



**Comentario sobre guías europeas de cardiología del
deporte y ejercicio 2020**

Miocardopatía hipertrófica y deportes

**Grupo de Trabajo de Cardiología del Ejercicio de la Sociedad de Imágenes
Cardiovasculares de la Sociedad Interamericana de Cardiología (SISIAC).**

**Autor: Roberto Peidro, Instituto de Ciencias del Deporte. Universidad Favaloro. Buenos Aires,
Argentina.**

Las novedades publicadas en estas recientes guías sobre actividades deportivas competitivas en miocardiopatía hipertrófica (MH) están relacionadas con una mayor “permisibilidad” para la práctica deportiva en términos de promoción de decisiones compartidas con el atleta y su entorno a partir de evaluaciones médicas y estratificación de riesgo.

Las recomendaciones de años anteriores eran restrictivas y absolutas con relación a deportes con medianas y altas intensidades dinámicas y estáticas. En muchas ocasiones, los médicos han extrapolado estos datos a la población general que realiza actividades físicas transformando en “discapacitados” a muchos deportistas recreativos.

La MH está relacionada con la muerte súbita (MS) en el deporte y se considera al ejercicio físico como un factor de riesgo para este evento. Esta afirmación ha hecho que las clásicas guías dirigidas a deportistas competitivos refieran a la restricción deportiva en presencia de un diagnóstico preciso de MH. Estas recomendaciones se manifiestan en forma independiente de las presentaciones clínicas de la enfermedad, la edad, los niveles de hipertrofia, la presencia o ausencia de arritmias o gradiente de presión intramiocárdico y de diferentes mutaciones genéticas.

La probabilidad de MS en MH es baja. Existen escores de riesgo a los que se apela con el objetivo de decidir el implante de un cardidesfibrilador. De esta manera es posible acercarse a la probabilidad de MS en un sujeto determinado.

En el trabajo médico diario es posible observar pacientes deportistas que abandonaron la práctica activa a partir del diagnóstico. En muchas ocasiones, el cambio hacia una vida sedentaria ha promovido factores que pueden incrementar el riesgo de enfermedad coronaria en forma mayor que la propia MH con respecto a la MS.

Por otra parte, se conocen las alteraciones de la calidad de vida producidas por el abandono del deporte. Esta situación genera modificaciones físicas, psicológicas, sociales y económicas que pueden llegar a modificar en forma importante la vida de las personas.

No caben dudas que las formas severas de la enfermedad impiden la práctica de deportes de mayor intensidad debido, por un lado, a los riesgos mayores de MS y la posibilidad de empeoramiento y, por otro, a la incapacidad de alcanzar rendimientos acordes para la competencia. Sin embargo, la gran mayoría de deportistas de alto rendimiento asintomáticos tienen formas leves de MH. Su diagnóstico se realiza en ocasión de exámenes pre participativos o por alteraciones (a veces mínimas) en el electrocardiograma de reposo.

A su vez, hay estudios, con pequeño número de pacientes, que no demostraron mayor incidencia de síntomas o eventos importantes entre atletas

que dejaron de hacer ejercicio en comparación con atletas que continuaron con deportes competitivos. Por otro lado, son escasas las evidencias que indiquen que todos los individuos con MH son vulnerables a arritmias fatales durante el ejercicio. Tal vez la restricción sistemática del deporte en todos los portadores de MH sea una medida exagerada, más aún para aquellos deportistas recreativos que encuentran con su práctica mejorías de su calidad de vida generando una herramienta para la promoción de la salud y la prevención de diversas patologías.

Las recomendaciones europeas 2020 hacen hincapié en estas consideraciones y adoptan el concepto de decisiones compartidas entre el equipo médico, el deportista y su entorno. Promueve una información adecuada sobre los riesgos de MH que se generarían con el deporte y, ante situaciones de riesgo bajo, la liberación para su práctica se asume en forma conjunta.

Al tomar esta actitud menos “paternalista” también se está poniendo en contexto el significado del apto médico pre participativo. Es decir, expresaríamos que el riesgo de MS o empeoramiento de la cardiopatía es bajo y está asumido por varios profesionales involucrados. Este concepto resulta claro para los médicos (en medicina no hay 100% de garantías), pero, muchas veces, no lo es tanto para la población general o muchos profesionales no médicos del deporte que necesitan ese “apto” del médico para disminuir sus propias responsabilidades.

Conclusiones:

Lo nuevo e importante de las recomendaciones europeas sobre MH se centra en la evaluación de riesgo de MS y la posibilidad de continuar con el deporte competitivo cuando la presentación de la enfermedad supone una baja probabilidad de MS. Sugieren un seguimiento periódico de estos deportistas, realizado cada 6 meses en los atletas adolescentes y adultos jóvenes.

En lo personal celebro estas nuevas recomendaciones. Tenemos ejemplos de la aplicación de estos conceptos en nuestro medio, incluso con la aprobación de Federaciones deportivas que permitieron la práctica profesional del deporte en atletas con MH de muy bajo riesgo. Los seguimientos de estos atletas están faltando y sería un gran aporte poder realizarlos en forma multicéntrica incluyendo cada grupo a sus atletas con MH que continúan con su práctica deportiva.

Bibliografía:

*Antonio Pelliccia 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) 00, 1- 80
doi:10.1093/eurheartj/ehaa605*