



7011-8. PROTOCOLO DE *SCREENING* PREPARTICIPATIVO BASADO EN ECG Y ECOCARDIOGRAMA RÁPIDO DIRIGIDO A CAUSAS FRECUENTES DE MUERTE SÚBITA: EXPERIENCIA PILOTO EN DEPORTISTAS ADOLESCENTES

Óscar Fabregat Andrés¹, Mónica Ferrando Beltrán², María Pilar García González³, Santiago Pina Buded⁴, Rafael Plaza Delgado⁵, Adolfo Muñoz Macho⁵, Héctor Usó Pérez⁵ y J. Salvador Morell Cabedo² del ¹Consorcio Hospital General Universitario, Valencia/Servicio Médico del Villarreal C.F. SAD, ²Consorcio Hospital General Universitario, Valencia, ³Centro Médico ERESA, Valencia, ⁴Servicio Médico del Villarreal C.F. SAD/Hospital General de Castellón y ⁵Servicio Médico del Villarreal C.F. SAD.

Resumen

Introducción y objetivos: Las guías clínicas europeas recomiendan incluir el ECG en el reconocimiento preparticipativo de deportistas. Sin embargo, dado que algunos hallazgos del ECG pueden considerarse patológicos, frecuentemente es necesario descartar cardiopatía estructural en un segundo acto mediante ecocardiografía. Nuestro objetivo fue evaluar la utilidad de un protocolo que incluye en un mismo acto ECG y ecocardiograma rápido orientado a causas frecuentes de muerte súbita, para la valoración integral de deportistas en un programa de cribado poblacional.

Métodos: Se estudiaron deportistas federados de la provincia de Castellón entre 12 y 18 años, mediante: historia médica personal y familiar completada previamente (ítems según guías clínicas), examen físico en consulta incluyendo auscultación cardiaca, ECG de 12 derivaciones en reposo, y ecocardiograma transtorácico en reposo (con protocolo que incluye medidas de ventrículo izquierdo en paraesternal largo; tracto de salida de ventrículo derecho, válvula aórtica y *ostium* coronarios en paraesternal corto; anatomía de válvula mitral, flujos Doppler y fracción de eyección en eje 4 cámaras). Se estimó una duración de 12-14 minutos por reconocimiento [2 minutos para revisión de historia, 1 min exploración física, 4 min ECG, 5-7 min ecocardiograma].

Resultados: Se reconocieron 544 deportistas [16,7 ± 2,9 años]. La mediana por reconocimiento fue 12 minutos [9-14]. El mayor retraso se produjo en el examen de los *ostium* coronarios (no pudo asegurarse normoposición en 89 individuos, 16,3%). Se hallaron criterios ECG de hipertrofia VI en 309 deportistas (56,8%), aunque solo 166 de ellos tenía una masa ventricular > 115 g/m² (sensibilidad 0,53-especificidad 0,54). Se diagnosticó 1 caso de miocardiopatía hipertrófica, con restricción de competición deportiva. Otros hallazgos ecocardiográficos significativos fueron: aorta bicúspide en 9 deportistas, prolapso mitral con insuficiencia ligera en 4, y patrón de miocardiopatía no compactada en 2 (hipertrabeculación ventricular sin alcanzar criterios diagnósticos en otros 9).

Conclusiones: Este protocolo de *screening* en deportistas adolescentes es práctico, útil y preciso, y podría permitir descartar falsos positivos del ECG de forma rápida y segura. Su implementación en instituciones deportivas con gran número de deportistas jóvenes puede ser una alternativa para detectar causas frecuentes de muerte súbita.