo le supone una salud incuestionable, excepto la posible aparición de las lesiones deportivas, bien agudas, bien crónicas, por sobreesfuerzo.

Sin embargo, en algunos casos, sucede algo para lo que no se está preparado: un episodio de muerte súbita, algunas veces captado en directo por las imágenes, que deja estupefacto y consternado al espectador.

La muerte súbita en el deporte es un fenómeno de muy baja incidencia que, dado el tipo de personas en las que aparece, puede causar una alarma indebida en la sociedad, afectar negativamente a la imagen de la actividad física y el deporte como fuente de salud y provocar una disminución en la práctica de dichas actividades.

Es sabido la gran cantidad de alteraciones y patologías susceptibles de desencadenar un episodio de muerte súbita en el deporte, que es el que acontece hasta una hora después de que se inicien los síntomas en el contexto de realización de un esfuerzo físico, según la definición más aceptada¹.

A pesar de los incuestionables avances de la ciencia, de las técnicas de diagnóstico y de tratamiento, hay aspectos desconocidos y que precisan más investigación que lograrían si no

erradicar, si disminuir su incidencia. Actualmente, la prevención de la muerte súbita en el deporte se plantea desde un abordaje múltiple pero con dos estrategias fundamentales: la disponibilidad de medios de resucitación, incluyendo desfibrilador semiautomático, y la detección de las patologías causantes de muerte súbita².

Esta última estrategia es la que justifica la realización de reconocimientos médicos de aptitud para la práctica deportiva y que ha generado una gran investigación científica dirigida hacia la protección de la salud del deportista³⁻¹⁰.

En nuestro país, las dos sociedades científicas directamente relacionadas con la Medicina del Deporte han efectuado sendos documentos de consenso sobre el protocolo de realización de reconocimientos, la Federación Española de Medicina del Deporte, contemplando éste desde un punto de vista extenso y dirigido a todo tipo de deportistas¹¹. La Sociedad Española de Cardiología más centrado en la exploración cardiovascular⁷.

Tras muchos años infructuosos de reclamación de los médicos del deporte, en 2006 se produce la entrada en vigor de la Ley Orgánica de protección de la salud y de lucha contra el dopaje en el deporte¹², que determina, respecto a reconocimientos médicos, que se deben "proponer los que deben realizarse en cada modalidad deportiva, indicando los estándares que, respectivamente, deben cumplir". El RD 641/2009¹³ indica que la Comisión de Control y Seguimiento de la Salud y el Dopaje (CCSSD) determinará la obligación de efectuar reconocimientos médicos, con carácter previo a la expedición de

la correspondiente licencia federativa, en aquellos deportes que se considere necesario para una mejor prevención de los riesgos para la salud de sus practicantes, por ello el Consejo Superior de Deportes decidió abordar este tema y buscar los medios para su implementación.

El 6 de noviembre de 2008 se reunió la Subcomisión de Protección de la Salud dentro de la CCSSD y acordó la constitución de un Grupo de Trabajo sobre Reconocimientos Médico-Deportivos. Siguiendo este mandato, la Subdirección General de Deporte y Salud, con fecha de 13 de octubre de 2009, constituyó dicho Grupo de Trabajo que tras una intensa labor y múltiples reuniones elaboró un protocolo, fruto del análisis de la situación española y de las posibilidades de aplicación real.

Se entendió unánimemente que debería proponerse un reconocimiento básico, cuyo objetivo fundamental inicial fuera la detección de las patologías causantes de muerte súbita. El Real Decreto marca que la normativa que emane de CCSSD tiene un ámbito de aplicación sobre las licencias que permitan competir a nivel nacional, siendo el resto de licencias deportivas competencia de las CCAA. Por otro lado y dado el carácter básico del reconocimiento creado, sería de aplicación universal en todos los deportes, de carácter obligatorio, con carácter bianual, pero no sometido a la relación temporal con la cumplimentación de las fichas deportivas. De esta manera los reconocimientos se deberían realizar a lo largo de todo el año, aportando los resultados, a través de un certificado sin contenidos médicos personales pero atestiguando la realización de las pruebas obligatorias, a las federaciones en un periodo de tiempo amplio. Los contenidos del protocolo de reconocimiento y de todo su diseño son públicos (<http://femede.es/documentos/Documento%20RMD%2001-12.pdf>).

Debemos también considerar el Anteproyecto de Ley Orgánica de protección de la salud del deportista y lucha contra el dopaje en la actividad deportiva¹⁴ que el Gobierno de España está impulsando hacia el Parlamento y que actualmente está en periodo de aportaciones por parte de los ciudadanos (<http://www.educacion.gob.es/horizontales/ministerio/campanas/antidopaje.html>). Esta L.O. vendrá a sustituir a la mencionada de 2006. El artículo 46 de ese Anteproyecto se titula "de los reconocimientos médicos" y marca la competencia en el asunto de la futura Agencia Española de Protección de la Salud en el Deporte (que nacerá con esta L.O.). Aunque el debate sobre la necesidad de realización de

reconocimientos de despistaje de patología causante de muerte súbita parece superado, incluso en los EEUU de Norteamérica, todavía habría un debate residual sobre el contenido del reconocimiento. En Europa se considera superado el debate, pero no en EEUU, aunque todas las organizaciones médicas del deporte establecen la necesidad de realizar una anamnesis completa y una exploración física cardiovascular la cuestión es la de si se deben realizar más exploraciones.

El sistema que se propone para España se encuentra a mitad de camino entre las dos tendencias extremas en la práctica de reconocimientos médico-deportivos a nivel mundial, que se polarizan entre la realización de una anamnesis y exploración clínica sencilla, que supone el modelo norteamericano⁸ y el intervencionismo absoluto que supone el modelo italiano que requiere un certificado de aptitud que incluya la realización de ecocardiograma antes de permitir la práctica deportiva¹⁵. Las sociedades científicas españolas defienden la necesidad de un reconocimiento que incluya el electrocardiograma de reposo de 12 derivaciones, como preconiza la Federación Española de Medicina del Deporte¹⁶ y lo propio hace la Sociedad Española de Cardiología que amplía las exploraciones, dependiendo de los hallazgos de las exploraciones y del nivel de práctica de los deportistas⁷. Este criterio español es el que también han establecido el Grupo de Estudio en Cardiología del Deporte de la Sociedad Europea de Cardiología¹⁰ y el Comité Olímpico Internacional¹².

Sin embargo, subyace que la posibilidad de descubrir patología, como es bien sabido asintomática, en un procedimiento de despistaje basado en la interpretación de los hallazgos de la anamnesis, de la exploración clínica (básicamente auscultación cardiaca y determinación de la tensión arterial) y del electrocardiograma de reposo, precisa una pericia por encima de la básica en el currículo de la carrera de Medicina. Corrado y McKenna¹⁸ indican que, para que la estrategia de despistaje sea efectiva, los sanitarios deben ser capaces de interpretar debidamente los trazados ECG. Pellicia *et al.*¹⁵ indican que los resultados italianos han sido posibles debido a la gran disponibilidad en el país de médicos especializados en Medicina del Deporte y, por su parte el editorial de FEMEDE¹⁹ propugna que estos reconocimientos deben ser llevados a cabo por médicos "cualificados".

Finalmente no debemos olvidar que este sistema de reconocimientos es el mínimo necesario y solo se dirige a la prevención de la muerte súbita de los deportistas. Para FEMEDE la salud del deportista es

algo más que la salud de su corazón, es un organismo completo e indivisible que, sometido al esfuerzo físico, sufre sus consecuencias positivas y negativas. En el sistema propuesto se hace hincapié en el electrocardiograma del deportista, pero la recomendación general no puede ser otra que, si es posible, acudir a un especialista en medicina del deporte y pasar un reconocimiento médico deportivo completo, lo que aportará no solo contraindicaciones, sino consejos muy útiles para que la práctica deportiva aporte todos los beneficios a la salud.

No se ha dejado de trabajar en este tema en el que se han efectuado nuevas aportaciones científicas pero, en España no se ha resuelto el problema fundamental, el del modo de aplicar los reconocimientos a toda la población deportiva de una forma real y factible. Y es que, teniendo claro que es imprescindible el estudio médico del deportista desde el punto de vista preventivo por parte de todos los actores del deporte (desde médicos hasta autoridades, pasando por deportistas), la realidad es que hasta ahora se carece de un mecanismo que implemente de forma real la aplicación de este procedimiento médico.

Cabría mirar atrás y preguntarse por el motivo de esta histórica inconsecuencia, sin embargo creemos que debemos mirar adelante y luchar para que la próxima Ley Orgánica de protección de la salud del deportista y lucha contra el dopaje en la actividad deportiva, marque un punto de inflexión y sirva para la puesta en marcha de esta herramienta tan necesaria.

Finalmente y respecto a la pregunta del motivo por el que en hasta ahora no se han instaurado los reconocimientos médico-deportivos obligatorios previos a la obtención de la licencia deportiva, considerando que todos los implicados están de acuerdo en su necesidad, el problema estriba en el coste de su realización, Entre todos debemos explicar a los deportistas que son ellos los que deben concienciarse de la necesidad imprescindible de protección de su salud y, lógicamente, asumir los costes de esta media, o ¿es que son más importantes las zapatillas que la vida de uno mismo?.

BIBLIOGRAFÍA

1. **Futterman LG, Myerburg R.** Sudden death in athletes. An update. *Sports Med* 1998;26:335-50.
2. **Manonelles Marqueta P, Luengo Fernández E.** Prevención de la muerte súbita. En: *Cardiología del deporte*. Manonelles P, Boraita P, Luengo E, Pons C. eds. Barcelona: Nexus Médica. 2005; pp. 220-48.
3. **Pelliccia A, Maron BJ.** Preparticipation cardiovascular evaluation of the competitive athlete: Perspectives from the 30-year Italian experience. *Am J Cardiol* 1995;75:827-9.
4. **Maron BJ, Thomson PD, Puffer JC, Mc-Grew CA, Strong WB, Douglas PS, et al.** Cardiovascular preparticipation screening of competitive athletes. A statement for health professionals from the sudden death committee (Cardiovascular disease in the young), American Heart Association. *Circulation* 1996;94:850-6.
5. **Gomez JE, Lantry BR, Saathoff KNS.** Current use of adequate preparticipation history forms for heart disease screening of high school athletes. *Arch Pediatr Adolesc Med* 1999;153:723-6.
6. **Maron BJ, Araújo CGS, Thompson PD, Fletcher GF, Bayés de Luna A, Fleg JL, et al.** Recommendations for preparticipation screening and the assessment of cardiovascular disease in master athletes. An advisory healthcare from the working groups of the World Heart Federation, the International Federation of Sports Medicine, and the American Heart Association Committee on exercise, cardiac rehabilitation, and the prevention. *Circulation* 2001;103:327-34.
7. **Boraita A, Baño A, Berrazueta JR, Lamiel R, Luengo E, Manonelles P, Pons C.** Guías de práctica clínica de la Sociedad Española de Cardiología sobre la actividad física en el cardiópata. *Rev Esp Cardiol* 2000;53:684-726.
8. **Maron BJ, Thompson PD, Ackerman MJ, Balady G, Berger S, Cohen D, et al.** Recommendations and considerations related to preparticipation screening for cardiovascular abnormalities in competitive athletes: 2007 update. A Scientific Statement From the American Heart Association Council on Nutrition, Physical Activity, and Metabolism: Endorsed by the American College of Cardiology Foundation. *Circulation* 2007;115:1643-55.
9. **Balady GJ, Chaitman B, Driscoll D, Foster C, Froelicher E, Gordon N, et al.** Recommendations for cardiovascular screening, staffing, and emergency policies at health/fitness facilities. *Circulation* 1998;97:2283-93.
10. **Corrado C, Pelliccia A, Björnstad HH, Vanhees L, Biffi A, Borjesson M, et al.** Cardiovascular pre-participation screening of young competitive athletes for prevention of sudden death: proposal for a common European protocol. Consensus Sta-

- tement of the Study Group of Sport Cardiology of the Working Group of Cardiac Rehabilitation and Exercise Physiology and the Working Group of Myocardial and Pericardial Diseases of the European Society of Cardiology. *Eur Heart J* 2005; 26: 516-524.
11. Reconocimientos médico-deportivos. (Documento oficial de la Asociación Aragonesa de Medicina del Deporte). En: FEMEDE, editor. *Declaraciones de consenso FEMEDE*. Pamplona, 1997.
 12. Ley orgánica 7/2006, de 21 de noviembre, de protección de la salud y de lucha contra el dopaje en el deporte. BOE núm. 279. Miércoles 22 noviembre 2006. 40859-40879.
 13. Real Decreto 641/2009, de 17 de abril, por el que se regulan los procesos de control de dopaje y los laboratorios de análisis autorizados, y por el que se establecen medidas complementarias de prevención del dopaje y de protección de la salud en el deporte. BOE num 112. Viernes 8 de mayo de 2009. 39534-39572.
 14. Anteproyecto de Ley Orgánica de protección de la salud del deportista y lucha contra el dopaje en la actividad deportiva. Disponible en: <http://www.educacion.gob.es/horizontales/ministerio/campanas/antidopaje.html>.
 15. **Pelliccia A.** The preparticipation cardiovascular screening of competitive athletes: is it time to change the customary clinical practice? *Eur Heart J* 2007; 28:2703-5.
 16. **Manonelles P, Aguilera B, Boraita A, Luengo E, Pons C, Suárez MP.** Utilidad del electrocardiograma de reposo en la prevención de la muerte súbita del deportista. Documento de consenso de la Federación Española de Medicina del Deporte. *Arch Med Deporte* 2007;24:159-68.
 17. **Ljungqvist A, Jenoure P, Engebretsen L, Alonso JM, Bahr R, Clough A, et al.** The International Olympic Committee (IOC) *Consensus Statement on Periodic Health Evaluation of Elite Athletes*. International Olympic Committee. March 2009.
 18. **Corrado C, McKenna W.** Appropriate interpretation of the athlete's electrocardiogram saves lives as well as money. *Eur Heart J* 2007;28:1920-2.
 19. **Manonelles P.** Reconocimientos médicos para la aptitud deportiva: ¿Qué es lo que tiene que decir el especialista en Medicina de la Educación Física y el Deporte? *Arch Med Deporte* 2009;26:331-3.

IN MEMORIAM

Desde la Federación Española de Medicina del Deporte (FEMEDE) lamentamos el fallecimiento del Dr. D. José Ramón Morandeira.

Médico, investigador, montañero, aragonés de recio carácter, fue un adelantado a su tiempo y el padre de la Medicina de Montaña.

Siempre colaborador de FEMEDE y entusiasta dinamizador de todo lo que significara la protección de la salud del montañero.

Descanse en paz.