

EL DEPORTE Y LAS ENFERMEDADES CARDIACAS: Dudas y DECISIONES

Por el Dr. Roberto Peidro.

Es necesario saber que el deporte de alta competencia somete al corazón a situaciones relacionadas con sobrecarga cardiovascular, descarga adrenalínica, deshidratación, desbalances hidro electrolíticos, alteraciones del equilibrio ácido/base. La presencia de un sustrato estructural, eléctrico o genético implica un eventual riesgo adicional ante este tipo de escenarios. Cuando el médico firma un “apto” para el deporte no está asegurando que el riesgo es cero y esto también cuenta para deportistas sin enfermedad cardíaca. Lo que está diciendo es que existe un bajo riesgo de “accidente” cardíaco ante la práctica deportiva

El regreso o la continuidad deportiva de pacientes con determinadas enfermedades cardiovasculares implica una decisión complicada donde influyen situaciones fisiopatológicas y donde existen pocas evidencias con el peso científico adecuado. Esta situación lleva a tener en cuenta este regreso en un contexto donde intervienen varios actores. Médicos cardiólogos, médicos del deporte y el propio deportista y su entorno (familia, entrenadores, dirigentes).

En un deportista con cardiopatía existen dos situaciones: una de ellas es la vuelta al deporte después de un tratamiento específico. Tomemos un ejemplo público como fue el retorno del futbolista profesional Christian Eriksen. Había sufrido una fibrilación ventricular (parada cardíaca) en un partido internacional y regresó al deporte después de haberse implantado un cardiodesfibrilador (que le volvió a salvar la vida en otro encuentro de fútbol al generar un shock eléctrico para revertir una arritmia). No todas las federaciones deportivas aceptaron su regreso.

El otro escenario es la continuidad (o no) en el deporte de alta exigencia después de un diagnóstico cardiológico en un paciente asintomático. Se debe decidir si esa enfermedad tiene mayor posibilidad de desarrollar un evento cardíaco mientras practica el deporte elegido. O bien, si esa enfermedad puede empeorar si se llevan a cabo deportes de alta intensidad.

En cualquiera de estos contextos el médico tiene que evaluar las condiciones actuales del deportista y su enfermedad y del deporte que va a practicar. Apelando al

criterio médico, a los exámenes correspondientes para el estudio de la cardiopatía, a los protocolos y las recomendaciones publicadas en ámbitos nacionales e internacionales es posible realizar una estimación del riesgo eventual para continuar con el deporte. Y se reitera, el tipo de deporte que va a practicar. A modo de ejemplo, no es lo mismo cuando existe riesgo para sí mismo y/o terceros (aviación, automovilismo, escalada, buceo, etc) ante una probabilidad de mareos o pérdidas momentáneas de conocimiento. Esa situación, aunque resulte benigna, puede provocar una tragedia. Desde ya, el riesgo es menor en otro tipo de deportes.

Una vez evaluado el riesgo de evento cardíaco ante una sobrecarga al aparato cardiovascular generada por el deporte de alta exigencia, y teniendo en cuenta las medidas de seguridad en el ámbito donde se va a desarrollar el deporte en cuestión, el cuerpo médico se enfrenta a la decisión de aconsejar la continuidad o no de la actividad deportiva.

Una pregunta que surge es quién decide el regreso a la alta exigencia. En deportes federados existe un médico responsable del plantel que trabaja para la institución. Su decisión se basa en las consultas realizadas con el o los cardiólogos del deporte. Sin embargo, aunque existen protocolos para retorno al deporte en traumatismos de cráneo y lesiones ortopédicas, no los hay, en general, para condiciones cardíacas. Las recomendaciones suelen basarse en opiniones de expertos o bien en estudios de seguimiento no randomizados.

Las posiciones del médico ante la toma de decisiones podrían clasificarse en dos tipos: 1.- asumir un papel paternalista con una decisión final absolutista de continuar o no con la práctica deportiva y 2.- asumir una actitud centrada en el paciente, teniendo en cuenta sus libertades individuales. Esta última implica asumir riesgos eventuales.

El enfoque actual para los deportistas competitivos con patologías cardiovasculares tiende a alejarse de la toma de decisiones paternalistas y se ha orientado hacia una estrategia que ofrezca opciones a profesionales y deportistas.

Se llega así a la “decisión compartida” que ha cobrado un papel fundamental en la medicina actual. Ante un paciente con diversas enfermedades, por lo general graves, en que sería necesario aplicar tratamientos invasivos, quirúrgicos o con drogas que implican un riesgo intrínseco, la opinión del paciente es clave. Prima el derecho a decidir si está dispuesto a afrontar el procedimiento elegido. Para ello debe estar en

conocimiento pleno de las implicancias de realizar o no el tratamiento y el médico debe estar preparado para explicar y responder todas las dudas del paciente.

Los términos serían semejantes si esa decisión compartida se traslada a la continuidad en el deporte o retorno al deporte. Aunque las diferencias son notorias en el deporte organizado profesional o aficionado ya que los actores son múltiples.

Si la enfermedad cardíaca en cuestión reviste posibilidades altas de empeorarse con el ejercicio intenso o sufrir un evento serio (como la muerte súbita), el médico debería abstenerse de alentar la continuidad deportiva y aconsejar el abandono de su práctica. El médico debe ofrecer todo el humanismo que la profesión conlleva para permitirle a ese deportista, que debe dejar su actividad actual, llevar una vida plena sin la perspectiva de una exigencia deportiva determinada. Cuando se le cierran puertas a ese paciente, también es función del médico acompañarlo y señalarle que hay muchas puertas abiertas para continuar con una vida feliz.

Pero ante cardiopatías donde se ha demostrado un aparente riesgo bajo a moderado al someterse a deportes de alta intensidad, el atleta debe estar en pleno conocimiento e intervenir en las decisiones. A modo de ejemplo, tomaré una enfermedad cardiológica que, a lo largo del tiempo, fue modificando las opiniones médicas originando un cambio de paradigma en las actitudes asumidas. Se trata de la miocardiopatía hipertrófica, patología de origen genético que produce hipertrofia de las paredes cardíacas con irregularidad en el desarrollo de las fibras miocárdicas y posibilidad de arritmias graves. Hasta hace algo más de 10 años todas las recomendaciones publicadas indicaban que ante el solo diagnóstico de esta enfermedad se debía descartar al paciente para cualquier deporte competitivo. Esto surgió al observar en estudios de autopsias de deportistas con muerte súbita que la miocardiopatía hipertrófica era causa muy frecuente de ese deceso. Sin embargo, con el correr de los años y las investigaciones, pudo comprobarse que existen formas de presentación más leves de esta enfermedad que podrían no estar asociadas a muerte súbita. Si bien no existen parámetros absolutos que puedan diferenciar quien va a sufrir este evento, algunos elementos que surgen de la historia clínica y los exámenes complementarios realizados, acercan a determinar un riesgo bajo ante el deporte.

La aparición de varias investigaciones con deportistas que siguieron compitiendo con esta patología ha generado un cambio de paradigma en las recomendaciones. Las diferentes guías se refieren a los parámetros de riesgo y a la decisión de la continuidad deportiva en forma conjunta con el atleta y su entorno.

Esa decisión compartida implica asumir ciertos riesgos y para llevarla a cabo se deben conocer la cardiopatía, las evidencias disponibles, el deporte y sus características, niveles de intensidad y volúmenes de entrenamiento y al deportista en sus aspectos físicos y psicológicos. Por otra parte, el médico debe tener la capacidad para transmitir los riesgos y beneficios que implica la decisión.

Llegado a este punto, y a los fines de ofrecer al médico ciertas seguridades ante la toma de decisiones que le permitan actuar con tranquilidad, es necesario involucrar a distintos actores en el escenario de las decisiones compartidas. En primer lugar al *equipo médico*, donde están incluidos el profesional a cargo del paciente (y/o del plantel de la institución deportiva) y el equipo cardiológico del deporte. Por otra parte, la institución deportiva y sus dirigentes, la Federación a cargo de la organización y, desde ya, el deportista, su familia y su entorno deportivo. Todos ellos deben comprender los riesgos y beneficio de la continuidad deportiva y estar de acuerdo con las decisiones asumidas. Tampoco hay que dejar de lado los instrumentos legales de cada país y federaciones locales.

Al profesional médico le surgen siempre dudas sobre su estricta responsabilidad debido a los antecedentes que existen sobre casos donde el personal de salud fue involucrado, aún habiendo tomado todas las precauciones y siguiendo los protocolos de estudios y tratamientos específicos. Sería mucho más sencillo asumir la actitud paternalista de decir NO a la continuidad deportiva. Sin embargo, esa actitud, en determinadas circunstancias, implica perjuicios de todo tipo para el deportista y su entorno.

Estas razones llevan a solicitar a los profesionales del derecho su aporte para llevar a cabo estas decisiones compartidas enmarcadas en todos los términos legales.

Y volver a recordar que no existe el riesgo CERO en circunstancia alguna cuando los médicos toman una decisión determinada.

Bibliografía:

Nelis S, Dijkstra H, Damman O, Farooq A et al. Shared decision-making with athletes: a survey study of healthcare professionals' perspectives. BMJ Open Sport Exerc Med 2024;10(2): e001913.

Mayer J, Burgess S, Thiel A. Return-to-play decision making in team sports athletes. A quasi-naturalistic scenario study. *Front Psychol* 2020;11:1020.

Han J, Lalario A et al. Sudden Cardiac Death in Athletes: Facts and Fallacies. *J Cardiovasc Dev Dis* 2023; 10(2): 68.

Peidro R. Cardiología, ejercicio y deportes. Ed Journal, Buenos Aires, Argentina 2022.

Peidro R, Pelliccia A. Bradicardia y pausas ventriculares prolongadas en el atleta. *Rev Argent Cardiol* 2017;85:136-139.

Ommen SR, Ho CY, Asif IM, Balaji S, Burke MA, Day SM et al. 2024 AHA/ACC/AMSSM/HRS/PACES/SCMR guideline for the management of hypertrophic cardiomyopathy: a report of the American Heart Association/American College of Cardiology Joint Committee on Clinical Practice Guidelines. *Circulation* 2024;149:e1239–e1311.

Pelliccia, A., Lemme E et al. Does Sport Participation Worsen the Clinical Course of Hypertrophic Cardiomyopathy? *Circulation* 2018;135: 531-533.

Kim J.H., Baggish A.L., Levine B.D., et al. Clinical considerations for competitive sports participation for athletes with cardiovascular abnormalities: a scientific statement from the American Heart Association and American College of Cardiology. *J Am Coll Cardiol*. 2025;85(10):1059–1108.

Temporelli P, Zuin M. Physical activity in hypertrophic cardiomyopathy: from proscription to prescription. *Eur Heart J Suppl* 2026;28(Suppl 5):v169–v172.

Olivotto I, D'Ascenzi F. Exercise prescription in hypertrophic cardiomyopathy: Dr Lown's lesson to break taboos. *Eur Heart J* 2025;46:1816–1818.

Pelliccia A et al. 2020 ESC Guidelines on sports cardiology and exercise in patients with cardiovascular disease The Task Force on sports cardiology and exercise in patients with cardiovascular disease of the European Society of Cardiology (ESC). *European Heart Journal* (2020)

Dr. Roberto Peidro
Médico cardiólogo.



Especialista en Medicina del Deporte.

Profesor de Medicina Universidad Favaloro, Buenos Aires, Argentina.

Director Instituto Ciencias del Deporte Universidad Favaloro.

Director Médico Juegos Olímpicos de la Juventud 2018.

Ex Médico de la Selección Argentina de Fútbol (World Cup USA 1994)

Presidente 2016-2017 Fundación Cardiológica Argentina.

Coordinador del Servicio de medicina y cardiología del deporte Hospital
Universitario Fundación Favaloro

Ex Futbolista Profesional

EDITA: IUSPORT

Julio 2026