

630/37. REVISIÓN DE LA EXPRESIÓN FENOTÍPICA EN MIOCARDIOPATÍA ARRITMOGÉNICA

Magdalena Carillo-Bailén¹, Francisco José Bermúdez Jiménez², Ernesto Dorado-Martín³, Ana María González-González⁴, José Javier Sánchez-Fernández⁵, Susana Martínez-Huertas⁶, Carlos Gómez-Navarro⁷, Luis Madrona-Jiménez⁸, Miriam Auxiliadora Martín-Toro⁹ y José Ángel Urbano-Moral¹

¹Unidad de Cardiología, Hospital Universitario de Jaén, Jaén.

²Unidad de Cardiología, Hospital Universitario Virgen de las Nieves, Granada. ³Unidad de Cardiología, Hospital Universitario Reina Sofía, Córdoba. ⁴Unidad de Cardiología, Hospital Universitario Regional de Málaga, Málaga. ⁵Unidad de Cardiología, Hospital Universitario Puerta del Mar, Cádiz. ⁶Unidad de Cardiología, Hospital Universitario San Cecilio, Granada. ⁷Unidad de Cardiología, Hospital Universitario Torrecárdenas, Almería.

⁸Unidad de Cardiología, Hospital Universitario Virgen Macarena, Sevilla. ⁹Unidad de Cardiología, Hospital Universitario de Puerto Real, Puerto Real, Cádiz.

Introducción y objetivos: La miocardiopatía arritmogénica (MA) engloba el desarrollo de arritmias ventriculares junto con afectación miocárdica. Es un hecho conocido que mayoritariamente afecta a ambos ventrículos. En la última década, la definición de MA ha experimentado importantes cambios. El objetivo de este estudio fue proporcionar una clasificación detallada, más allá de la conocida afectación biventricular, de los fenotipos de MA.

Métodos: Estudio multicéntrico, transversal, descriptivo de las características eléctricas, morfofuncionales y estructurales cardíacas de pacientes con MA.

Resultados: Análisis de 298 casos de MA de 201 familias: 45 ± 16 años, 68% varones, 56% probandos. Se distinguieron 2 fenotipos de MA ventricular derecha (VD), 3 biventriculares y 2 ventriculares izquierdos (VI): 1) MA VD eléctrica (n = 6; 2%): solo manifestaciones eléctricas VD; 2) MA predominante VD (n = 53; 18%): alteraciones morfofuncionales y/o estructurales del VD (± manifestaciones eléctricas VD); 3) MA biventricular predominante VD (n = 14; 5%): alteraciones morfofuncionales y/o estructurales VD (± manifestaciones eléctricas VD) y manifestaciones eléctricas VI; 4) MA biventricular (n = 144; 48%): alteraciones morfofuncionales y/o estructurales del VD y del VI (± manifestaciones eléctricas VD o VI); 5) MA biventricular predominante VI (n = 30; 10%): alteraciones morfofuncionales y/o estructurales VI (± manifestaciones eléctricas del VI) y manifestaciones eléctricas VD; 6) MA predominante VI (n = 48; 16%): alteraciones morfofuncionales y/o estructurales del VI (± manifestaciones eléctricas VI), y 7) MA VI eléctrica (n = 3; 1%): solo manifestaciones eléctricas VI.

Conclusiones: Los fenotipos de MA VD y VI muestran diferentes grados de afectación cardíaca: eléctrica y/o morfofuncional/estructural. Dentro de las mayoritarias formas biventriculares, también existen diferentes fenotipos específicos.

630/38. PUESTA EN MARCHA DE UN PROGRAMA PARA EL MANEJO AMBULATORIO DE LA INSUFICIENCIA CARDIACA (IC) EN UN HOSPITAL DE ALTA RESOLUCIÓN (HAR)

Lourdes Fernández Ávila, Begoña Rincón Arteaga, Amelia Torres Gómez, Ana López Sánchez, Margarita Ruíz Sierra, Rafael García Toro, Ernesto Chacón Moguer y Paula Fernández Correro

Hospital de Alta Resolución de Utrera, Utrera, Sevilla.

Introducción: La alta morbilidad y el incremento de la prevalencia de la IC en la población ha supuesto un amplio desarrollo de unidades de IC con un abordaje multidisciplinar.

El objetivo fue evaluar la eficacia del programa Manejo Ambulatorio Integral de la IC (MAIC), implantado en un HAR.

Métodos: En marzo de 2020 se inicia el programa MAIC y es en 2021 cuando se desarrolla plenamente. Inicialmente se realiza una visita conjunta entre cardiología y enfermería, donde se definen los objetivos terapéuticos que debe alcanzar cada paciente. El seguimiento se realizará como mínimo durante 1 año junto con enfermería alternando sesiones educativas presenciales y no presenciales, programadas y a demanda.

Resultados: Inclusión de 46 pacientes. El 62,30% fueron hombres, con una edad media de 73 años. El 47,82% tenían NYHA II y el 30,43% NYHA III; un 32,60% presentaba FEVI menor del 40%. Durante el seguimiento hubo 3 fallecimientos (muerte súbita, COVID y neumonía) y el 13,04% se derivaron para ingreso hospitalario en hospital de referencia (HUVR); en el año previo, los ingresos hospitalarios fueron del 28,26% consiguiéndose, por tanto, una reducción del 50%. Un 17,39% necesitaron ser derivados al hospital de día para estabilización del paciente, de los cuales un 4,34% tuvieron que ser derivados para ingreso en hospital de referencia.

Conclusiones: La implantación del programa MAIC entre cardiología y enfermería en un HAR ha supuesto una reducción significativa de los ingresos hospitalarios y del coste sanitario derivado de ello. La intervención enfermera ha permitido mejorar la calidad de vida de nuestros pacientes.

630/39. EXPERIENCIA INICIAL DE LA PUESTA EN MARCHA DE UNA UNIDAD CARDIORRENAL

Pedro Agustín Pajaro Merino¹, Raúl López Aguilar¹, José Ignacio Morgado García de Polavieja¹, José Andrés Del Valle Montero¹, Fernando Fernández Girón², Irene Díaz Díez², Sonia Cruz Muñoz² y Antonio Enrique Gómez Menchero¹

¹Unidad de Cardiología, Hospital Universitario Juan Ramón Jiménez, Huelva. ²Unidad de Nefrología, Hospital Universitario Juan Ramón Jiménez, Huelva.

Introducción y objetivos: La enfermedad renal crónica (ERC) es una comorbilidad frecuente en pacientes con insuficiencia cardíaca (IC), con limitación en el manejo terapéutico y asociada a peor pronóstico. Por ello están surgiendo unidades cardiorrenales (UCR), para ofrecer mejor atención a estos pacientes.

Métodos: Análisis descriptivo de la población inicial valorada presencialmente por nuestra UCR (cardiólogo y nefrólogo en visita conjunta), entre octubre de 2021-febrero de 2022.

Resultados: Se incluyó a 37 pacientes, edad media 70,2 años, el 73% hombres, el 86,5% HTA, el 62,2% diabéticos. ERC en el 100% de casos, 48,6% G3b, 37,8% G4 y 10,8% G5; 8,1% en hemodiálisis. FEVI media 35 ± 8,8%, siendo la etiología isquémica en el 72,2%, clase funcional II un 64,9%, dispositivos implantados previamente un 45,9%. Año previo, el 22,4% visitas a urgencias sin ingreso y el 27,8% habían ingresado. Basalmente media pro-BNP 5.691 ± 6.693 pg/ml, Cr 2,53 ± 0,85 mg/dl, FGe 29,76 ± 9,79 ml/min, el 10,8% de pacientes con K elevado (≥5,6 mEq/l). Respecto al tratamiento basal, tenían optimizado IECA/ARAI/ARNI el 60%, betabloqueantes el 87,9%, ARM el 21,6%, iSGLT2 el 21,6%. En el seguimiento (media de 87 ± 45 días) 2 fallecimientos (uno por IC, otro oncológico), sin casos de ERC terminal a 3 meses, 100% K normalizado, optimizados respecto a su tratamiento: IECA/ARAI/ARNI el 85,7%, betabloqueantes el 89,5%, iSGLT2 el 52,2%. No se ha desprescrito ningún fármaco pronóstico por otra especialidad. Dos pacientes han sido planteados para diálisis peritoneal como tratamiento de la IC refractaria.

Conclusiones: En nuestra experiencia inicial, el abordaje clínico integral de ERC e IC valorados en UCR consigue alcanzar