



Elegibilidad deportiva en defectos septales auriculares y ventriculares: implicaciones prácticas en Atención Primaria

Alan García Yáñez^a, Andrea Carolina Pinzón Orrego^b, Alejandro Rodríguez Valenzuela^b

Recibido: 23-febrero-2026

Aceptado: 18-mayo-2026

Publicado en Internet:
10-julio-2026

Alan García Yáñez:
imedica.agarciay@gmail.com

^aMédico especialista en Medicina del Deporte. Shinzo Sport Medicine. Investigador independiente. Bogotá. Colombia • ^bResidente Medicina del Deporte. Universidad El Bosque. Programa de Especialización en Medicina del Deporte y del Ejercicio. Bogotá. Colombia.

Resumen

Introducción: los defectos septales auriculares y ventriculares representan las cardiopatías congénitas más frecuentes en la población pediátrica. La recomendación de actividad física y deporte en estos pacientes genera dudas habituales en la práctica clínica, especialmente en el ámbito de la Atención Primaria, donde se realizan las primeras orientaciones y decisiones de derivación.

Desarrollo: se presenta una revisión narrativa de la literatura científica y de las principales guías y consensos internacionales relacionados con la elegibilidad deportiva en niños y adolescentes con defectos septales auriculares y ventriculares. Se analizan los distintos escenarios clínicos según el tipo de defecto, su repercusión hemodinámica, la presencia de complicaciones asociadas y la situación tras el cierre quirúrgico o percutáneo. Asimismo, se discuten los beneficios de la actividad física regular, los riesgos reales frente a los percibidos y la importancia de evitar restricciones innecesarias.

Conclusiones: la mayoría de los niños y adolescentes con defectos septales auriculares o ventriculares sin repercusión hemodinámica significativa pueden realizar actividad física y deportiva sin limitaciones relevantes. El pediatra de Atención Primaria desempeña un papel clave en la identificación de signos de alarma, la promoción de la actividad física segura y la adecuada coordinación con Cardiología Pediátrica. Un enfoque individualizado, basado en la evidencia y centrado en el paciente permite optimizar la salud cardiovascular y el desarrollo integral de esta población.

Palabras clave:

- Actividad física
- Cardiopatías congénitas
- Deporte

Sports eligibility in atrial and ventricular septal defects: practical implications for Primary Care

Abstract

Introduction: atrial and ventricular septal defects are the most common congenital heart diseases in the pediatric population. Recommendations regarding physical activity and sports participation in these patients often raise uncertainties in clinical practice, particularly in primary care, where initial care is provided and referral decisions made.

Development: this narrative review summarizes the current scientific evidence and international guidelines on sports eligibility for children and adolescents with atrial and ventricular septal defects. Different clinical scenarios are analyzed according to defect type, hemodynamic significance, associated complications, and postsurgical or percutaneous closure status. The benefits of regular physical activity, the real versus perceived risks, and the importance of avoiding unnecessary restrictions are discussed.

Conclusions: most children and adolescents with atrial or ventricular septal defects without significant hemodynamic impairment can safely participate in physical activity and sports. Primary care pediatricians play a key role in identifying warning signs, promoting safe physical activity, and coordinating care with pediatric cardiology. An individualized, evidence-based approach supports cardiovascular health and overall development in this population.

Key words:

- Congenital heart defects
- Exercise
- Sports

Cómo citar este artículo: García Yáñez A, Pinzón Orrego AC, Rodríguez Valenzuela A. Elegibilidad deportiva en defectos septales auriculares y ventriculares: implicaciones prácticas en Atención Primaria. Rev Pediatr Aten Primaria. 2026;28:303-12. <https://doi.org/10.60147/f0b875eb>

INTRODUCCIÓN

Los avances en el diagnóstico precoz, el manejo médico y las técnicas quirúrgicas y percutáneas han mejorado significativamente la supervivencia y la calidad de vida de los pacientes con cardiopatías congénitas, permitiendo que un número creciente de niños y adolescentes alcance edades compatibles con una participación activa en actividades escolares, recreativas y deportivas. Entre estas patologías, los defectos septales auriculares (DSA) y los defectos septales ventriculares (DSV) constituyen las cardiopatías congénitas más frecuentes y representan un motivo habitual de seguimiento clínico, incluyendo el ámbito de la Atención Primaria (AP), debido a la heterogeneidad en su presentación anatómica, evolución clínica y repercusión funcional.

La recomendación de actividad física y la participación deportiva en pacientes pediátricos con DSA o DSV genera con frecuencia incertidumbre, tanto en las familias como en los profesionales sanitarios, principalmente por la percepción de un mayor riesgo cardiovascular asociado al ejercicio. Esta situación puede favorecer restricciones innecesarias que contribuyen al sedentarismo y al deterioro progresivo de la capacidad funcional^{1,2}. Sin embargo, la evidencia disponible demuestra que la actividad física regular proporciona beneficios significativos en pacientes con cardiopatías congénitas, al mejorar la capacidad cardiorrespiratoria y favorecer el desarrollo físico, psicológico y social. En muchos casos, incluso es posible la participación en deporte competitivo tras una evaluación clínica adecuada y una correcta estratificación del riesgo. La valoración del niño o adolescente con DSA o DSV que desea realizar actividad deportiva requiere la integración de la información clínica disponible, incluyendo antecedentes médicos, evolución del defecto, presencia de síntomas y resultados de estudios complementarios realizados en el seguimiento por Cardiología Pediátrica. Entre las herramientas diagnósticas más relevantes se encuentran el electrocardiograma y la ecocardiografía transtorácica, que permiten valorar la repercusión

hemodinámica del defecto, la función ventricular y la presencia de posibles complicaciones. En casos seleccionados, la prueba de ejercicio cardiopulmonar puede aportar información objetiva sobre la capacidad funcional y la respuesta cardiovascular al esfuerzo, contribuyendo a una mejor estratificación del riesgo^{1,3-5}.

En este contexto, el pediatra de AP desempeña un papel relevante en el seguimiento longitudinal del paciente, la identificación de signos o síntomas que puedan sugerir cambios en la evolución clínica y la orientación inicial sobre la práctica de actividad física, en coordinación con Cardiología Pediátrica cuando se requiere una reevaluación especializada. Este enfoque permite promover la práctica de actividad física segura, evitar restricciones innecesarias y favorecer un desarrollo integral adecuado en niños y adolescentes con cardiopatías congénitas^{1,2}.

Se presenta una revisión narrativa de la literatura científica y de las principales guías internacionales sobre elegibilidad deportiva en defectos septales auriculares y ventriculares, con especial énfasis en su aplicabilidad clínica en el ámbito de la AP.

METODOLOGÍA

El presente trabajo corresponde a una revisión narrativa de la literatura científica centrada en la elegibilidad deportiva en niños y adolescentes con DSA y DSV, con especial énfasis en su aplicabilidad clínica en el ámbito de la AP. Se realizó una búsqueda bibliográfica no sistemática orientada a la práctica clínica en las bases de datos PubMed/MEDLINE, Scopus y Web of Science, complementada con revisión manual de referencias relevantes y documentos de consenso internacionales.

Se priorizaron las guías de práctica clínica, los documentos de consenso de sociedades científicas, las revisiones clínicas y los estudios observacionales relacionados con cardiopatías congénitas, evaluación cardiovascular preparticipativa, actividad física en población pediátrica y elegibilidad deportiva. Se incluyeron principalmente publicaciones

en inglés y español, con énfasis en literatura reciente, especialmente de los últimos 10-15 años, así como documentos clásicos de referencia aún vigentes en la toma de decisiones clínicas.

La selección de la evidencia se orientó a identificar información relevante sobre: repercusión hemodinámica de los defectos septales, respuesta cardiovascular al ejercicio, criterios de estratificación del riesgo, recomendaciones de actividad física y consideraciones clínicas tras el cierre quirúrgico o percutáneo. El análisis se realizó con un enfoque clínico-aplicado, integrando la evidencia disponible con el objetivo de ofrecer una síntesis útil para la toma de decisiones en la práctica asistencial, particularmente en el primer nivel de atención, y facilitar la coordinación con Cardiología Pediátrica en la prescripción individualizada de ejercicio físico.

Defecto septal auricular

El DSA es una cardiopatía congénita caracterizada por una comunicación anómala entre ambas aurículas que permite el paso de sangre entre ellas, generando habitualmente un cortocircuito de izquierda a derecha. Su impacto clínico depende principalmente del tamaño del defecto, la distensibilidad ventricular y la resistencia vascular pulmonar.

El DSA representa aproximadamente el 6-10% de las cardiopatías congénitas, con una prevalencia estimada de 1-2 por cada 1000 nacidos vivos y predominio en el sexo femenino^{6,7}. Muchos defectos pequeños permanecen asintomáticos durante la infancia y se diagnostican de forma incidental. Aunque su curso suele ser benigno en edades tempranas, puede producir repercusión hemodinámica a largo plazo si no se trata.

Desde el punto de vista anatómico, los DSA se clasifican según su localización en el septo interauricular⁷. El tipo *ostium secundum* es el más frecuente y suele ser candidato a cierre percutáneo; se asocia a defectos del canal auriculoventricular y requiere habitualmente corrección quirúrgica; el tipo seno venoso se relaciona con drenaje venoso pulmonar anómalo y también precisa tratamiento quirúrgico, mientras que el defecto del seno coronario es excepcional^{8,9}.

Fisiopatológicamente, el cortocircuito izquierda-derecha produce sobrecarga de volumen de cavidades derechas y dilatación progresiva. La mayoría de los pacientes pediátricos permanecen asintomáticos, aunque pueden presentar intolerancia al ejercicio o infecciones respiratorias recurrentes^{6,8}. En casos no tratados puede desarrollarse hipertensión pulmonar y, en fases avanzadas, inversión del cortocircuito.

En el ámbito de la AP, es fundamental reconocer que la repercusión clínica del defecto depende principalmente de su impacto hemodinámico, determinado habitualmente mediante la evaluación por Cardiología Pediátrica. Muchos niños con DSA pequeño o moderado presentan capacidad funcional conservada y pueden realizar actividad física acorde a su edad, siempre que no exista dilatación significativa de cavidades derechas, hipertensión pulmonar, arritmias o síntomas inducidos por el esfuerzo.

El pediatra de AP desempeña un papel importante en el seguimiento clínico longitudinal, la detección de síntomas sugestivos de progresión funcional, como intolerancia al ejercicio, disnea desproporcionada, síncope o palpitaciones, y la interpretación del informe cardiológico en el contexto de la práctica deportiva del paciente. La aparición de nuevos síntomas, cambios en la tolerancia al ejercicio o la sospecha de repercusión hemodinámica constituyen indicaciones para reevaluación por Cardiología Pediátrica antes de autorizar actividad deportiva de mayor intensidad. Este enfoque coordinado permite promover la actividad física segura, evitando restricciones innecesarias en pacientes sin repercusión funcional significativa, y facilitando una toma de decisiones individualizada basada en la integración de la información clínica y cardiológica disponible⁹.

Defecto septal ventricular

El DSV es una comunicación anómala entre los ventrículos derecho e izquierdo y constituye la cardiopatía congénita más frecuente. Generalmente, produce un cortocircuito de izquierda a derecha

cuya magnitud depende del tamaño del defecto, su localización y la relación entre resistencias vasculares sistémicas y pulmonares¹⁰.

Representa aproximadamente el 20-30% de las cardiopatías congénitas, con una prevalencia de 2-3 por cada 1000 nacidos vivos^{10,11}. Muchos defectos pequeños se cierran espontáneamente durante los primeros años de vida, mientras que los defectos mayores pueden ocasionar insuficiencia cardíaca, retraso del crecimiento o hipertensión pulmonar.

Los DSV se clasifican anatómicamente en perimembranosos, los más frecuentes; musculares, con mayor probabilidad de cierre espontáneo; y formas menos comunes, como los defectos de entrada o de salida, que pueden asociarse a alteraciones valvulares y requerir corrección quirúrgica^{6,9}.

Desde el punto de vista fisiopatológico, el DSV genera sobrecarga de volumen del ventrículo izquierdo y aumento del flujo pulmonar. Los defectos pequeños suelen ser clínicamente silenciosos, mientras que los moderados o grandes pueden evolucionar hacia insuficiencia cardíaca, hipertensión pulmonar o síndrome de Eisenmenger, con importante limitación de la capacidad funcional. A diferencia del DSA, predomina inicialmente la sobrecarga del ventrículo izquierdo¹⁰.

En AP, la relevancia clínica del defecto septal ventricular depende principalmente de su repercusión hemodinámica, habitualmente determinada mediante la evaluación por Cardiología Pediátrica. Los pacientes con DSV pequeño, sin sobrecarga de cavidades izquierdas, sin hipertensión pulmonar y con función ventricular conservada suelen presentar capacidad funcional normal y pueden realizar actividad física acorde a su edad. El pediatra de Atención Primaria participa en el seguimiento clínico, la detección de síntomas que sugieran cambios evolutivos, como intolerancia al esfuerzo, disnea desproporcionada, palpitaciones o signos de insuficiencia cardíaca, y la interpretación del informe cardiológico en relación con la práctica deportiva. La aparición de nueva sintomatología o la sospecha de progresión hemodinámica requiere reevaluación por Cardiología Pediátrica antes de

autorizar ejercicio de mayor intensidad. Este enfoque coordinado permite promover actividad física segura y evitar restricciones innecesarias en pacientes sin repercusión funcional significativa^{9,11}.

Importancia del análisis preparticipativo deportivo en niños y adolescentes con defectos septales

La evaluación preparticipativa deportiva constituye un componente esencial en la atención de niños y adolescentes con cardiopatías congénitas, particularmente en aquellos con defectos septales auriculares y ventriculares. Su objetivo principal no es restringir la actividad física, sino identificar condiciones clínicas que puedan incrementar el riesgo durante el ejercicio, optimizar la prescripción de actividad física y favorecer una práctica deportiva segura e individualizada^{1,2,12}.

En el ámbito de la AP, esta evaluación permite integrar la información clínica, funcional y deportiva del paciente, considerando que la expresión clínica de los defectos septales es variable y no siempre se correlaciona con la presencia de síntomas. El análisis debe orientarse a identificar datos clínicos que sugieran estabilidad evolutiva del defecto o posibles cambios en su repercusión funcional, integrando la información disponible procedente del seguimiento por Cardiología Pediátrica. Este enfoque permite detectar signos de alarma, identificar factores de riesgo asociados y evitar restricciones innecesarias en pacientes con buena capacidad funcional^{3,12,13}.

La valoración incluye una anamnesis dirigida sobre el tipo de defecto, su evolución, antecedentes de reparación, síntomas cardiovasculares relacionados con el esfuerzo y características de la actividad deportiva que desea realizar el paciente^{1,2,12,14}. El examen físico debe orientarse a la identificación de hallazgos que puedan sugerir cambios en la situación clínica, como soplos cardíacos de nueva aparición o mayor intensidad, alteraciones del ritmo, cambios en la presión arterial, desaturación o signos de insuficiencia cardíaca. La información procedente de estudios complementarios realizados

durante el seguimiento por Cardiología Pediátrica, especialmente electrocardiograma y ecocardiografía, resulta fundamental para valorar la repercusión hemodinámica del defecto, la función ventricular y la presencia de arritmias. En casos seleccionados, la prueba de ejercicio cardiopulmonar puede aportar información objetiva sobre la capacidad funcional y la respuesta cardiovascular al esfuerzo, particularmente cuando existen dudas sobre la tolerancia al ejercicio o se plantea la participación en deporte competitivo^{12,13,15}.

El pediatra de AP participa en el seguimiento clínico longitudinal del paciente, identifica cambios en la sintomatología o en la tolerancia al esfuerzo que puedan modificar la recomendación de ejercicio y facilita la coordinación con Cardiología Pediátrica cuando se requiere reevaluación especializada. Una valoración clínica adecuada permite minimizar riesgos, evitar sobreprotección injustificada y establecer recomendaciones de actividad física adaptadas a las características clínicas y funcionales de cada paciente^{14,15}.

Elegibilidad deportiva en defecto septal auricular

La participación deportiva en pacientes con DSA debe individualizarse según la magnitud del cortocircuito, la presión pulmonar, el tamaño y la función de las cavidades derechas, la presencia de arritmias y el estado posterior a reparación. En ausencia de repercusión hemodinámica significativa, la mayoría de los pacientes puede participar de forma segura en actividad recreativa y competitiva^{1,2,16}.

Los pacientes con DSA pequeño no reparado, sin hipertensión pulmonar, dilatación de cavidades derechas ni arritmias, pueden realizar deporte sin restricciones, aunque se recomienda seguimiento periódico. Por el contrario, en defectos hemodinámicamente significativos no corregidos se desaconseja el deporte competitivo de alta intensidad debido al riesgo de sobrecarga de cavidades derechas, hipertensión pulmonar y arritmias, permitiéndose únicamente actividad recreativa individualizada hasta la corrección del defecto^{17,18}.

Tras el cierre quirúrgico o percutáneo, y en ausencia de lesiones residuales o alteraciones funcionales, la participación deportiva suele ser completa tras la reevaluación clínica. Durante el periodo temprano posterior al cierre percutáneo se recomienda limitar temporalmente la actividad intensa y evitar deportes de contacto hasta la completa integración del dispositivo^{1,2,18}.

Cuando persiste un *shunt* residual pequeño sin repercusión hemodinámica, la mayoría de las actividades están permitidas, con excepción del buceo con escafandra por riesgo de embolismo paradójico. En cambio, la presencia de hipertensión pulmonar, fisiología de Eisenmenger, arritmias no controladas o disfunción ventricular constituye una contraindicación para el deporte competitivo, permitiéndose únicamente actividad de baja intensidad^{4,17,19}.

Finalmente, en pacientes con anticoagulación crónica deben evitarse los deportes de contacto o alto riesgo traumático debido al riesgo hemorrágico, siendo aceptables las actividades no contactantes de bajo riesgo^{3,20,21}.

Elegibilidad deportiva en defecto septal ventricular

La elegibilidad deportiva en niños y adolescentes con defecto septal ventricular depende principalmente del tamaño del defecto, la magnitud del cortocircuito izquierda-derecha, la repercusión sobre las presiones pulmonares, la función ventricular y la presencia de arritmias o secuelas tras la reparación. A diferencia del defecto septal auricular, el DSV puede asociarse con mayor sobrecarga de volumen del ventrículo izquierdo y riesgo de hipertensión pulmonar, lo que condiciona con mayor frecuencia limitaciones para el ejercicio intenso^{1,2,19}.

Los pacientes con DSV pequeño no reparado, asintomáticos, con función ventricular normal y sin hipertensión pulmonar pueden participar sin restricciones en actividad física recreativa y competitiva, con seguimiento periódico para detectar cambios evolutivos o aparición de arritmias. En contraste, los defectos moderados o grandes no corregidos con repercusión hemodinámica

requieren restricción del deporte competitivo de alta intensidad debido al riesgo de sobrecarga ventricular, hipertensión pulmonar y deterioro funcional, permitiéndose únicamente actividad recreativa individualizada hasta la corrección del defecto^{3,21}.

Tras la reparación quirúrgica o percutánea, los pacientes sin *shunt* residual significativo, hipertensión pulmonar, disfunción ventricular ni arritmias pueden reincorporarse progresivamente al deporte y, tras reevaluación clínica y funcional, participar sin restricciones. Durante el periodo postoperatorio temprano se recomienda limitar temporalmente la actividad intensa hasta confirmar estabilidad hemodinámica y ausencia de complicaciones^{1,2,4,18}.

La presencia de un *shunt* residual pequeño sin repercusión hemodinámica generalmente no limita la práctica deportiva, aunque requiere seguimiento clínico periódico. Por el contrario, la hipertensión pulmonar significativa o la fisiología de Eisenmenger constituyen una contraindicación para el deporte competitivo, permitiéndose únicamente actividad de muy baja intensidad bajo supervisión especializada^{16,19,20}.

Asimismo, la presencia de arritmias no controladas, dilatación ventricular significativa o disfunción sistólica obliga a restringir el ejercicio intenso y a individualizar la prescripción de actividad física según la capacidad funcional. En pacientes con anticoagulación crónica deben evitarse deportes de contacto o colisión por el riesgo hemorrágico, siendo aceptables las actividades recreativas no contactantes de bajo riesgo^{1,2,4,19,21}.

Las recomendaciones de elegibilidad deportiva en pacientes con defectos septales auriculares y ventriculares muestran una elevada concordancia entre las principales guías internacionales, incluyendo las publicadas por la American Heart Association, el American College of Cardiology y la European Society of Cardiology, así como los documentos de consenso europeos en cardiología del deporte. De forma consistente, estas guías establecen que la indicación de actividad física debe basarse fundamentalmente en la repercusión hemodinámica del defecto, la presencia de hipertensión pulmonar, la

función ventricular, la existencia de arritmias clínicamente relevantes y la situación evolutiva tras la reparación quirúrgica o percutánea^{1,3,4,16,19}. En términos generales, existe consenso en que los defectos septales pequeños sin repercusión funcional significativa permiten la participación en la mayoría de las actividades deportivas, incluyendo el deporte competitivo en casos seleccionados, mientras que la presencia de hipertensión pulmonar significativa, disfunción ventricular o arritmias no controladas justifica la restricción del ejercicio de alta intensidad debido al mayor riesgo de eventos cardiovasculares^{3,4,16,19,21}.

Aunque existen diferencias menores en la clasificación del riesgo y en el grado de especificidad de las recomendaciones entre documentos norteamericanos y europeos, el enfoque general es coincidente en cuanto a la necesidad de una evaluación individualizada basada en la integración de variables clínicas, funcionales y hemodinámicas. Este modelo de estratificación permite promover la práctica segura de actividad física, evitando restricciones innecesarias que podrían favorecer el sedentarismo y sus consecuencias cardiovasculares a largo plazo^{3,16,19}.

En el contexto europeo, documentos desarrollados por sociedades científicas españolas y grupos multidisciplinarios también destacan la importancia de una prescripción individualizada del ejercicio físico en niños con cardiopatías congénitas, subrayando el papel de la evaluación clínica periódica y la adecuada coordinación entre niveles asistenciales para optimizar la seguridad y favorecer el desarrollo integral del paciente pediátrico²²⁻²⁴.

Importancia de la elegibilidad deportiva

La evaluación de la elegibilidad deportiva en niños y adolescentes con cardiopatías congénitas constituye un componente fundamental de la práctica clínica, ya que permite equilibrar la promoción de la actividad física con la prevención de posibles eventos cardiovasculares asociados al ejercicio. Este proceso no debe centrarse exclusivamente en la identificación de contraindicaciones, sino en la

valoración integral del riesgo individual, considerando la repercusión hemodinámica de la cardiopatía, la capacidad funcional, la presencia de arritmias y la respuesta cardiovascular al esfuerzo. La **Figura 1** resume los principales componentes del proceso de evaluación deportiva.

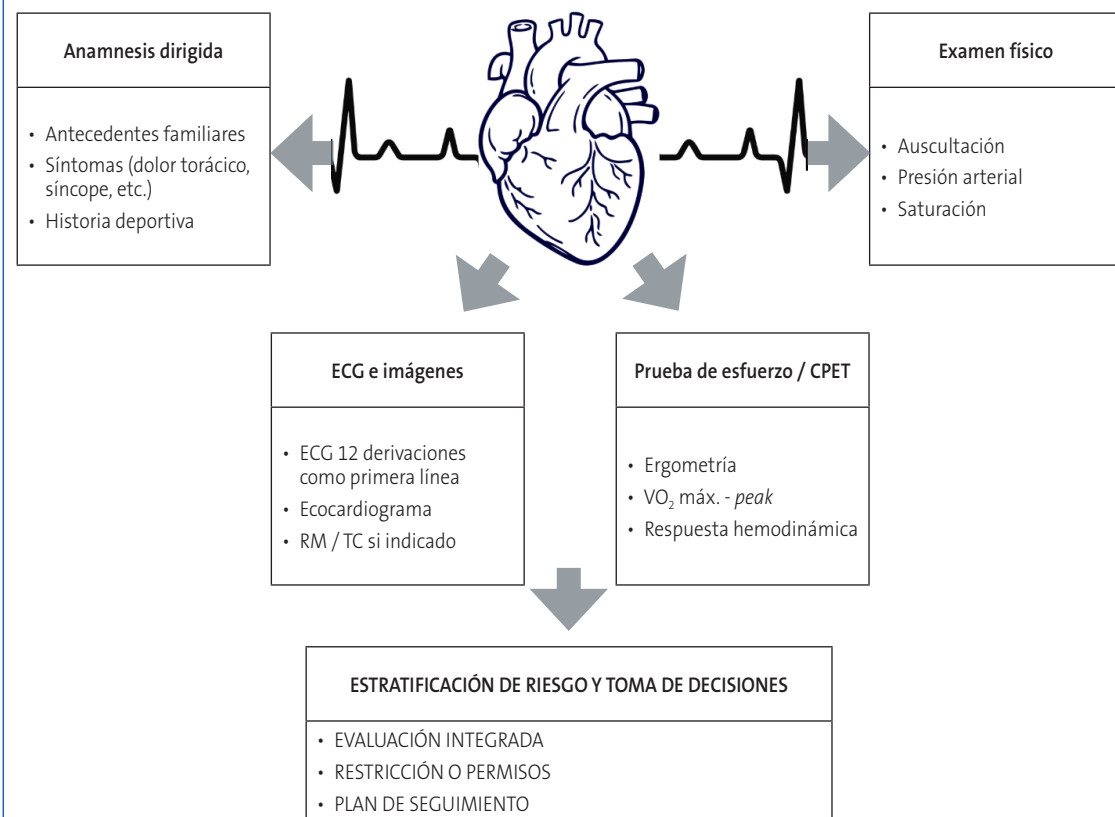
Un enfoque sistemático de elegibilidad deportiva facilita la prescripción individualizada del ejercicio, evita restricciones innecesarias que favorecen el sedentarismo y contribuye al desarrollo físico, psicológico y social del paciente pediátrico. La evaluación debe orientarse a identificar los factores clínicos relevantes que permitan una práctica deportiva segura, promoviendo hábitos saludables a largo plazo y optimizando la toma de decisiones clínicas en pacientes con cardiopatía congénita. Los principales aspectos que considerar durante este proceso se resumen en la **Tabla 1**.

CONCLUSIONES

Los defectos septales auriculares y ventriculares constituyen las cardiopatías congénitas más frecuentes en la infancia y la adolescencia y representan un motivo habitual de consulta en relación con la práctica de actividad física y deportiva. La evidencia disponible indica que la mayoría de los niños y adolescentes con DSA o DSV pequeños, sin repercusión hemodinámica significativa, pueden participar de forma segura en actividad física y deporte, incluyendo modalidades competitivas en casos seleccionados, tras una evaluación clínica adecuada.

La elegibilidad deportiva no debe basarse exclusivamente en el diagnóstico anatómico, sino en una valoración integral que contemple la magnitud del

Figura 1. Componentes fundamentales de la evaluación preparticipativa deportiva en pacientes con cardiopatía congénita



CPET: *Cardiopulmonary Exercise Testing* (prueba de esfuerzo cardiorrespiratoria o ergoespiometría); ECG: electrocardiograma; RM: resonancia magnética; TC: tomografía computarizada.

Tabla 1. Recomendaciones de elegibilidad deportiva en defectos septales auriculares y ventriculares

Situación clínica	Defecto septal auricular	Defecto septal ventricular
Defecto pequeño sin repercusión hemodinámica	Participación en todos los deportes permitida. Evitar buceo con escafandra si existe shunt residual	Participación en todos los deportes permitida si no existe sobrecarga ventricular izquierda, hipertensión pulmonar ni arritmias
Defecto reparado sin secuelas	Participación sin restricciones tras reevaluación por Cardiología Pediátrica si la función ventricular y el ritmo normales	Participación sin restricciones tras reevaluación por Cardiología Pediátrica si no existe <i>shunt</i> residual significativo, disfunción ventricular ni arritmias
<i>Shunt</i> residual pequeño sin repercusión	Generalmente no limita la práctica deportiva. Evitar buceo con escafandra	Generalmente no limita la práctica deportiva si la función ventricular es normal
Hipertensión pulmonar significativa, disfunción ventricular o arritmias no controladas	Evitar deporte competitivo de alta intensidad. Actividad física recreativa individualizada según indicación especializada	Evitar deporte competitivo de alta intensidad. Actividad física recreativa individualizada según indicación especializada
Seguimiento clínico	Reevaluación por Cardiología Pediátrica si aparecen síntomas cardiovasculares o disminución de tolerancia al ejercicio	Reevaluación por Cardiología Pediátrica si aparecen síntomas cardiovasculares o signos de progresión hemodinámica

cortocircuito, la presencia de hipertensión pulmonar, la función ventricular, la existencia de arritmias y la situación posterior a una eventual reparación. Este enfoque permite evitar restricciones innecesarias y promover estilos de vida activos con beneficios cardiovasculares y funcionales.

La evaluación preparticipativa deportiva constituye una herramienta clave para la estratificación del riesgo y la prescripción individualizada del ejercicio. La integración de la anamnesis dirigida, el examen físico y la información procedente de estudios complementarios realizados en el seguimiento por Cardiología Pediátrica, incluyendo ecocardiografía y, en casos seleccionados, pruebas de ejercicio cardiopulmonar, permite una toma de decisiones más precisa, especialmente en pacientes con defectos septales moderados, reparados o con posibles secuelas.

El pediatra de AP desempeña un papel relevante en el seguimiento clínico longitudinal, la identificación de síntomas o signos de alarma y la orientación inicial sobre la práctica de actividad física, facilitando la coordinación con Cardiología Pediátrica cuando se requiere una reevaluación especializada.

En situaciones de mayor complejidad clínica, como hipertensión pulmonar significativa, disfunción ventricular o arritmias no controladas, el deporte competitivo puede estar contraindicado y la actividad física debe individualizarse según la capacidad funcional y la recomendación especializada.

Este enfoque coordinado, basado en la estratificación individual del riesgo, permite promover la práctica segura de actividad física y favorecer el desarrollo integral de niños y adolescentes con cardiopatías congénitas.

CONFLICTO DE INTERESES

Los autores declaran no presentar conflictos de intereses en relación con la preparación y publicación de este artículo.

RESPONSABILIDAD DE LOS AUTORES

Todos los autores han contribuido de forma equivalente en la elaboración del manuscrito publicado.

ABREVIATURAS

AP: Atención Primaria • DSA: defectos septales auriculares • DSV: defectos septales ventriculares.

BIBLIOGRAFÍA

1. Zeppilli P, Biffi A, Cammarano M, Castelletti S, Cavarretta E, Cecchi F, *et al.* Italian cardiological guidelines (COCIS) for competitive sport eligibility in athletes with heart disease: update 2024. *Minerva Med.* 2024;115(5):533-64. <https://doi.org/10.23736/S0026-4806.24.09519-3>
2. Longo UG, Ahlbaumer G, Vannicelli R, Gregorace E, Ortolina D, Nicodemi G, *et al.* Italian guidelines for cardiological evaluation in competitive football players: a detailed review of COCIS protocols. *Healthcare (Basel).* 2025;13(15):1932. <https://doi.org/10.3390/healthcare13151932>
3. Kim JH, Baggish AL, Emery MS, Martinez MW, Phelan D, Kim J, *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. *Circulation.* 2025;151(11):e716-e761. <https://doi.org/10.1016/j.jacc.2024.12.025>
4. Curran T, Wong TC, Bradley EA, Zaidi AN, Gersony WM, Gurvitz MZ, *et al.* Exercise counseling in congenital heart disease: a guide for the pediatric and congenital cardiologist. *Pediatr Cardiol.* 2025;46:1-16. <https://doi.org/10.1007/s00246-025-04085-z>
5. Egger F, Serner A, Wilke CF, Grimm K, Massey A, Meyer T, *et al.* Global cardiac screening practices among youth and adult football players: the FIFA cardiac screening survey. *Br J Sports Med.* 2025;59(20):1410-17. <https://doi.org/10.1136/bjsports-2025-109949>
6. Karunanithi Z, Andersen MJ, Mellemejkær S, Alstrup M, Waziri F, Clemmensen TS, *et al.* Impaired left and right systolic ventricular capacity in corrected atrial septal defect patients. *Int J Cardiovasc Imaging.* 2022;38(6):1221-31. <https://doi.org/10.1007/s10554-021-02506-7>
7. Van Genuchten WJ, Helbing WA, Ten Harkel ADJ, Fejzic Z, Sliker MG, Bartelds B, *et al.* Exercise capacity in children with congenital heart disease. *Eur J Pediatr.* 2023;182(1):295-306. <https://doi.org/10.1007/s00431-022-04648-9>
8. Sjöberg P, Clausen H, Arheden H, Liuba P, Hedström E. Atrial septal defect closure in children at young age is beneficial for left ventricular function. *Eur Heart J Imaging Methods Pract.* 2024;2(1):qyae058. <https://doi.org/10.1093/ehjimp/qyae058>
9. Świątkiewicz I, Bednarczyk Ł, Kasprzak M, Laskowska E, Woźnicki M. Effectiveness and safety of transcatheter atrial septal defect closure in adults with systemic hypertension. *J Clin Med.* 2022;11(4):973. <https://doi.org/10.3390/jcm11040973>
10. Rao PS. Diagnosis and management of ventricular septal defects. *Rev Cardiovasc Med.* 2024;25(11):411. <https://doi.org/10.31083/j.rcm2511411>
11. Mavroudis C, Backer CL, Anderson RH. Ventricular septal defect. In: Mavroudis C, Backer CL, editors. *Pediatric cardiac surgery.* 4th ed. Hoboken: Wiley-Blackwell; 2023. p. 317-360.
12. Hill B, Grubic N, Williamson M, Phelan DM, Baggish AL, Dorian P, *et al.* Does cardiovascular preparticipation screening cause psychological distress in athletes? *Br J Sports Med.* 2023;57(3):172-178. <https://doi.org/10.1136/bjsports-2022-105918>
13. Beach CM, Lampert R. Optimizing pre-participation screening to prevent tragedy in young athletes: moving from if to how. *Eur Heart J.* 2023;44(12):1093-95. <https://doi.org/10.1093/eurheartj/ehad015>
14. Corrado D, Zorzi A, Sarto P. Pre-participation screening for safe sports activity. *Eur Heart J.* 2023;44(24):2258-59. <https://doi.org/10.1093/eurheartj/ehad288>
15. Blank ZJ, Spicer RL, Robinson JA. Preparticipation state cardiac screening forms for athletes. *Pediatrics.* 2023;151(1):e2022056798. <https://doi.org/10.1542/peds.2022-056798>
16. Takken T, Giardini A, Reybrouck T, Gewillig M, Hövels-Gürich HH, Longmuir PE, *et al.* Recommendations for physical activity, recreation sport, and exercise training in paediatric patients with congenital heart disease. *Eur J Prev Cardiol.* 2012;19(5):1034-65. <https://doi.org/10.1177/1741826711420000>
17. Ubeda Tikkanen A, Vova J, Holman I, Chrisman M, Clarkson K, Santiago R, *et al.* Core components of a rehabilitation program in pediatric cardiac disease. *Front Pediatr.* 2023;11:1104794. <https://doi.org/10.3389/fped.2023.1104794>
18. Valderrama P, Carugati R, Sardella A, Flórez S, de Carlos Back I, Fernández C, *et al.* Guía SIAC 2024 sobre rehabilitación cardiorrespiratoria en pacientes pediátricos con cardiopatías congénitas. *Rev Esp Cardiol.* 2024;77(8):680-9.
19. Shabbani K, Abdulkarim A, Budts W, Roos-Hesselink J, Müller J, Shafer K, *et al.* Participation in competitive sports by patients with congenital heart disease: comparison of AHA/ACC and EAPC/ESC recommendations. *J Am Coll Cardiol.* 2024;83(7):772-82. <https://doi.org/10.1016/j.jacc.2023.10.037>

20. Venna A, d'Udekem Y, Figueiredo S. Barriers and facilitators influencing physical activity in children with congenital heart disease: a rapid review. *BMC Public Health*. 2025;25(1):1180. <https://doi.org/10.1186/s12889-025-22152-1>
21. Shah SS, Mohanty S, Karande T, Maheshwari S, Kulkarni S, Saxena A. Guidelines for physical activity in children with heart disease. *Ann Pediatr Cardiol*. 2022;15(5-6):467-88. https://doi.org/10.4103/apc.apc_73_22
22. Sociedad Española de Cardiología Pediátrica y Cardiopatías Congénitas (SECPCC), Consejo Superior de Deportes (CSD). Guía clínica de evaluación cardiovascular previa a la práctica deportiva en pediatría. Madrid: Consejo Superior de Deportes; 2019.
23. Díaz-González I, De la Guía-Galipienso F, Carro A, Sanz-de la Garza M, Madaria Z, Serratosa I, *et al.* Cribado cardiológico preparticipativo en deportistas recreativos, competitivos y de alto nivel en diferentes grupos de edad. *REC: CardioClinics*. 2024;59(3):225-34. <https://doi.org/10.1016/j.rccl.2024.03.003>
24. Sitges M, Rincón JA, Brugada J, Matas RB, Vives MB, Cuixart DB, *et al.* Consenso para prevenir la muerte súbita cardíaca de los deportistas. *Apunts: Medicina de l'esport*. 2013;48(177):35-41.