



EMC en Cardiología
SUC 2023
SEMINARIO TALLER



SEMINARIO TALLER

Evaluación predeportiva:

del paciente sano
a la cardiopatía



Índice

Información General	2
Bibliografía	3
Programa	4
Casos Clínicos	5
Evaluación	17



Seminario taller
**Evaluación predeportiva: de la persona sana
al paciente con cardiopatía**

Sábado 18 de noviembre de 2023

Horario: de 08:30 a 13:45 h

NH MONTEVIDEO COLUMBIA, Sala Reconquista

Rbla. Gran Bretaña 473

PRESENCIAL & ONLINE

ORGANIZA:

Comisión de Educación Médica Continua de la SUC

Coordinadores:

Dra. Gabriela Fajardo

Dra. Mariana Olivet

Dra. Camila Ramos

Expositores y panelistas:

Dr. Alejandro Cuesta

Dr. José Picco (Argentina)

Dr. Santiago Rivoir

Dra. Ana Vanerio

Moderadores:

Dra. Ana Barbier

Dra. Ema Barcala

Dra. Flavia Hernández

Dra. Lucía Lescoumes

Dra. Mariana Noria

Dra. Mariana Olivet

Dra. Yamila Rebollo

Dr. Damián Tub

OBJETIVOS EDUCATIVOS

Fundamento

El deporte forma parte de la salud cardiovascular. Promover la actividad física y el ejercicio, así como reconocer a los pacientes con elevado riesgo de muerte súbita en el deporte es fundamental en nuestra práctica como cardiólogos.

En 2020 se publicaron las guías de práctica clínica de la Sociedad Europea de Cardiología que enfocan la realización de ejercicio físico en pacientes con enfermedad cardiovascular mayores de 35 años. En 2022 la Sociedad Uruguaya de Cardiología publicó, junto con la Sociedad Uruguaya de Pediatría, sus recomendaciones sobre la evaluación cardiovascular para la realización de ejercicio y deporte en personas menores de 35 años. Conocer las recomendaciones es fundamental para la toma individualizada de decisiones clínicas basadas en la evidencia.

La indicación de actividad física sigue siendo un problema cotidiano que lleva a restricciones innecesarias o a la solicitud de paraclínica no recomendada como parte de una práctica médica defensiva.

Esta actividad tiene un enfoque en la valoración predeportiva en policlínica, tanto de individuos sanos que concurren para realizarse un control como de pacientes con cardiopatía ya establecida que deben comenzar un plan de rehabilitación cardiovascular.

Objetivo general

Estandarizar la valoración predeportiva en la práctica cardiológica siguiendo las recomendaciones de las guías de práctica clínica.

Objetivos específicos

Al finalizar la jornada los participantes serán capaces de reconocer el riesgo cardiovascular de los pacientes según edad, comorbilidades y actividad física a la que se quieran someter, lo que permite una indicación segura y sin solicitud de paraclínica innecesaria.

POBLACIÓN OBJETIVO

Médicos cardiólogos, internistas, intensivistas, emergencistas, deportólogos, médicos de atención primaria, médicos generales.

METODOLOGÍA EDUCATIVA

El desarrollo de la jornada comprende varias etapas:

1. **Evaluación de los conocimientos previos:** mediante un test pre-jornada (10 preguntas de opciones múltiples con 4 opciones posibles, una sola de las cuales es correcta).
La misma se realizará a través de un formulario de Google que deberá ser respondido antes del comienzo de la actividad. ⁽¹⁾
2. **Miniconferencias** sobre los aspectos más relevantes del tema.
3. **Discusión de historias clínicas** dirigida por moderadores en pequeños grupos.
4. **Discusión en plenario** con el panel de expertos sobre los aportes realizados en los grupos
5. **Síntesis final**
6. **Evaluación del aprendizaje** mediante, 10 preguntas múltiple opción con 4 opciones, con una correcta. ⁽¹⁾
Evaluación de los diferentes aspectos de la jornada (local o sistema online, conferencias, moderadores, panelistas, global, etc.). ⁽¹⁾
Ambas evaluaciones se harán mediante un formulario de Google similar al de la evaluación previa

⁽¹⁾ Todos los formularios de evaluación deberán completarse, y serán condición para recibir el CERTIFICADO DE ASISTENCIA.

BIBLIOGRAFÍA RECOMENDADA

- Pelliccia A, Solberg EE, Papadakis M, Adami PE, Biffi A, Caselli S, et al. Recommendations for participation in competitive and leisure time sport in athletes with cardiomyopathies, myocarditis, and pericarditis: position statement of the Sport Cardiology Section of the European Association of Preventive Cardiology (EAPC). *Eur Heart J*. 2019;(1):19–33. <https://doi.org/10.1093/eurheartj/ehy730>
- Pelliccia A, Sharma S, Gati S, Baäck M, Boörgesson M, Caselli S, et al. Guía ESC 2020 sobre cardiología del deporte y el ejercicio en pacientes con enfermedad cardiovascular. *Rev Esp Cardiol*. 2021;74:545.e1-545.e73 doi: 10.1016/j.recesp.2020.11.026 <https://www.revespcardiol.org/es-pdf-S0300893221000750>
- Rossi S, Burdiat G, Cuesta A, Díaz O, Gambetta JC, Pinchak C, et al. Recomendaciones conjuntas sobre la evaluación cardiovascular para la realización de ejercicio y deporte en personas menores de 35 años. *Arch Pediatr Urug*. 2022;93(1):e801. <http://www.scielo.edu.uy/pdf/adp/v93n1/1688-1249-adp-93-01-e801.pdf>
- Cuesta A, Rodríguez Estula G, Giovanetti S. Deporte: modificaciones fisiológicas y evaluación para la prevención de la muerte súbita. (Parte I). *Rev Urug Cardiol*. 2020;35:227-35. <http://www.scielo.edu.uy/pdf/ruc/v35n2/1688-0420-ruc-35-02-209.pdf>
- Cuesta A, Rodríguez Estula G, Giovanetti S. Deporte, modificaciones fisiológicas y evaluación para la prevención de la muerte súbita. (Parte II). *Corazón del deportista. Rev Urug Cardiol*. 2020;35:337-45. <http://www.scielo.edu.uy/pdf/ruc/v35n3/1688-0420-ruc-35-03-173.pdf>
- Velasco JA, Cosín J, Maroto JM, Muñiz J, Casasnovas JA, Plaza I, et al. Guías de práctica clínica de la Sociedad Española de Cardiología en prevención cardiovascular y rehabilitación cardíaca. *Rev Esp Cardiol*. 2000;53:1095-1120. <https://www.revespcardiol.org/es-pdf-X0300893200108107>
- López-Jiménez F, Pérez-Terzic C, Zeballos PC, Anchique CV, Burdiat G, González K, et al. Consenso de rehabilitación cardiovascular y prevención secundaria de las Sociedades Interamericana y Sudamericana de Cardiología. *Rev Urug Cardiol*. 2013; 28:189-224. <http://www.scielo.edu.uy/pdf/ruc/v28n2/v28n2a11.pdf>
- Consenso argentino de rehabilitación cardiovascular. Sociedad Argentina de Cardiología. *Rev Argent Cardiol*. 2019;87(Supl.3). <https://www.sac.org.ar/wp-content/uploads/2019/08/consenso-87-3.pdf>
- Guías para la recomendación y prescripción de actividad física en adultos para promover la salud cardiovascular. *Rev Argent Cardiol*. 2021;89(Supl.4):1-52. <https://www.sac.org.ar/wp-content/uploads/2021/08/consenso-89-4.pdf>
- Mont L, Pelliccia A, Sharma S, Biffi A, Borjesson M, Brugada Terradellas J, et al. Pre-participation cardiovascular evaluation for athletic participants to prevent sudden death: position paper from the EHRA and the EACPR, branches of the ESC. Endorsed by APHRS, HRS, and SOLAECE. *Europace*. 2017;19(1):139–63. <https://doi.org/10.1093/europace/euw243>
- Taylor R, Fredericks S, Jones I, Neubeck L, Sanders J, De Stoutz N, et al. Global perspectives on heart disease rehabilitation and secondary prevention: a scientific statement from the Association of Cardiovascular Nursing and Allied Professions, European Association of Preventive Cardiology, and International Council of Cardiovascular Prevention and Rehabilitation. *Eur Heart J*. 2023;44(28):2515-525. <https://doi.org/10.1093/eurheartj/ehad225>

PROGRAMA

- 08:30 - 09:00 Acreditación
- 09:00 - 09:05 Introducción
Dra. Gabriela Fajardo
Dra. Camila Ramos
- 09:05 - 09:20 Miniconferencia
Todo lo que Ud. quería saber sobre el ECG previo a realizar actividad física
Dr. Alejandro Cuesta
- 09:20 - 09:35 Miniconferencia
Tipos de ejercicio físico y su beneficio cardiovascular
Dr. Santiago Rivoir
- 09:35 - 09:50 Miniconferencia
La rehabilitación en el paciente con cardiopatía. Volver a empezar
Dra. Ana Vanerio
- 09:50 - 10:05 Miniconferencia
Deporte competitivo, ¿doy el sí?
Dr. José Picco (Argentina)
- 10:05 - 11:35 **Trabajo en grupos**
- 11:35 - 12:05 **Pausa**
- 12:05 - 13:35 Reunión plenaria. **Discusión de los casos clínicos con el panel de expertos**
- 13:35 - 13:45 Conclusiones finales. **Mensajes para llevar a casa**
Dra. Gabriela Fajardo
Dra. Camila Ramos

Evaluación de lo aprendido y de la actividad.

El certificado de asistencia se enviará por e-mail, contra recepción de los formularios de evaluación

CASOS CLÍNICOS

Caso Clínico 1

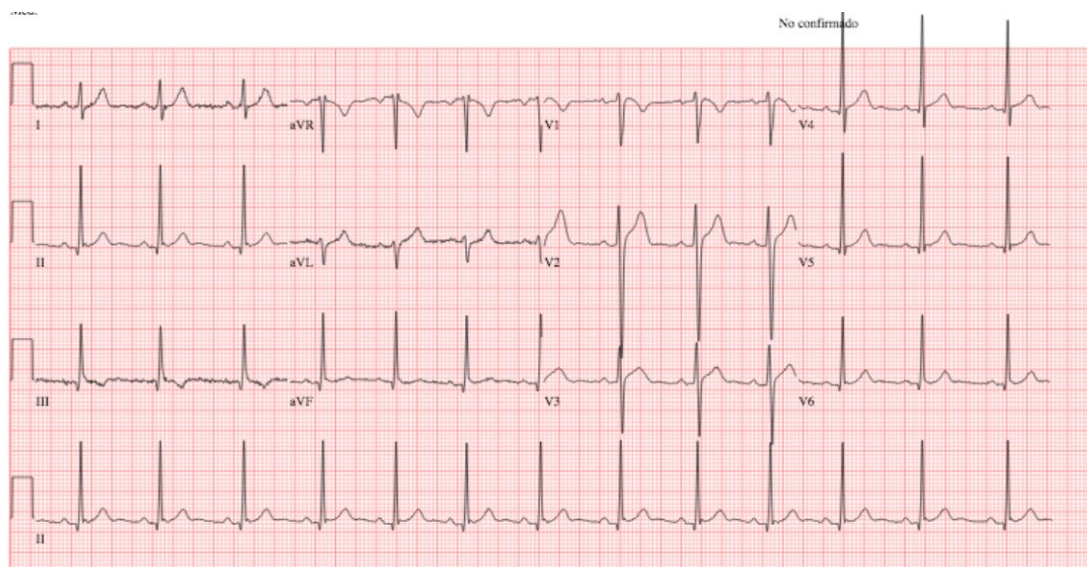
SM 20 años. Sin antecedentes personales a destacar. Profesor de educación física.

AF de madre dislipémica, padre con miocardiopatía hipertrófica apical.

Concurre a control en policlínica por antecedente familiar.

Sin síntomas de la esfera CV. Excelente clase funcional.

Examen físico: lúcido, eupneico, apirético. IMC 21. PA 115/70 mmHg. PyM normocoloreadas, bien hidratado y perfundido. CV: RR 80 cpm, R1 y R2 normales, no soplos. No IY, no RHY, no edemas de MMII. PP: MAV presente bilateral, no estertores. Resto normal.



ECG con 80 cpm, P y PR normales, EEM 60°, QRS fino, repolarización precoz inferolateral, QTc normal.

Ecocardiograma transtorácico: VI de dimensiones normales con espesor parietal normal (DDVI 42 mm, septum 9 mm, PP 9 mm). Hipertrofia de los músculos papilares (posteromedial 13x11 mm y anterolateral 14x10 mm). FEVI conservada 65%. Patrón de llenado del VI normal (relación E/e' septal 8).

Aurículas de dimensiones normales.

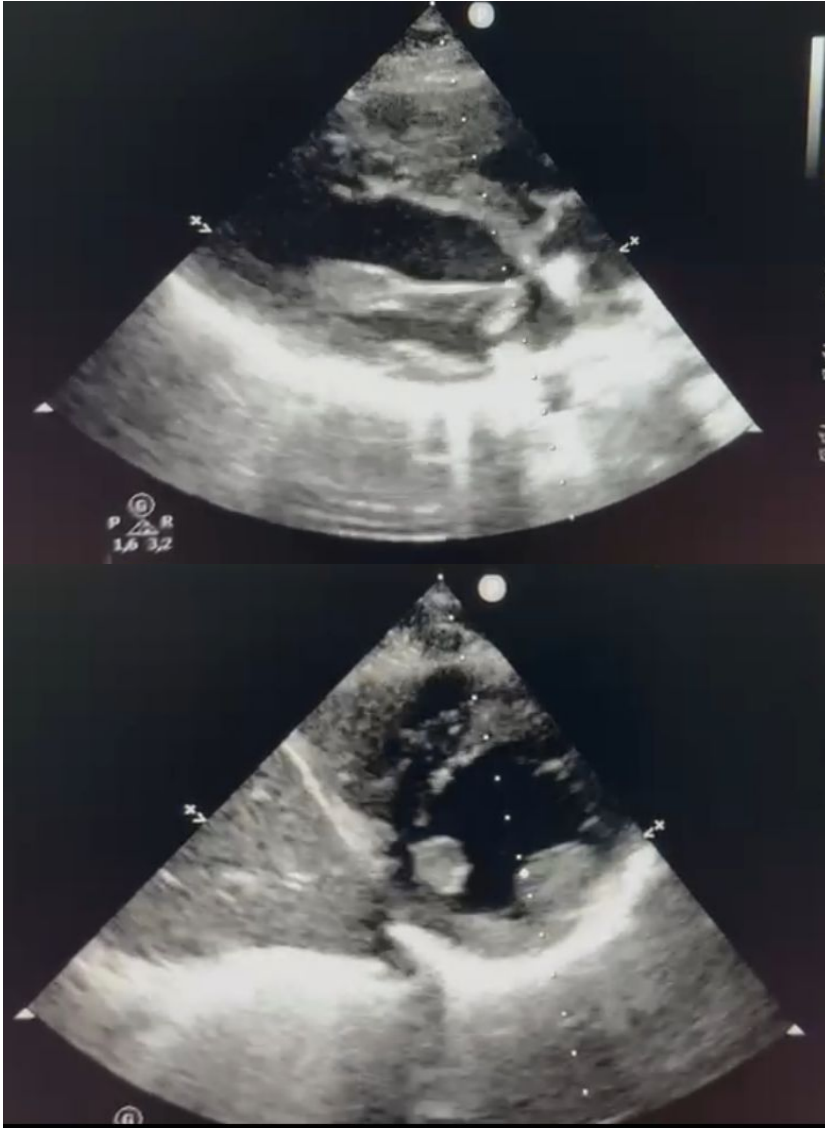
Ventrículo derecho de dimensiones normales con función conservada.

Válvulas normales.

Pericardio normal.

Raíz de aorta de dimensiones normales.

EN SUMA: Hipertrofia de los músculos papilares. FEVI conservada.



PREGUNTA 1

¿Cuál es la edad óptima para solicitar ECG en este paciente dado su antecedente familiar?

PREGUNTA 2

¿Qué valor le otorga a la repolarización precoz aislada como variante de riesgo electrocardiográfica?

PREGUNTA 3

¿Qué conducta tomaría al recibir el ecocardiograma en la policlínica?

- a. Proscribir todo tipo de actividad física.
- b. Suspender el entrenamiento y repetir el ecocardiograma.
- c. Solicitar RMC para confirmar diagnóstico y evaluar fibrosis.
- d. Seguimiento clínico y electrocardiográfico al año.

PREGUNTA 4

¿Qué consideraciones realiza respecto a la decisión sobre la práctica deportiva en este paciente sabiendo que influye en su actividad laboral?

Caso Clínico 2

SF 39 años.

HTA en tratamiento con telmisartán 40 mg al día.

3 embarazos, 3 cesáreas. En los tres presentó hipertensión arterial gestacional, en dos de ellos preeclampsia.

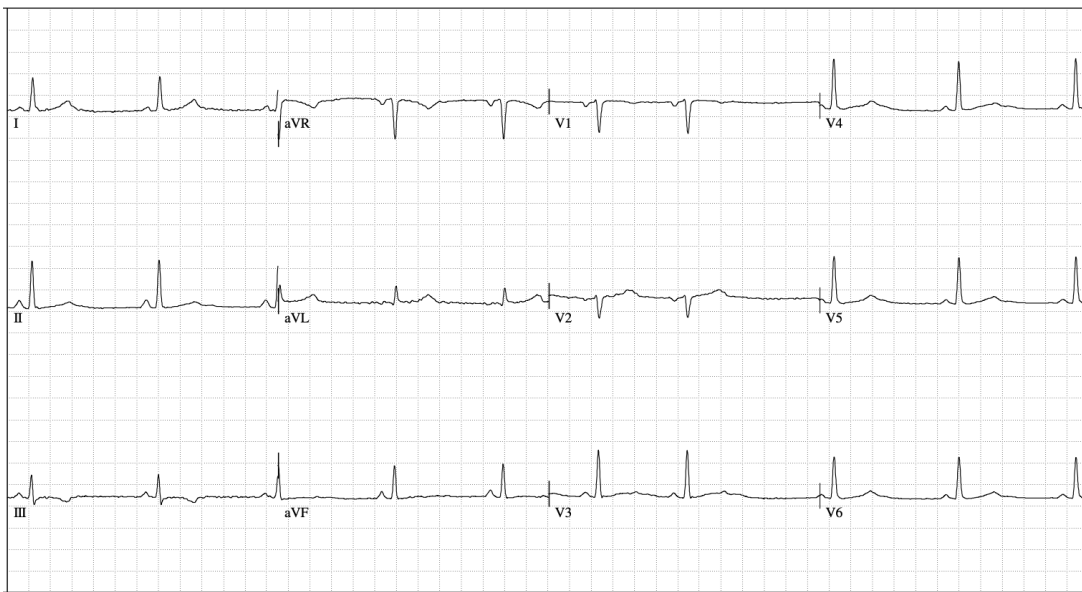
Sin otros factores de riesgo cardiovascular.

AF de madre hipertensa, padre con cardiopatía isquémica a los 47 años, abuelo materno fallecido de causa cardiovascular a los 65 años y abuela paterna con implante de MP.

Corre de forma competitiva. Entrena 6 veces por semana una hora a una hora y media con un promedio de 50 km por semana. El día previo a la consulta hizo carrera en sierras de 15 km. Asintomática en lo cardiovascular.

Examen físico: lúcida, eupneica, apirética. IMC 22. PA 135/85 mmHg. PyM normocoloreadas, bien hidratada y perfundida. CV: RR 60 cpm, R1 y R2 normales, no soplos. No IY, no RHY, no edemas de MMII. PP: MAV presente bilateral, no estertores. Resto normal.

Paraclínica de laboratorio sin alteraciones.



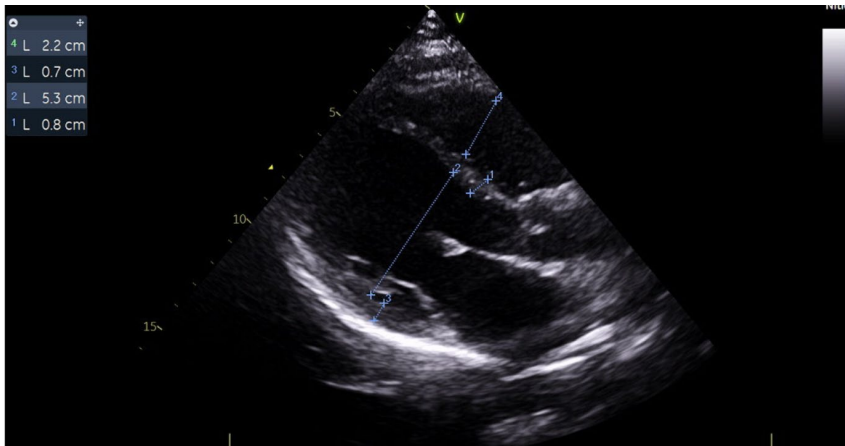
ECG con RS 60 cpm, arritmia sinusal respiratoria, P normal, PR 140 ms, EEM 50°, QRS fino, repolarización normal, QTc normal 443 ms.

PREGUNTA 1

¿Solicitaría algún estudio adicional para la valoración deportiva de esta paciente?

- Ecocardiograma.
- Resonancia magnética cardíaca.
- Ergometría.
- Monitoreo ambulatorio de presión arterial.
- No solicitaría estudios adicionales.

Ecocardiograma transtorácico: VI de dimensiones normales con espesor parietal normal. FEVI conservada 65%.



Prueba ergométrica graduada: se realizó protocolo de Bruce completando 3 etapas.

Fase	Etapas	Dur. etapa	Veloc. (km/h)	Pend. (%)	FC (lpm)	TA (mmHg)
PRE-TEST	SUPINO	01:31	0.00	0.00	86	150/90
ESFUERZO	ETAPA 1	01:56	2.70	10.00	110	170/90
	ETAPA 2	03:00	4.00	12.00	141	200/90
	ETAPA 3	03:00	5.40	14.00	164	210/90
	ETAPA 4	00:10	6.70	16.00	164	
RECUPER.		03:10	0.00	0.00	106	140/90

Conclusiones:

Prueba ergométrica suficiente, submáxima (alcanzó 90% de la FC teórica máxima para la edad) y negativa para el diagnóstico de isquemia miocárdica. Se mantuvo asintomática durante el estudio.

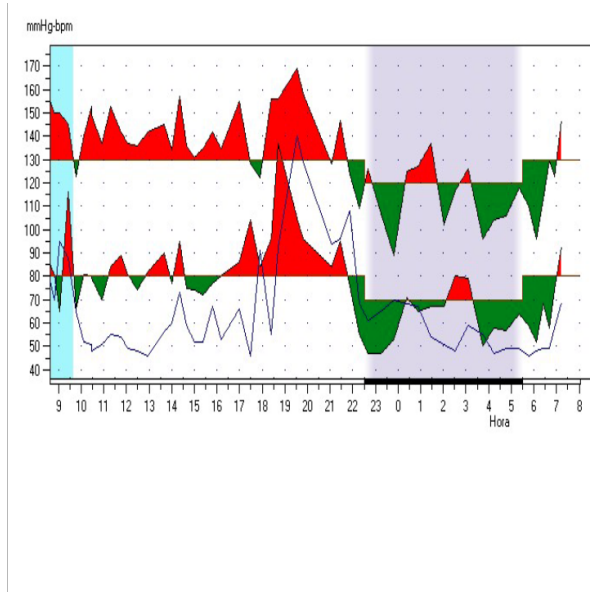
No se registraron alteraciones significativas del segmento ST. No presentó arritmias ni trastornos de la conducción.

Respuesta presora hipertensiva partiendo de HTA basal.

Recuperación de la FC al primer minuto normal.

Realizó 10 METS, clase funcional IB. Score de Duke +9 (bajo riesgo).

Monitoreo ambulatorio de presión arterial: PA promedio 132/77 mmHg. HTA sistodiastólica definida a predominio diurno leve.



En general	08:39-07:39 (23:00)			Muestras: 52
	Sis	Dia	FC	
Med. (mmHg-bpm)	132	77	65	
Dev. Están. (+/-)	18,6	17,5	21,0	
Carg TA (%)	63	44	-	
Desc. noc. (%)	17,8	24,4	-	
Periodo diurno	05:30-22:30			Muestras: 39
	Sis	Dia	FC	
Med. (mmHg-bpm)	138	82	67	
Dev. Están. (+/-)	15,7	16,4	23,3	
Carg TA (%)	72	51	-	
Periodo nocturno	22:30-05:30			Muestras: 13
	Sis	Dia	FC	
Med. (mmHg-bpm)	114	62	57	
Dev. Están. (+/-)	14,3	11,1	8,3	
Carg TA (%)	38	23	-	
Periodo Bata Blanca ¹ h (08:39-09:39)				Muestras: 4
	Sis	Dia	FC	
Max (mmHg-bpm)	155	116	95	
Med. (mmHg-bpm)	150	87	83	
Carg TA (%)	100	75	-	

PREGUNTA 2

Según los resultados de los estudios paraclínicos, ¿cambiaría su conducta respecto a la autorización para el ejercicio físico, su tipo y su intensidad?

- Ajustaría tratamiento antihipertensivo manteniendo igual actividad física.
- Proscribiría ejercicio de competición hasta adecuado control de cifras tensionales.
- Permitiría hacer ejercicio físico, pero no de competición.
- No cambiaría su conducta.

PREGUNTA 3

¿Con qué periodicidad realizaría control clínico y electrocardiográfico de esta paciente?

Caso Clínico 3

SM 72 años.

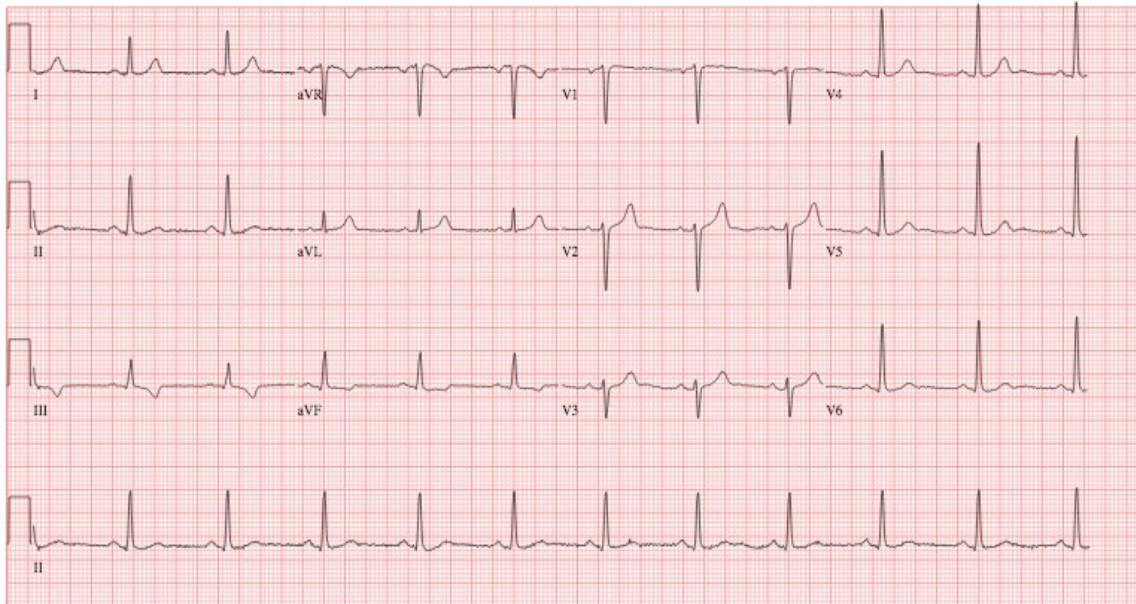
Prostatectomizado. Hipotiroideo en tratamiento con T4 100 mcg/día.

Sin otros factores de riesgo CV.

AF de padre con cardiopatía isquémica añoso, fallecido de stroke a los 91 años. Hermana dislipémica.

Concorre a policlínica para control. Asintomático en lo cardiovascular. Realiza actividad física 4 veces por semana 1 hora: natación, caminador, pesas.

Examen físico: lúcido, eupneico, apirético. IMC 23. PA 120/80 mmHg. PyM normocoloreadas, bien hidratado y perfundido. CV: RR 70 cpm, R1 y R2 normales, no soplos. No IY, no RHY, no edemas de MMII. PP: MAV presente bilateral, no estertores. Resto normal.



ECG con RS 70 cpm, P y PR normales, EEM +45°, QRS fino, alteraciones inespecíficas de la repolarización en cara inferior, QTc normal.

Ecocardiograma transtorácico: leve dilatación de raíz de aorta (41 mm). Cambios degenerativos aórticos. FEVI conservada 60%.

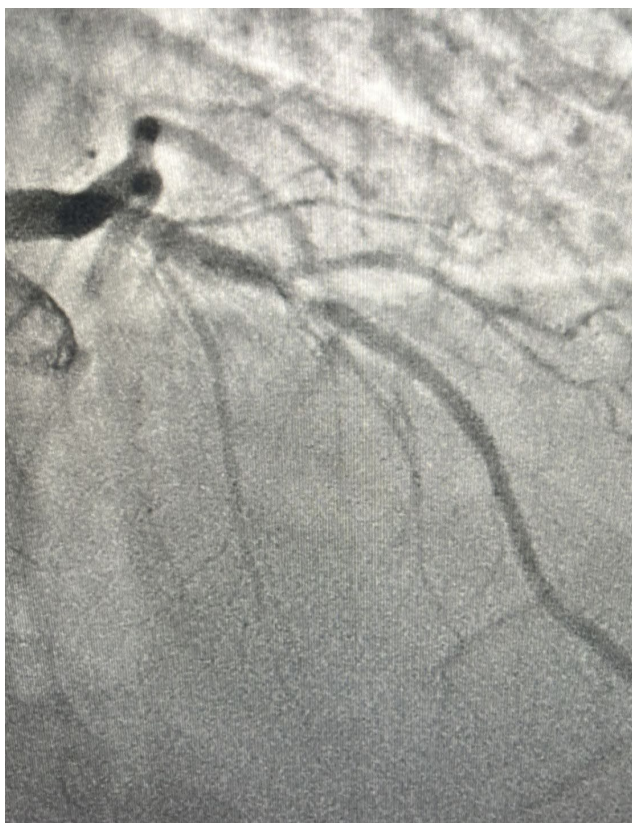
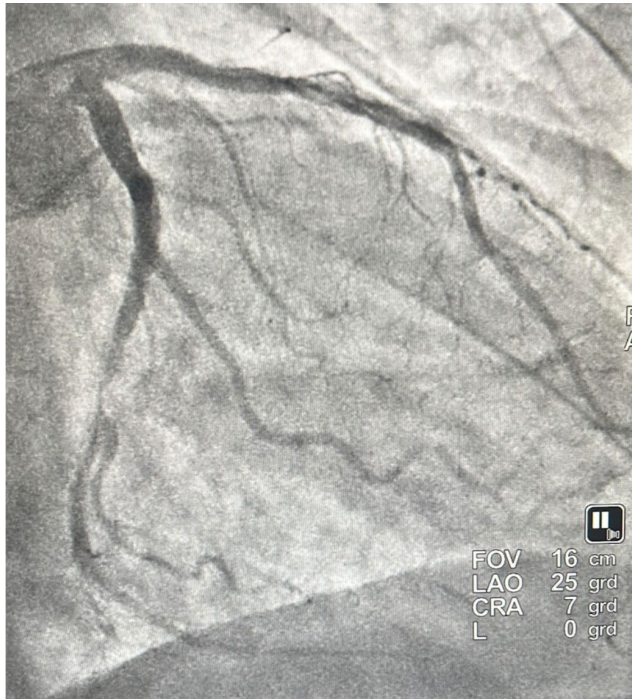
Exámenes de laboratorio: glicemia, colesterol, hemograma, función renal e ionograma normales. TSH 1.44.

PREGUNTA 1

¿Realizaría alguna evaluación adicional para que continúe su actividad física habitual? Justifique.

A los dos meses de la consulta, mientras nadaba, sufre PCR presenciado por profesores de educación física con sumersión menor a 1 minuto. Se inicia medidas de reanimación y se coloca DEA que realiza una descarga. UEM lo traslada a centro de hemodinamia.

CACG de urgencia: dominancia izquierda, estenosis severa de ADA tercio medio 90%, estenosis suboclusiva trombótica de ACx dominante distal 95%. Se realiza ATC de ADA y de ACx con DES, Xience 3,5 x 15 mm y Xience 3,5 x 33 mm respectivamente, sin complicaciones.



Ecocardiograma transtorácico post infarto con aquinesia inferior a inferolateral basal y media. FEVI levemente reducida 49%.

Se constata en el DEA que la descarga fue por FV primaria. Buena evolución clínica cardiovascular y neurológica. Se otorga alta a domicilio bajo tratamiento antiisquémico completo.

Concurre a policlínica a los 15 días del alta.

PREGUNTA 2

Con respecto a esta nueva situación clínica:

- Tiene indicación de CDI.
- No puede realizar más ejercicio físico por su elevado riesgo de muerte súbita.
- Plantea plan de rehabilitación cardiovascular.
- Comienza ejercicio físico sin más evaluación cardiovascular.

PREGUNTA 3

¿Cuándo indicaría retomar el ejercicio físico? ¿Solicitaría algún estudio previo al inicio?

Se realizó **PEG** a los 4 meses del evento que fue negativa para el diagnóstico de isquemia miocárdica con CF IB 10 METS. Comenzó un programa de rehabilitación CV por tres meses y luego continuó realizando ejercicio físico moderado, encontrándose asintomático en lo CV.

Caso Clínico 4

SM, 45 años.

Ex tabaquista intenso, abandona hace 5 años. Enolista leve. IMC 27. Sedentario. Sin antecedentes familiares de enfermedad cardiovascular.

Paciente asintomático en lo cardiovascular. Consulta en policlínica de cardiología para realizar valoración en vistas a comenzar a jugar al fútbol de forma recreativa.

Examen físico: buen estado general, bien hidratado y perfundido. CV: Ritmo regular 75 cpm, R1 y R2 normales, silencios libres, no IY ni RHY, no edemas MMII. PA 140/80 mmHg. Pulsos presentes y simétricos. PP: eupneico, MAV presente bilateralmente, sin estertores crepitantes. Resto normal.

Exámenes de laboratorio normales.

PREGUNTA 1

¿Qué riesgo CV considera que presenta este paciente?

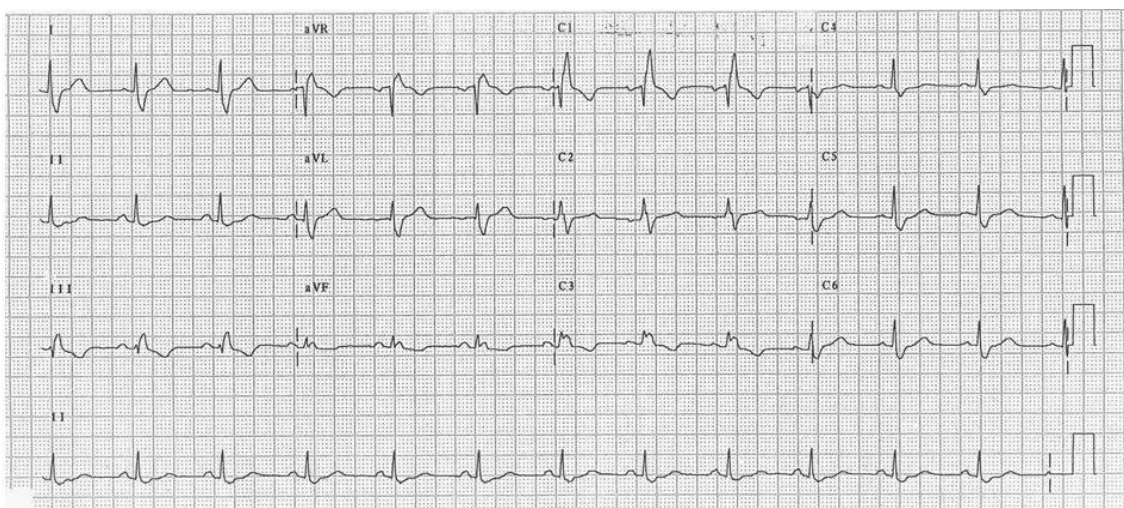
- Bajo.
- Moderado.
- Alto.
- Muy alto.

PREGUNTA 2

Indique qué estudios paraclínicos solicitaría:

- ECG.
- Ergometría.
- Ecocardiograma transtorácico.
- No indicaría estudios paraclínicos.

Concorre nuevamente a consulta con resultado del **ECG**.



PREGUNTA 3

Con el resultado de este electrocardiograma, ¿cambiaría su conducta, previo al comienzo de la actividad física?

- a. No solicitaría estudios adicionales.
- b. Solicitaría ergometría y ecocardiograma previo al inicio de ejercicio.
- c. No autoriza realización de ejercicio físico.
- d. No tiene restricciones para la actividad física recreativa.

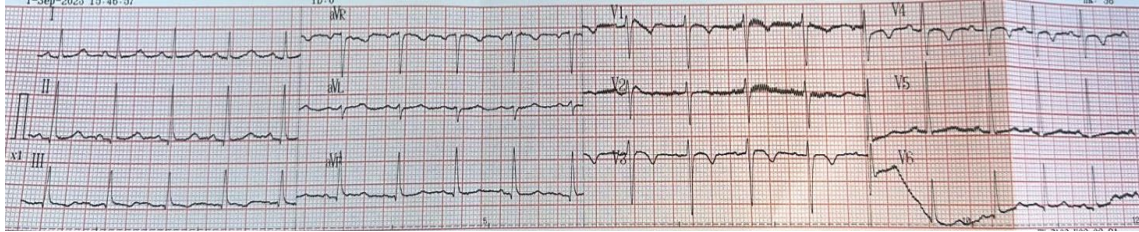
Caso Clínico 5

SF 17 años.

Sin antecedentes personales. Sin antecedentes familiares de cardiopatía.

Enviada a policlínica de cardiología por ECG patológico realizado en carné de salud del club. Asintomática en lo cardiovascular. Juega al handball de forma recreativa.

ECG:



PREGUNTA 1

Con estos hallazgos electrocardiográficos Ud.:

- Habilita la realización de ejercicio físico sin más evaluación.
- Es una variante electrocardiográfica normal para su edad.
- Solicita ecocardiograma y ergometría.
- Los considera de alto riesgo de MS por lo que proscribire ejercicio físico.

EVALUACIÓN

PREGUNTA 1

En cuanto a la evaluación predeportiva en menores de 35 años, marque la opción correcta:

- a. No es necesaria a menos que presente factores de riesgo cardiovascular.
- b. Se debe realizar ECG a todos los pacientes a partir de los 10 años.
- c. Se debería realizar cada 2 años.
- d. Sólo se solicitan estudios paraclínicos a pacientes con antecedentes familiares de cardiopatía.

PREGUNTA 2

En relación al ejercicio y muerte súbita, marque la opción correcta:

- a. El ejercicio físico puede actuar como gatillo para arritmias malignas.
- b. Es más frecuente en mujeres.
- c. En adolescentes y jóvenes el riesgo de muerte súbita es mayor en no deportistas que en deportistas.
- d. Dentro de las alteraciones electrocardiográficas, el BIRI es un elemento de alto riesgo.

PREGUNTA 3

Sobre los 14 puntos de la Asociación Americana del Corazón para la valoración predeportiva en menores de 35 años, marque la opción correcta:

- a. Consideran antecedentes personales, familiares y aspectos del examen físico.
- b. Se necesitan dos o más puntos alterados para realizar interconsulta con cardiología.
- c. Son útiles para definir de manera simple y rápida qué pacientes requieren realización de prueba ergométrica.
- d. El hallazgo de cualquier soplo en el examen físico amerita solicitud de ecocardiograma transtorácico.

PREGUNTA 4

En relación a las alteraciones en el ECG en menores de 35 años según los criterios de Sharma, marque la opción correcta:

- a. La presencia de eje desviado a izquierda y BCRD es una variante normal.
- b. La inversión de la onda T de V1-V6 se interpreta como normal.
- c. La presencia de repolarización precoz inferolateral en deportistas entrenados es una variante normal.
- d. La presencia de bradicardia sinusal y BCRI se considera una variante normal.

PREGUNTA 5

En pacientes mayores de 35 años, marque la opción correcta:

- a. Se debe solicitar ECG y PEG a todo paciente con factores de riesgo CV que quiera realizar ejercicio físico.
- b. Paciente con alto riesgo CV que quiere realizar ejercicio físico de alta intensidad y presenta ECG normal, no requiere continuar con otros estudios.
- c. Paciente de alto riesgo CV que quiera realizar actividad física de baja intensidad, y su ECG es anormal, no lleva más estudios.
- d. Independientemente de la intensidad del ejercicio, el paciente sedentario no puede realizar ejercicio físico sin previamente realizar ECG.

PREGUNTA 6

Dentro de las variantes en el ECG basal en personas que realizan actividad física, marque la opción correcta

- a. Toda bradicardia sinusal es interpretada como normal.
- b. La presencia de BAV Mobitz 1 es interpretado como anormal.
- c. La presencia de hipertrofia VI o hipertrofia VD por voltaje, se interpreta como patológico.
- d. La presencia de bradicardia sinusal y BIRD es un hallazgo normal.

PREGUNTA 7

En cuanto al inicio óptimo de la rehabilitación cardiovascular y sus etapas, marque la opción correcta:

- a. Debe iniciar cuando el paciente se encuentre completamente asintomático.
- b. Inicia a los 3 meses del alta de un evento sin necesidad de estudios previos.
- c. Incluye 3 fases donde la primera inicia durante la internación por un evento CV.
- d. Inicia al año del evento directamente en fase 2.

PREGUNTA 8

¿Cuál de las siguientes situaciones considera la principal dificultad para el acceso de pacientes a programas de rehabilitación CV?

- a. No deseo por parte del paciente.
- b. No derivación por parte del médico tratante.
- c. Persistencia de síntomas.
- d. Mayores costos en salud.

PREGUNTA 9

En la fisiología "corazón del deportista" marque la opción correcta:

- a. La magnitud de las modificaciones depende del tipo de deporte y su intensidad.
- b. La magnitud de las modificaciones dependerá del paciente y la presencia de factores de riesgo cardiovasculares.
- c. Son alteraciones parcialmente reversibles.
- d. Son alteraciones que aumentan el riesgo cardiovascular en el futuro.

PREGUNTA 10

El corazón del atleta puede parecerse fenotípicamente a estas cardiopatías excepto (marque la opción incorrecta):

- a. Miocardiopatía hipertófica
- b. Miocardiopatía dilatada
- c. Miocardiopatía infiltrativa
- d. Miocardiopatía no compactada

Sociedad Uruguaya de Cardiología

Av. Garibaldi 2593 - C.P. 11600 - Montevideo, Uruguay

Teléfono: (0598) 2480 65 67 - 2487 25 65

Whatsapp: +598 92 684 779

suc@adinet.com.uy - www.suc.org.uy

Horario: de 14 a 21 horas



Sociedad Uruguaya de Cardiología

Av. Garibaldi 2593 - C.P. 11600

Montevideo, Uruguay

Teléfono: (0598) 2480 65 67 - 2487 25 65

Whatsapp: +598 92 684 779

suc@adinet.com.uy - www.suc.org.uy

