

EL CERTIFICADO DE APTITUD FÍSICA, ¿CERTIFICA ALGO?

“Buen día, doctor. Quiero ir al gimnasio y necesito que me haga un certificado.” (NA: Es un hecho asumido por la gente y hasta por los profesionales médicos que, en forma coloquial, nos llamen “doctor o doctora” aunque no hayamos obtenido el grado de doctorado.)

El tema del “certificado de apto médico”, o sus sinónimos “apto físico”, “apto médico”, “certificado médico de aptitud física”, etcétera, puede tener varios abordajes. En este caso, asumiendo el origen de la solicitud de este paciente, partiré de lo que está reglamentado.

En 1988 en CABA se sancionó la ley 139, que obliga a los gimnasios a pedir aptos médicos a sus clientes; esta fue modificada y ampliada por la 5397 (5/11/2015). En esta última se hace referencia al certificado en dos variantes de *actividad física*:

a) En el gimnasio: en su artículo 3 la ley establece que: “Todas las personas que realicen actividad física en el gimnasio deben poseer un certificado de aptitud física que debe contener los resultados de estudios electrocardiográficos expedido por el especialista y que debe ser actualizado anualmente”.

b) En carreras de la calle (definidas como pruebas de 5 kilómetros o más y cuando la convocatoria o la participación deportiva involucre a grupos de personas que por su cantidad no pueda considerarse práctica deportiva individual): en su artículo 12 define que: “Será de carácter obligatorio la presentación de un certificado médico de aptitud física (apto médico) para la práctica de actividad física. Dicho certificado tendrá una validez máxima de 1 (un) año, a partir de la fecha en la que fuera expedido”.

En el ámbito de la provincia de Buenos Aires, la ley 12.329 se refiere al tema en su artículo 9: “Toda persona que realice algún tipo de actividad deportiva en los establecimientos habilitados por la presente ley deberá presentar al profesional a cargo de la dirección y/o supervisión del local habilitado un certificado médico que determine su aptitud física para la actividad a desarrollar, el que será archivado en el local habilitado junto a su ficha personal, con una validez de (1) un año”.

Ahora bien, planteado el contexto legal de al menos dos jurisdicciones importantes, me limitaré a realizar algunos comentarios de interpretación y plantear algunas preguntas, sin tener como objetivo responderlas, al menos en este artículo.



Dr. Hugo Milione.



Dr. Silvio Payaslian.

Ambas reglamentaciones pretenden comenzar definiendo a la población objetivo, aunque al mismo tiempo plantean algunas dudas: ¿es lo mismo *actividad física* que *actividad deportiva*? La respuesta es no. Veamos ambas definiciones. Según la Organización Mundial de la Salud, la *actividad física* es “cualquier movimiento corporal producido por los músculos esqueléticos que exija gasto de energía y se considera una indicación médica con el objetivo de, entre otros, reducir el riesgo de hipertensión, cardiopatía coronaria, accidente cerebrovascular, diabetes, cáncer de mama y de colon, depresión y caídas; y mejorar la salud ósea y funcional, y es un determinante clave del gasto energético, y es por tanto fundamental para el equilibrio calórico y el control del peso” (1).

La *actividad deportiva* es “una variedad de actividad física planificada, estructurada, repetitiva y realizada con un objetivo relacionado con la mejora o el mantenimiento de uno o más componentes de la aptitud física” (1).

Entonces, como los objetivos son diferentes, deberíamos considerar, al menos, dos estrategias diagnósticas diferentes. Y para cada una de ellas, además, debemos

considerar que no es lo mismo un paciente sano –definido como aquel sin antecedentes patológicos y cuyo examen físico es normal– que aquel con antecedentes patológicos y/o que presenta algún parámetro anormal tras un examen físico.

Otra consideración –poco clara y hasta contradictoria– no mencionada en la ley de la provincia de Buenos Aires la establece la ley de CABA en su apartado referido a gimnasios (pero NO al de carreras de calle): “Un certificado de aptitud física que debe contener los resultados de estudios electrocardiográficos”. ¿Cuál es el fundamento –evidencia– que le otorga tamaña importancia a un estudio solo? ¿Por qué el electrocardiograma (ECG) se considera el estudio complementario por definición? ¿Por qué sí para los gimnasios y no para las carreras de calle? ¿Podría ser, como sostiene la Sociedad Argentina de Cardiología, para responder a la necesidad de detectar patologías que predispongan a la muerte súbita (MS) o que puedan agravarse ante la sobrecarga del aparato cardiovascular generada por la práctica de ejercicios intensos (2)? Esto es a pesar de la evidencia de que la muerte súbita durante la práctica deportiva en individuos jóvenes (entre 13 y 35 años) es un evento con baja incidencia entre los atletas (0,5 a 2/100.000 atletas/año). Y si bien comparativamente es el doble, sigue siendo baja aun cuando se la compara con no atletas de la misma edad (3). Y asumiendo que con el ECG podrían detectarse un total de 160 enfermedades cardiovasculares potencialmente letales, para una tasa del 0,3%, o 1 en 294 pacientes, con una tasa de falsos positivos del 6%, tal cual surge de una búsqueda exhaustiva realizada en la literatura de Medline, CINAHL, Cochrane Library, Embase, base de datos de pruebas de fisioterapia (PEDro) y SPORTDiscus entre enero de 1996 y noviembre de 2014 (4). De todos modos, si se practicara un ECG a todos los participantes de un evento deportivo, cerca del 80% de las MS que de todos

modos se producirían serían de causa coronaria. El resto se reparte entre miocardiopatía hipertrófica, displasia arritmogénica del ventrículo derecho, miocarditis, valvulopatías y un subgrupo pequeño de MS inexplicable (5).

Siguiendo esta lógica, e introduciendo el último planteo de este artículo, ¿no sería un enfoque “esteroscópico” y peligrosamente parcial asumir que la aptitud/sanidad se limita a la esfera cardiovascular? ¿Qué haríamos con un paciente con asma bronquial, lupus eritematoso sistémico u osteoartritis? ¿O con uno asintomático pero con púrpura trombocitopénica idiopática, glucemia alterada en ayunas (GAA) o pérdida de peso no justificada? En ningún párrafo de ambas leyes se menciona que realizar un examen clínico para definir la condición física sea potestad de la cardiología. Desconozco cómo llegamos al punto de arrogar el derecho no sólo de confeccionarlo sino también de aconsejar cómo hacerlo y/o en qué debe consistir.

El *certificar* o *no certificar* que un paciente está en condiciones de realizar actividad física o deportiva debería ser el resultado de un examen clínico riguroso siguiendo el método científico. De su resultado debería surgir la recomendación de la actividad física, ya sea como modificadora de factores de riesgo existentes así como del tipo de actividad deportiva recomendable de manera individual, acordada con el paciente, y reevaluada acorde a cada caso.

Dr. Hugo Milione / Dr. Silvio Payaslian

Consejo de Prevención Cuaternaria, Sociedad Argentina de Medicina (SAM)

Autor para correspondencia: hmilione@intramed.net.ar

Referencias bibliográficas

1. <https://www.who.int/dietphysicalactivity/pa/es/>
2. Libro de recomendaciones de práctica clínica. Sociedad Argentina. Área de Consensos y Normas. *Revista Argentina de Cardiología* 2017;85(Supl. 4):33
3. Boersma E, Maas AC, Deckers JW, Simoons ML. Early thrombolytic treatment in acute myocardial infarction: reappraisal of the golden hour. *Lancet* 1996;348:771-5.
4. Winkelmann ZK, Crossway AK. Optimal screening methods to detect cardiac disorders in athletes: an evidence-based review. *J Athl Train* 2017;52(12):1168-70
5. Chugh SS, Weiss JB. Sudden cardiac death in the older athlete. *J Am Coll Cardiol* 2015;65:493-502