

La Quebrantahuesos y los reconocimientos médico-deportivos

The “Quebrantahuesos” (breaks bones) and the sports-medical examinations

Pedro Manonelles Marqueta

Presidente de la Sociedad Española de Medicina del Deporte.

Director de la Cátedra Internacional de Medicina del Deporte de la UCAM.

Recientemente la organización de una de las mayores pruebas populares deportivas españolas, y la mayor ciclista, la Quebrantahuesos (QH), tomó la decisión de requerir un certificado médico obligatorio para poder participar en ella, al igual que sucede en otros países como Francia.

La Sociedad Española de Medicina del Deporte, a petición de los organizadores, asesoró sobre los contenidos del reconocimiento médico y ofreció centros médicos que podrían realizarlos.

Desde el primer momento se apoyó a la organización de la QH en esta decisión y se ha manifestado públicamente el agradecimiento de tomar una decisión valiente que ha tenido inicialmente algunas consecuencias negativas por el rechazo y quejas de algunos participantes.

Sin duda, la carrera no sufrirá menoscabo en su devenir y la mayoría de los participantes entienden que la medida no tiene otro fin que el de proteger la salud del deportista, algo que ha sido demandado insistentemente por la Medicina del Deporte desde hace muchos años.

Viene esta editorial a cuento de este tema, el de los deportistas y la obligatoriedad de que se sometan a controles médicos ANTES DE participar en su deporte. Viene a cuento de un participante que manifiesta sus amargas quejas a la organización porque en el reconocimiento que se le practicó se encontró un problema que contraindicaba su práctica deportiva. Su reacción, en lugar del lógico y esperable agradecimiento a su médico que le descubrió una patología importante y por añadidura a la organización de la QH, por poner en marcha ésta medida pionera, fue la de quejarse y amenazar con una demanda por privarle de esa participación.

Resulta muy oportuno recurrir al prolijo refranero español para recordar el conocido “más vale prevenir que curar”, para ilustrar esta lamentable respuesta.

La Medicina, y muy especialmente la Medicina del Deporte, tiene como función primordial la prevención. Indudablemente es mucho mejor evitar la patología que tener que tratarla una vez que ya se ha manifestado. Y esto es especialmente relevante en el caso de la muerte súbita del deportista. Por ello se deben realizar todos los esfuerzos posibles para prevenir los problemas relacionados con el deporte, especialmente si son tan graves como la muerte súbita^{1,2}.

Se debe de poner de manifiesto que el ejercicio físico es fundamentalmente una fuente de salud y se considera que posiblemente el mayor beneficio potencial del ejercicio es su capacidad para preservar la capacidad funcional, la libertad y la independencia del sujeto³. Además, constituye una excelente herramienta terapéutica en la mayor parte de enfermedades crónicas, algunas de ellas con verdadero carácter epidémico, como la obesidad, la hipertensión y la diabetes⁴.

Sin embargo no se debe obviar que, a pesar de sus enormes efectos benéficos, el ejercicio tiene sus riesgos, como accidentes⁵, lesiones agudas y por sobrecarga^{6,7}, descompensación de patologías crónicas⁸, muerte súbita y otros eventos cardíacos⁹ y diversos problemas médicos relacionados con la propia actividad física como deshidratación, hiponatremia, fatiga aguda, broncoconstricción y anafilaxia inducida por ejercicio, rhabdomiolisis, anemia ferropénica, trastornos gastrointestinales, problemas relacionados con las temperaturas extremas, alteraciones inmunológicas, etc.

El cicloturismo, que salvo error u omisión, no figura en el catálogo deportivo de la Federación Española de Ciclismo, es una actividad físico-deportiva que combina deporte y turismo y que no tiene carácter competitivo.

En Medicina, se utiliza con frecuencia el concepto de recomendar la práctica de deporte sin competir en aquellas personas que tienen

alguna patología crónica para obtener los beneficios de la actividad física y evitar los problemas de la alta intensidad, pero ningún médico en su sano juicio cometería la imprudencia de recomendar a estos pacientes realizar cicloturistas.

La QH, catalogada como cicloturista, como cualquier otra cicloturista tiene connotaciones del más alto nivel competitivo. El cicloturista va a competir con los demás y, lo que en muchas ocasiones es peor, compite consigo mismo intentando acabarla en un tiempo cada vez menor, lo que convierte a este tipo de pruebas en una actividad de riesgo, incluso de alto riesgo.

La QH tiene un recorrido de 200 km pirenaicos en la que se ascienden puertos (Portalet, Somport, Hoz y Marieblanc), este último de categoría especial y que se inicia en una localidad llamada Escot "la puerta de la agonía". Cuesta realizarla entre unas cinco horas y media y doce horas.

Resulta obvio indicar la dureza de la misma y, por añadidura, que estas pruebas y otras de naturaleza similar, pueden tener consecuencias severas para la salud. La primera, el aumento del riesgo cardiovascular de forma inmediata. Paradoja del ejercicio. El ejercicio practicado de forma regular y adecuada disminuye el riesgo de padecer enfermedades cardiovasculares, pero en el momento de realización de la actividad física el riesgo de que suceda una muerte súbita se multiplica por más del doble desde el inicio de la actividad física o deportiva hasta pasadas las 24 horas siguientes¹⁰.

No se va a realizar un análisis exhaustivo y pormenorizado de las consecuencias de las actividades de larga duración sobre el organismo, pero sí que conviene recordar algunas.

El deporte de resistencia incrementa la prevalencia de fibrilación auricular¹¹; parece que puede aumentar el daño cardíaco, con remodelado y formación de zonas miocárdicas fibróticas¹²; sobrecarga las cavidades cardíacas derechas, reduce transitoriamente la fracción de eyección ventricular derecha y eleva los biomarcadores cardíacos¹³; y aumenta la morbilidad y mortalidad cardíaca a largo plazo¹⁴.

Un 30-50% de participantes en deportes de resistencia experimenta síntomas gastrointestinales en su práctica deportiva como náusea, vómito, calambres abdominales, diarrea, pero también presencia de sangre en heces¹⁵.

Por último, son conocidos los efectos del deporte de larga duración sobre el sistema renal: lesión renal aguda y hematuria¹⁶.

La prevalencia de todos estos problemas no es en modo alguno desdeñable y su prevención y control requieren una asistencia médica continuada que se inicia con el primer contacto entre el médico y el deportista, a través del demandado reconocimiento médico-deportivo.

Nadie duda de que los participantes en la QH irán montados en bicicletas que tienen un precio que, en una gran mayoría de casos, puede considerarse como sonrojante, por no hablar de los costes adicionales de la práctica de ciclismo aficionado (accesorios, prendas, viajes, bebidas energéticas, suplementos nutricionales, etc.). Pero resulta verdaderamente excepcional que éstos, y otros deportistas, incluyan en sus previsiones la realización de un reconocimiento médico-deportivo o una prueba de esfuerzo, y para qué hablar de un seguimiento y supervisión médico-deportivos.

Se han producido algunas reacciones a la decisión de la obligatoriedad del certificado por parte de organizadores de grandes eventos

deportivos, como ha sucedido con la QH y no ha dejado de sorprender que alguna organización, que cuenta en sus antecedentes con varias muertes súbitas en el transcurso de su actividad, haya optado por implantar un cuestionario voluntario y anónimo antes de la participación con el objetivo de detectar riesgo de incidentes cardíacos y muerte súbita.

En nuestro entorno, el europeo, no es aceptable recurrir a auto-cuestionarios de salud. Es necesario efectuar un estudio médico previo a la práctica deportiva por médicos cualificados, fundamentalmente especialistas en Medicina del Deporte. Los autocuestionarios pueden tener un sentido, con muchísimas dudas no obstante en contextos sociales como el anglosajón y que incluso en ese contexto se atreven a cuestionar¹⁷.

En nuestro medio, todas las organizaciones médico-deportivas consideran imprescindible la realización de reconocimientos médicos previos a la participación deportiva que deben incluir en sus propuestas básicas un electrocardiograma de reposo^{1,2,18-20}, modelo que fue asumido por la antigua comisión de protección de la salud del Consejo Superior de Deportes y que sirve de directriz para las actuaciones que se desarrollan en España en este sentido²¹.

La decisión de la organización de la QH de obligar la presentación de un certificado de aptitud, no sólo es extraordinariamente importante y hay que felicitarles por ello, sino que debe marcar el inicio de la generalización de esta medida en todo el deporte español. Esperamos que los responsables deportivos sean sensibles a esta necesidad y acepten el reto y responsabilidad de implantar medidas que no tienen otro fin que lograr una práctica deportiva saludable para todos los participantes.

Bibliografía

1. Corrado D, Pelliccia A, Bjørnstad HH, Vanhees L, Biffi A, Borjesson M, et al; 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. Cardiovascular pre-participation screening of young competitive athletes for prevention of sudden death: proposal for a common European protocol. Consensus Statement 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;26:516-24.
2. Boraita Pérez A, Baño Rodrigo A, Berrazueta Fernández JR, Lamiel Alcaine R, Luengo Fernández E, Manonelles Marqueta P, et al. Guías de práctica clínica de la Sociedad Española de Cardiología sobre la actividad física en el cardiópata. *Rev Esp Cardiol* 2000;53:684-726.
3. Moore GE. Introduction. American College of Sports Medicine. ACSM's Exercise management for persons with chronic diseases and disabilities. Champaign. *Human Kinetics*. 1997;1-5.
4. Pedersen BK, Saltin B. Evidence for prescribing exercise as therapy in chronic disease. *Scand J Med Sci Sports*. 2006;16 Suppl 1:3-63.
5. Nalliah RP, Anderson IM, Lee MK, Rampa S, Allareddy V, Allareddy V. Epidemiology of hospital-based emergency department visits due to sports injuries. *Pediatr Emerg Care*. 2014;30:511-5.
6. Åman M, Forssblad M, Henriksson-Larsén K. Incidence and severity of reported acute sports injuries in 35 sports using insurance registry data. *Scand J Med Sci Sports*. 2016;26:451-62.
7. Roos KG, Marshall SW, Kerr ZY, Golightly YM, Kucera KL, Myers JB, et al. Epidemiology of overuse injuries in collegiate and high school athletics in the United States. *Am J Sports Med*. 2015;43:1790-7.
8. Hoffmann TC, Maher CG, Briffa T, Sherrington C, Bennell K, Alison J, et al. Prescribing exercise interventions for patients with chronic conditions. *CMAJ*. 2016 Mar 14. pii: cmaj.150684.
9. Goodman JM, Burr JF, Banks L, Thomas SG. The acute risks of exercise in apparently healthy adults and relevance for prevention of cardiovascular events. *Can J Cardiol*. 2016;32:523-32.

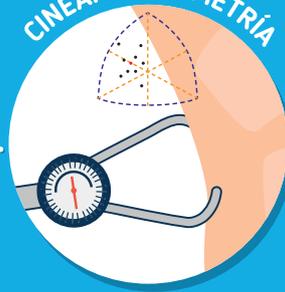
10. Corrado D, Basso C, Rizzoli G, Schiavon M, Thiene G. Does sports activity enhance the risk of sudden death in adolescents and young adults? *JACC*. 2003;42:1959-63.
11. Redpath CJ, Backx PH. Atrial fibrillation and the athletic heart. *Curr Opin Cardiol*. 2015;30:17-23.
12. La Gerche A. Can intense endurance exercise cause myocardial damage and fibrosis? *Curr Sports Med Rep*. 2013;12:63-9.
13. Patil HR, O'Keefe JH, Lavie CJ, Magalski A, Vogel RA, McCullough PA. Cardiovascular damage resulting from chronic excessive endurance exercise. *Mo Med*. 2012;109:312-21.
14. Seidl J, Asplund CA. Effects of excessive endurance activity on the heart. *Curr Sports Med Rep*. 2014;13:361-4.
15. Prado de Oliveira, E, Burini RC, Jeukendrup A. Gastrointestinal complaints during exercise: prevalence, etiology, and nutritional recommendations *Sports Med*. 2014; 44 (Suppl 1):S79-S85.
16. Kao WF, Hou SK, Chiu YH, Chou SL, Kuo FC, Wang SH, et al. Effects of 100-km ultramarathon on acute kidney injury. *Clin J Sport Med*. 2015;25:49-54.
17. Thompson PD. Preparticipation screening of competitive athletes: seeking simple solutions to a complex problem. *Circulation*. 2009;119:1072-4.
18. Löllgen H, Börjesson M, Cummiskey J, Bachl N, Debruyne A. The Pre-Participation Examination in Sports: EFSMA Statement on ECG for pre-participation examination. *Deutsche Zeitschrift Für Sportmedizin*. 2015; 66:151-155.
19. Reconocimientos médico-deportivos. (Documento oficial de la Asociación Aragonesa de Medicina del Deporte). En: FEMEDE, editor. *Declaraciones de consenso FEMEDE*. Pamplona, 1997.
20. 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 March 2009. *Br J Sports Med*. 2009;43:631-43.
21. Grupo de Trabajo de la Comisión de Control y Seguimiento de la Salud y el Dopaje. CSD. Reconocimientos médicos para la práctica del deporte. Madrid. 2011.

EL SOFTWARE QUE TODO ESPECIALISTA EN MEDICINA DEL DEPORTE NECESITA

RECONOCIMIENTOS MÉDICOS PARA LA PRÁCTICA DEL DEPORTE



CINEANTROPOMETRÍA

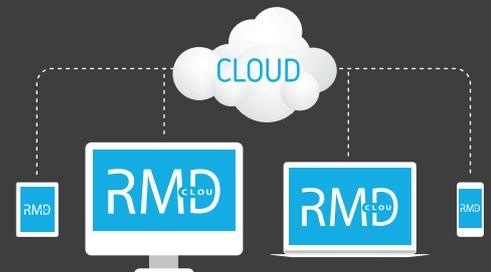


PRUEBAS DE ESFUERZO



Más info en:
www.rmdcloud.es
contacto@rmdcloud.es
618 739 921

Reconocimientos médicos para la práctica del deporte
Cineantropometría
Pruebas de esfuerzo con distintos protocolos
Informes de aptitud física
Evolución del deportista
Comparativa con grupos de referencia
Gestión documental
Acceso web para el deportista
Adaptable a sus necesidades
Accesible desde cualquier dispositivo
Seguridad (cumple LOPD)



Solicita una **prueba gratuita**
en contacto@rmdcloud.es