0005 - ACTIVIDAD FÍSICA EN PERSONAS CON DIABETES MELLITUS TIPO 2 DESENTRENADAS. SECCIÓN NUTRICIÓN - DIABETES. HTAL. NACIONAL PROFESOR A. POSADAS, EL PALOMAR, BS. AS.

LODO, Eugenia | MOREL, Santiago Félix | DI FRANCESCO, Paola Andrea | TORRES GUEVARA, Marcelo | MELANO, Marta Estela | ROSSETTI, Noelia Lorena
Hospital Nacional Profesor A. Posadas

TABLA 1: DESCRIPTIVOS
* los datos fueron analizados con programa Infostat versión libre.

Datos al inicio

	Media	Mediana	Desv. típ.	Rango Mínimo	Máximo	Int.conf de media
Edad	52.9	55	14.9	55	20	75 (41,41-64,37)
Cintura abdominal basal	110.7	109	19.3	58.5	79.5	138
Pesobasal	92.3	98	22.9	65	60	125
Tiempobasal	0:21:59	0:21:10	0:01:53	0:04:50	0:20:10	0:25:00
FC basal	106	106	12	40	90	130
Vo2max basal	7	7	6	20	-5	15

TABLA 2: PRUEBA DE HIPÓTESIS. TEST DE WILCOXON

Variables	Pv	sig.
Cintura abdominal	0.0498	con nivel de confianza del 95%
Peso	0.0076	con nivel de confianza del 95%
Vo2max	0.0332	con nivel de confianza del 95%
Tiempo	0.066	con nivel de confianza del 90%
FC	0.8138	no significativo

* en este caso se pude decir que la prueba sera significativa con valores <=0,05 y solo seran significativas las que estan en verde
o bien decir que la prueba sera significativa con valores <= 0,1, en este caso verde y naranja serian significativas y solo se pondria el valor de Pv

TABLA 3: DATOS DESPUÉS DE 8 MESES

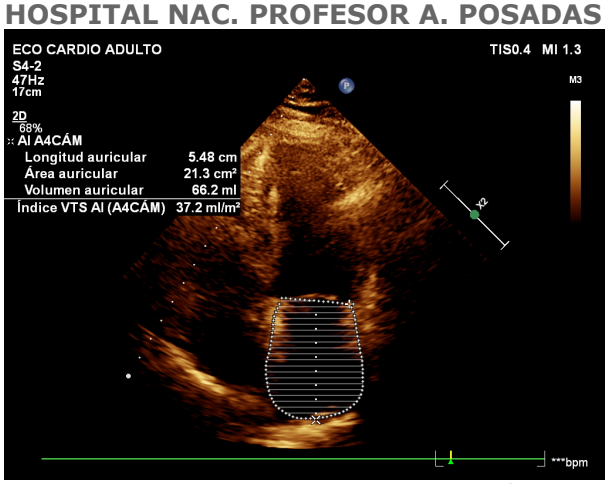
Variables	Media	Mediana	Desv. típ.	Rango	Mínimo	Máximo
Cintura abdominal 3	105.7	103	16.7	46	82	128
Peso3	88.6	90	22.1	61.8	57.2	119.0
Tiempo3	0:20:31	0:20:19	0:01:30	0:04:23	0:18:33	0:22:57
FC3	105	100	11	34	96	130
Vo2max3	14	11	11	32	0	31

*** Test de Rockport: VO2 máx. = 132.6 (0.17 x PC) - (80,39 x edad) + (6.31 x S) - (3.27 x T) - (0.156 x FC)**

Introducción: Dado el crecimiento que han experimentado en la última década las actividades físicas, en el área que nos convoca, se hace imprescindible establecer cuánto incide la actividad física en personas con DM2. El VO2 máx. conocido como potencia aeróbica, nos indica la cantidad máxima de oxígeno que nuestro organismo es capaz de captar, transportar y utilizar durante nuestra práctica y es la medida cuantitativa de la capacidad cardiorrespiratoria (litros/min o ml/kg/min)
Descripción: Establecer cuánto incide la actividad física en VO2 máx., circunferencia abdominal y peso en personas con DM2 no entrenadas. Actividad física aeróbica (1609 m) Duración: 1 hs Dos mediciones : al inicio y final del curso, con previa realización de un apto médico cardiológico y monitoreo de glucemia capilar antes y despúes del ejercicio.
Conclusión: 1.- Buena convocatoria al proceso educativo del Curso de Educación. 2.-El 25% de los participantes, la prueba fue significativa para las variables de descenso de peso, cintura abdominal y VO2 max.(Tiempo). 3.- La Prueba no fue significativo para la FC. 4.- Se cumplió con la Hipótesis y objetivo.

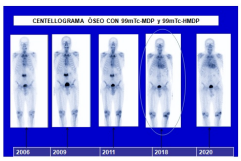
0008 - AMILOIDOSIS , UNA CAUSA OLVIDADA DE INSUFICIENCIA CARDÍACA.

COLAIACOVO, Cristian
HOSPITAL NAC. PROFESOR A. POSADAS



Introducción: La amiloidosis cardíaca por transtiretina es una causa poco reconocida de insuficiencia cardíaca en adultos mayores, resultante del depósito extracelular de una proteína mal plegada llamada transtiretina. El diagnostico se puede realizar de manera no invasiva por técnicas de medicina nuclear cuando se excluye la presencia de proteínas monoclonales en suero y orina. La formación de fibrillas de amiloide resulta de una mutación desestabilizadora en la amiloidosis por

transtiretina o a un proceso ligado al envejecimiento en la amiloidosis por transtiretina senil. Recientes estudios sugieren que la prevalencia de la enfermedad entre adultos mayores con insuficiencia cardíaca alcanza el 15%.No tratada la enfermedad tiene un pronóstico similar al de ciertos tipos de canceres y considerando el advenimiento de nuevas estrategias terapéuticas, el conocimiento de la enfermedad y su temprano reconocimiento adquiere una nueva relevancia.



Descripción: Paciente masculino de 82 años de edad con factores de riesgo: hipertensión y dislipemia, con antecedentes de enfermedad de Paget, gamapatia monoclonal de significado incierto, hipoacusia, hiperplasia prostática benigna e IAM inferior evolucionado en 2010 sin tratamiento de reperfusión. En seguimiento por cardiología por cardiopatía isquémica crónica, asintomático para ángor, al interrogatorio dirigido refiere disnea CF II. Al examen físico PA: 100/60 mmHg//FC: 90 lpm//FR: 16rpm// Temp: 36,5°C// sat: 95% al 0,21, resto del examen físico normal. En seguimiento por endocrinología por diagnóstico de enfermedad de Paget en 2006, con centellograma óseo que demuestra captación extensa e intensa a nivel de L3, realiza tratamiento con bifosfonatos endovenosos. Acude en 2018 al servicio de medicina nuclear para realizar centellograma óseo corporal total con 99mTc-HMDP para control de enfermedad de base, se constata captación patológica del radiotrazador a nivel cardíaco, siendo este un método de alta especificidad y sensibilidad, se diagnostica amiloidosis cardiaca por transtiretina. Se deriva al paciente a la división de insuficiencia cardiaca de nuestro centro. Se realiza ecocardiograma que evidencia función sistólica del ventrículo izquierdo conservada, con patrón de relajación prolongado y resonancia magnética cardíaca que mostró un VI no dilatado con aumento difuso del espesor parietal y fracción de eyección con deterioro leve, con realce tardío de gadolinio difuso con patrón subendocárdico y aumento marcado de la señal de T1 mapping y fracción de volumen extracelular incrementada, con severa dilatación biauricular y VD con fracción de eyección deprimida. El paciente se encuentra tratado con: enalapril 5 mg/día (vo)//atorvastatina 20 mg /día (vo)//ácido acetilsalicílico 100 mg/día (VO)//carvedilol 3,125 mg/ día (vo) //tamsulosina 0,4 mg/día (vo)//calcio 1 comprimido /día (vo)//vitamina D1 1 aplicación por mes.El paciente evoluciona asintomático para ángor y disnea en el último control, con un seguimiento irregular a lo largo de este año por motivos de la pandemia de covid-19.
Conclusión: La amiloidosis cardiaca por transtiretina afecta a una población creciente de los pacientes hallados en la práctica clínica diaria. Actualmente las técnicas de imágenes no invasivas ofrecen una formidable herramienta diagnostica para la detección temprana de la enfermedad. La emergencia de nuevas terapias efectivas contra esta patología seguramente se traducirán en una mejora del pronóstico de la misma, pero para que dichas terapias sean efectivas es fundamental conocer la enfermedad y pensarla entre los diagnósticos diferenciales de Insuficiencia cardíaca en adultos mayores.

0009 - ANALISIS DEL INTERVALO QT Y QTC EN EL ELECTROCARDIOGRAMA DE JOVENES DEPORTISTAS.

GORAL, Jorge Luis | BARBOSA, Osvaldo | VIZGARRA, Mercedes | MONTIVEROS, Ana Cecilia | WIERESZEN, Pamela Alejandra | CASTRO, Patricia Gladys | FORTE, Guillermina | DELGADO, Sandra | ABENANDO, Maria Jose | AVAYÚ, Daniel Hugo
CENTRO MUNICIPAL DE ATENCIÓN PRIMARIA PARA LA SALUD. CAPS Nº10
Introducción: Antecedentes: Los deportistas dado su entrenamiento, tienen bradicardia, que determina intervalos QT mayores, por ello es necesario hacer la corrección por frecuencia cardiaca y no sobreestimar e informar falsos positivos; el QTc varia también acorde a tipo de entrenamiento, intensidad, etnia y sexo Objetivo: 1) Prevalencia de intervalos de QT y QTc corregidos (QTc) en población de jóvenes deportistas informales en la Atención Primaria. 2) Prevalencia de intervalos QT y QTc en deportistas profesionales federados. 3) Comparación de ambos grupos
Descripción: Materiales y Métodos: Estudio retrospectivo del registro electrocardiográfico de 359 pacientes (p) (GT) de 8 a 16años, consecutivos, que concurrieron a cardiología infantil en Centro de Atención Primaria, para control. Del GT se obtuvo un: Grupo deportista informal (GDI) 96 (p), que realizan deportes regularmente, en clubes barriales no federados, 64.5% varones, media 11±4años, un Grupo control (GC) 263 jóvenes sanos (examen físico cardio vascular y ECG normal) no deportistas, sedentarios, varones 48.7%, media 11±1años. Ambos grupos se compararon con

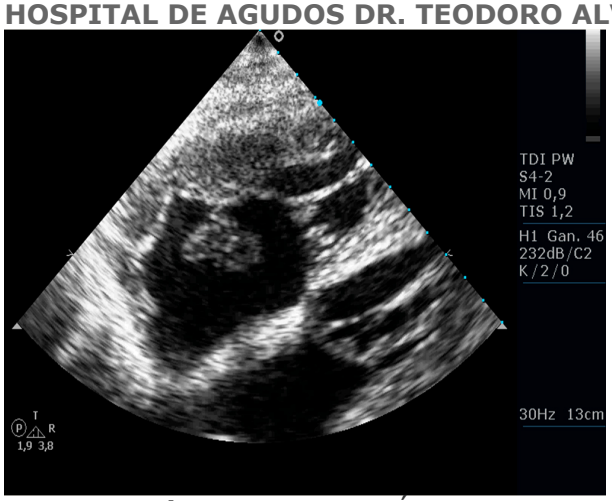
jóvenes deportistas federados: (GDF): 392p, varones: 100%, media: 12.1años. En el ECG las medidas se realizaron manualmente en derivación D II, y V5/6 (Fc. intervalos R/R, QT), posteriormente, para el QTc los valores se ajustaron a la Fc. mediante las fórmulas: Bazett (B) = (QTc=QT/Raíz cuadrada RR). Se considero QTc: normal <= 440/450 (M/F), limite: 450/460, prolongado: 460-470, largo: >=470/480mseg. Todos los (p) con RS con Fc. <100/min. El ECG fue interpretado en forma independiente por 2 cardiólogos. En discrepancias >=10 mseg hubo 3ra opinión. Se excluyeron ECG de mala calidad técnica, aquellos que consumían algún tipo de psicofármaco de riesgo posible o riesgo definido que producen prolongación del QTc o DBT1, Resultados: GC: ECG medias: Fc: 80±11/min, intervalos (mseg): RR 0.774±0.076, QT 349±57, QTc: (B): 399±44. Prevalencia de QTc (B): limite 1/263p=0.38% (451mseg); prolongado = 4/263p=1.4% (461/465mseg); largo =0%. GDI: ECG medias: Fc: 76±15/min, intervalos (mseg): RR 0.825±0.183, QT 352±57, QTc: (B): 392±20. Prevalencia de QTc (B): limite 2/96=2%, (452/452mseg); prolongado = 3/96p=3.1%, (462/463/465mseg); largo =0%. GDF: ECG medias: Fc: 65±11/min, intervalos (mseg): RR 0.953±0.162, QT 389±34, QTc: (B): 400±32. Prevalencia de QTc (B): limite =28/392p=7.1% (entre 447/456mseg); prolongado = 9/392p=2.2%: (entre 460/465 mseg); y largo 1/392=0.25% (470mseg). GC versus GDI: Edad: pNS, Fc: p<0.041, RR: p<0.006, QT: p NS, QTc (B): p<0.083. GDI versus GDF Edad: p<0.0001; Fc: p<0.0001, RR: p<0.0001, QT: p<0.0001, QTc (B): p<0.019. GC versus GDF Edad: p<0.0001, Fc: p<0.0001, RR: p<0.0001, QT: p<0.0001, QTc (B): p<0.019

Conclusión: 1) La actividad deportiva modifico, según su intensidad y tipo de entrenamiento, significativamente la Fc, el QT y el QTc, 2) No se registró QTc largo en ninguna de las series de GC/GD, si 1 (p) en GDF 3) Los mayor QTc prolongado en GDF, respecto al GC/GDI podría, además, atribuirse a la edad y Fc 4) Estos valores de QTc, se observaron, en nuestra serie, en un solo tipo de deporte (futbol), tendencia observada con otros deportes de otras series publicadas 5) El informe del QTc en esta actividad, debería ser screning para evitar arritmia graves y Muerte Subita en el deporte

0010 - COMPLICACIONES DE TUMORES CARDIACOS PRIMARIOS

AVAYÚ, Daniel Hugo | ABELLA, Adriana Beatriz | GORAL, Jorge Luis | TOMASELLA, Marcos | DZEMBROWSKI, Leonel | PALACIOS, Karina | ROCHA, David | PEIRÁN SCAGNI, Marcos Nicolás | SIEPE, Mónica | MAMANI, Silvia Beatriz

HOSPITAL DE AGUDOS DR. TEODORO ALVAREZ



Introducción: INTRODUCCIÓN: Los tumores primarios de corazón son hallazgos muy poco frecuentes durante un estudio ecocardiográfico. La prevalencia oscila entre el 0.0014 al 0.27%, cuyo diagnóstico principal eran hallazgos de autopsia, en la actualidad la observación es por ecocardiografía en tiempo real. OBJETIVOS: Ver las complicaciones que presentaron los pacientes portadores de tumores benignos y malignos y su evolución en el tiempo en una población que concurre a un hospital de CABA y su evolución alejada.

Descripción: MATERIAL Y MÉTODO: estudio retrospectivo, monocentro, observacional, evaluándose los pacientes con tumores cardíacos primarios desde 1991 hasta 2019, diagnosticándose 22 tumores cardíacos, 14 mixomas (11M, 3H), 1 fibroma (M), 3 fibroelastomas (1H,2M), 2 angiosarcoma (H), 1lipoma (H),1mesotelioma pericárdico (H). El 45% presentó síntomas RESULTADOS: El 87% fueron benignos,13% malignos, fallecidos en el lapso de un año, de los 19 tumores benignos no hubo recidivas a la fecha, 1 fallecido por sepsis y 2 pacientes no se supo evolución. La edad promedio de los mixomas fue de 51 años, de los 62 años.Los pacientes con mixoma, 5 presentaron síntomas, 2 AIT, 2 con disnea, uno con ICC,1 ACV F. papilar.Los tumores malignos, dos con TEP, taponamiento,invasión de VC inferior

Conclusión: 1)Los ptes con tumores malignos todos presentaron complicaciones acorde localización, complicaciones graves y desenlace fatal antes del año 2)Los tumores benignos

operados no recidivaron a la fecha 3)Tres pacientes con mixoma y dos F.P. tuvieron complicaciones graves previo a la cirugía 4) Los pacientes con tumores benignos el diagnóstico fue un hallazgo, y el 30% fue sintomático