



# Revista Española de Cardiología



## 6046-574. ¿SERÍA ÚTIL REALIZAR UN RECONOCIMIENTO CARDIOLÓGICO EN DETERMINADAS COMPETICIONES DEPORTIVAS?

Darío Sanmiguel Cervera<sup>1</sup>, Aida Mora Lastra<sup>2</sup>, Alejandro Galindo Perales<sup>2</sup>, Alberto Berenguer Jofresa<sup>1</sup>, Juan Vicente Vilar Herrero<sup>1</sup>, Eva Rúmiz González<sup>1</sup>, Amparo Valls Serral<sup>1</sup> y J. Salvador Morell Cabedo<sup>1</sup> del <sup>1</sup>Servicio de Cardiología, Consorcio Hospital General Universitario, Valencia y Consejo Asesor Científico, Federación Española de Deportes de Montaña y Escalada (FEDME) y<sup>2</sup> Organización Alcudia Veo Trail, Valencia.

### Resumen

**Introducción y objetivos:** La actividad deportiva intensa durante la participación en determinadas competiciones incrementa el riesgo muerte súbita. El objetivo principal del trabajo es valorar la utilidad de un reconocimiento cardiológico precompetición que permita identificar patologías cardíacas con potencial riesgo de muerte súbita.

**Métodos:** Realizamos protocolo preparticipación en competición deportiva (carrera a pie por montaña Alcudia de Veo Trail, 43,5 km y 6.000 m desnivel acumulado) de alta demanda cardiovascular (Clasificación Mitchell carga alta dinámica y estática). El reconocimiento cardiológico incluía anamnesis y exploración cardiovascular (check-list) y trazado electrocardiograma (ECG). Un Cardiólogo valoraba los reconocimientos, permitiendo participar directamente o recomendado la realización de otras pruebas cardiológicas, fundamentalmente ecocardiograma Doppler color (ECO) y/o ergometría de esfuerzo (EMT).

**Resultados:** 197 corredores (88% hombres, edad media  $38,5 \pm 6,8$  años ( $73\% > 35$  años)). Ex-/tabaquismo 8,2%, cardiopatía isquémica familiar 2,6%, dislipemia 2,6% e hipertensión 1%. 1 corredor soplo patológico. ECG: bradicardia sinusal 73% (bradicardia  $< 45$  lpm 9,7%), crecimiento ventricular izquierdo (VI) 34,7%, bloqueo incompleto rama derecha 15,8%, repolarización precoz 12,8% y bloqueo auriculoventricular primer grado 2,6%. 108 EMT, 1 positiva isquemia. 39 ECO: hipertrofia ligera paredes VI (grosor 11-12 mm) 13 corredores (41,9%), insuficiencia valvular mitral ligera (grado 1) 2 corredores (6,5%), insuficiencia valvular aórtica (IAo) ligera-moderada (grado 1-2) sobre válvula bicúspide 1 corredor y otro con hipertrofia significativa de paredes de VI (grosor  $> 13$  mm). Se identificó trayecto intramiocárdico (coronaria descendente anterior) tras coronariografía, siendo excluido. En 2 corredores se ampliaron estudios, permitiendo competir pero recomendándose control periódico cardiológico.

**Conclusiones:** La realización de un reconocimiento cardiológico preparticipación nos ha permitido identificar 1 caso con riesgo de muerte súbita y 2 casos que precisan un seguimiento cardiológico. Dichos hallazgos podría justificar realizar reconocimientos en determinadas competiciones deportivas, especialmente en las de alta demanda cardiovascular y asistencia médica en competición dificultosa, y sobre todo bajo la supervisión de cardiólogos.