co en estos pacientes. Nuestro objetivo es el estudio pronóstico de la mejora de FEVI tras TAVI y los factores asociados a ello.

Métodos: Estudio analítico observacional de pacientes sometidos a TAVI entre 2010 y 2019 divididos en 2 grupos, en función de si presentaron o no mejoría de la FEVI durante el primer año de seguimiento. Se analizó la incidencia de eventos según las definiciones VARC-2.

Resultados: Se analizaron 223 pacientes. En el análisis univariante, los factores asociados a mejora de la FEVI tras el procedimiento fueron: diabetes, cardiopatía isquémica, BRIHH basal, IM moderada-severa y puntuaciones elevadas en el STS score y en el índice de Charlson. Por el contrario, el sexo femenino, la cirrosis, el síndrome anémico previo y la presencia de BRIHH tras el implante fueron más frecuentes en el grupo que no mejoría. En el análisis multivariante, el factor predictor de mejora de función ventricular fue la FEVI basal disminuida (OR: 87; IC95%, 0,84-0,91; $p > 0,0001$), mientras que el BRIHH post-TAVI fue predictor de ausencia de mejoría (OR: 4,25; IC95%, 1,18-15,31; $p = 0,027$). No obstante, ambos grupos presentaron una incidencia similar de complicaciones vasculares, femorales, hemorragias e implante de marcapasos, con similares tasas tanto de reingreso como de mortalidad al año.

Conclusiones: El factor predictor de mejoría de función ventricular fue la FEVI basal disminuida. El BRIHH post-TAVI fue, sin embargo, un predictor de ausencia de mejoría de esta.

494/21. DIABETES MELLITUS EN PLANTA DE CARDIOLOGÍA: NUEVOS RETOS PARA EL CLÍNICO

Miguel Ángel Montilla Garrido, Carmen Lluch Requerey, Jessica Roa Garrido y José Francisco Díaz Fernández

Unidad de Cardiología, Hospital Universitario Juan Ramón Jiménez, Huelva.

Introducción y objetivos: La diabetes mellitus es un problema de salud global. Los pacientes diabéticos presentan un riesgo de desarrollar enfermedad cardiovascular de 2 a 4 veces superior al de la población general. La evidencia científica actual ha demostrado el beneficio cardiovascular de los iSGLT2/aGLP1. Por ello es de suma importancia realizar un análisis de los pacientes diabéticos sin dicho tratamiento ingresados en la planta de cardiología de nuestro centro, para poder realizar una posterior optimización terapéutica y control de factores de riesgo cardiovascular (FRCV).

Métodos: Se realiza un análisis descriptivo en el que se seleccionaron durante 3 meses (enero-marzo de 2020) pacientes con diagnóstico previo de DM2 ingresados en planta de cardiología. Del total de pacientes ($n = 69$), se analizaron motivo de ingreso, perfil lipídico, función renal, función ventricular y hemoglobina glucosilada.

Resultados: De los 69 pacientes analizados, la edad media fue $72 \pm 9,6$ años. Un 32% ($n = 22$) ingresó por insuficiencia cardíaca, un 43% ($n = 30$) ingresó por cardiopatía isquémica y un 25% ($n = 17$) por otras causas. El 89,9% eran hipertensos, el 55% eran fumadores activos/exfumadores. El 45,5% ($n = 31$) estaba insulinizado previamente. La fracción de eyección media del ventrículo izquierdo fue $51,9 \pm 11,9\%$. Se objetivó un filtrado glomerular medio de $59,7 \pm 33$ ml/min/1,73 m². Los niveles medios de hemoglobina glucosilada fueron del $7,26 \pm 1,19\%$.

Conclusiones: Los pacientes diabéticos ingresados en planta de cardiología presentan un control glucémico óptimo, sin embargo, han presentado eventos cardiovasculares con necesidad de hospitalización. El inicio de iSGLT2/aGLP1 en estos pacientes podría ser una opción terapéutica, con el objetivo de reducir hospitalizaciones y eventos cardiovasculares mayores.

494/22. CALIDAD DE VIDA EN INSUFICIENCIA CARDIACA Y FEVI REDUCIDA, ¿CÓMO DEBEMOS MEDIRLA?

José Ignacio Morgado García de Polavieja¹, Álvaro López-Masjuán Ríos¹, Adrian Rodríguez Albarrán¹, José Francisco Díaz Fernández¹ y Antonio León Justel²

¹Unidad de Cardiología, Hospital Universitario Juan Ramón Jiménez, Huelva. ²Unidad de Bioquímica clínica, Hospital Universitario Virgen Macarena, Sevilla.

Introducción y objetivos: El concepto de resultados relacionados con la salud como criterio de valoración principal de la intervención terapéutica en enfermedades crónicas, como la insuficiencia cardíaca (IC), debería ser clave. A pesar de ello, no está estandarizado.

Métodos: Estudio prospectivo en IC con fracción de eyección reducida (IC-Fer). El objetivo principal era evaluar el impacto en los resultados relacionados con la salud del paciente. Fueron seguidos de forma prospectiva durante 12 meses, 105 pacientes consecutivos ingresados por episodio de IC aguda.

Resultados: Los pacientes experimentaron mejoras tempranas y sólidas en los resultados relacionados con la calidad de vida relacionada con la salud (CVRS) en la mayoría de los dominios, y persistieron a los 12 meses. A los 6 meses, mejora significativa en la CVRS del $18,2\%$ ($76,5 \pm 22,4$ a $95,0 \pm 15,7$; $p < 0,001$) y $14,4\%$ a los 12 meses ($76,5 \pm 22,4$ a $96,3 \pm 15,9$; $p < 0,001$). Las mayores mejoras se encontraron en el dominio de gravedad de los síntomas, donde los pacientes informaron una mejora del $22,6\%$ después de 6 meses y del $18,9\%$ después de 12 meses ($p < 0,001$). Las puntuaciones más bajas se informaron en el dominio físico, con un aumento del $11,0$ y el $4,3\%$ después de 6 meses y 12 meses ($p = 0,089$). El dominio psicosocial y la capacidad para realizar las actividades de la vida normal también mostraron una mejora.

Conclusiones: En nuestra cohorte se aprecia una gran mejoría de la CVRS tras el alta hospitalaria por IC aguda mantenida a los 12 meses, y presentamos un posible estándar para aplicar en nuestra práctica clínica.

494/23. POTENCIALES AHORROS EN INSUFICIENCIA CARDIACA EN ESPAÑA MEDIANTE UN PROGRAMA DE ATENCIÓN PERSONALIZADA.

José Ignacio Morgado García de Polavieja¹, Francisco José Caro Fernández¹, Pedro Agustín Pajaro Merino¹, José Francisco Díaz Fernández¹ y Antonio León Justel²

¹Unidad de Cardiología, Hospital Universitario Juan Ramón Jiménez, Huelva. ²Unidad de Bioquímica Clínica, Hospital Universitario Virgen Macarena, Sevilla.

Introducción y objetivos: La insuficiencia cardíaca (IC) afecta a más de 26 millones de personas en el mundo, con un coste estimado mayor a 100 billones de dólares anuales. Nuestro objetivo es evaluar un seguimiento personalizado en IC e intentar extrapolar nuestros resultados a la población española mediante una simulación.

Métodos: Estudio clínico antes-después con 192 pacientes afectados de IC con FEVI reducida. Se estratificaron en 3 grupos de riesgo mediante la calculadora BCN BioHF, llevando a cabo un seguimiento protocolizado según el grupo de riesgo, midiendo reingresos y visitas a urgencias. Los costes se calcularon mediante el sistema GDR (Grupos Relacionados por el Diagnóstico). Se han realizado cálculos utilizando tasas ajustadas para 1.000 pacientes-año. Para evaluar el impacto presupuestario, simulamos 3 escenarios diferentes (se producen 80.000 ingresos hospitalarios por IC anuales en España).

Resultados: Se logró una reducción del 37% de los ingresos por IC y del 72% de las visitas a urgencias. En nuestra cohorte

obtuvimos una reducción de 753.413 € por 1.000 pacientes-año en 12 meses. El impacto presupuestario podría situarse entre -56.322.308 € (IC95%, -91.332.342 a -21.906.326), en el mejor de los casos, y -28.161.154 € (IC95%, -45.666.171 a -10.953.163), en el peor.

Conclusiones: Aplicando un modelo de riesgo estratificado en IC y realizando un seguimiento personalizado en función de este riesgo, se pueden conseguir grandes beneficios en términos sanitarios y económicos. Al extrapolar los resultados de nuestra cohorte a la población española, se podrían obtener beneficios de entre 28.161.154 y 56.322.308 €. Resulta fundamental señalar que estos resultados son mediante una simulación y deberían corroborarse mediante otro tipo de estudio.

494/25. CARACTERÍSTICAS ELECTROCARDIOGRÁFICAS Y TRASTORNOS DEL RITMO DIFERENCIALES EN UNA POBLACIÓN CON UNA INFRECUENTE FENOCOPIA DE MIOCARDIOPATÍA HIPERTRÓFICA. SÍNDROME PRKAG2

Carlos Federico Gómez Navarro, Fabiola Nicolás Cañadas, Elvira Carrión Ríos, José Antonio Aparicio Gómez y José Gregorio Soto Rojas

Unidad de Cardiología, Hospital Universitario Torrecárdenas, Almería.

Introducción y objetivos: La miocardiopatía hipertrófica (MCH) es la cardiopatía familiar más frecuente. Su origen está en mutaciones de proteínas del sarcómero. Un 5% de MCH se debe a defectos genéticos raros incluidas metabolopatías hereditarias, como la glucogenosis por mutaciones del gen que codifica la subunidad $\gamma 2$ de la proteincinasa activada por adenosina monofosfato (PRKAG2) (SP2). El SP2 es una "fenocopia" con similitudes ecocardiográficas con MCH, pero con rasgos diferenciales. Los datos clínicos de pacientes SP2 son escasos por haber pocas series de casos publicados en la literatura mundial. El objetivo es analizar características electrocardiográficas y trastornos del ritmo en pacientes con SP2, comparada con una población MCH no obstructiva sarcomérica.

Métodos: Estudio observacional descriptivo de cohortes de la consulta de cardiopatías familiares de nuestro centro, comparando 7 individuos con SP2 frente a 9 pacientes con MCH con similar grosor ventricular. Analizamos características electrocardiográficas y complicaciones arrítmicas.

Resultados: La edad media fue menor en la cohorte SP2, 41,4 frente a MCH, 57,6 años. Grosor máximo similar: SP2, 17,4 frente a MCH, 17,6 mm. Preexcitación presente ECG: SP2, 4p (57%) frente a MCH, 0. Anchura media QRS: SP2, 130,7 frente a MCH, 105,1 ms. BRIHH: SP2, 3 (42%) frente a MCH, 1 (11%). Disfunción sinusal: 4 (57%) frente a 1 (11%). Implante marcapasos/DAI: SP2, 3MP/1 DAI. MCH: 0 MP/1 DAI.

Conclusiones: Los pacientes con SP2 presentan rasgos diferenciales, con mayor presencia de trastornos ECG y complicaciones arrítmicas, respecto a una población de similar grosor ventricular con MCH.

494/26. RESULTADOS INICIALES DE UN PROGRAMA DE TELE-REHABILITACIÓN CARDIACA

María del Mar Martínez Quesada¹, Laura Prieto Valiente², María José López Marco², Yolanda López Gutiérrez³ y Rafael J. Hidalgo Urbano¹

¹Unidad de Cardiología, Hospital Universitario Virgen Macarena, Sevilla. ²Hospital Universitario Virgen Macarena, Sevilla. ³Servicio de Medicina Física y Rehabilitación, Hospital Universitario Virgen Macarena, Sevilla.

Introducción y objetivos: La pandemia ha obligado a modificar la atención a los pacientes cardíacos. Diseñamos un programa de rehabilitación cardíaca domiciliar supervisada telemáticamente.

Métodos: Incluimos a 49 pacientes que realizaron el programa de tele-rehabilitación cardíaca y los comparamos con una cohorte histórica de pacientes rehabilitados en nuestra unidad. El programa consistía en hacer un seguimiento telefónico semanal del paciente, y entrenamiento en vivo por videoconferencia en los últimos.

Resultados: Se analizan 559 pacientes. Varones el 88%, con edad media de 57 $\pm$ 8 años, diabéticos el 25% y fumadores el 57%. La patología cardíaca predominante fue un síndrome coronario agudo reciente (86%). En cuanto a las características basales, no se encontraron diferencias significativas en la distribución por sexo, presencia de diabetes, proporción de fumadores o la edad. En cuanto a los resultados del programa, encontramos proporción similar de pacientes que tenían las cifras de cLDL < 70 mg/dl y de 55 mg/dl y control adecuado de la DM. Tan solo las cifras de PA estaban peor controladas en el grupo telemático. Tampoco se encontraron diferencias significativas en el incremento en la capacidad funcional en la prueba de esfuerzo, en la pérdida de peso ni en la mejoría en el cuestionario de calidad de vida SF36. No hubo abandonos del programa en el grupo telemático ni se registraron complicaciones durante los entrenamientos.

Conclusiones: La realización del programa de rehabilitación cardíaca "a distancia" es segura, factible y consigue resultados equivalentes al del programa presencial. El control de la PA debe intensificarse en estos pacientes.

494/27. PREDICTORES RELACIONADOS CON LA TITULACIÓN DE ARNI EN PACIENTES ATENDIDOS EN UNA UNIDAD ESPECIALIZADA DE INSUFICIENCIA CARDIACA

Arancha Díaz Expósito¹, Concepción Cruzado Álvarez², Alejandro Isidoro Pérez Cabeza¹, Ainhoa Robles Mézcua¹, Manuel Luna Morales¹, José David Martínez Carmona¹, Luis Morcillo Hidalgo¹, Clara Jiménez Rubio¹, Juan José Gómez Doblaz¹ y José Manuel García Pinilla¹

¹Unidad de Cardiología, Hospital Universitario Virgen de la Victoria, Málaga. ²Hospital Universitario Virgen de la Victoria, Málaga.

Introducción y objetivos: Sacubitrilo-valsartán (ARNI) reduce los ingresos por IC y muerte por cualquier causa en pacientes con FEVI deprimida. Analizamos las características de los pacientes que no toleran dosis medias o máximas.

Métodos: Se incluyen pacientes con IC y FEVI < 40% atendidos desde enero de 2017 hasta diciembre de 2020. Se realiza un análisis univariado (chi-cuadrado para variables cualitativas y U de Mann-Whitney para cuantitativas), así como una regresión logística binaria.

Resultados: Se atendió a 717 pacientes (74,2% hombres), con una edad media de 66 $\pm$ 12,3 y nivel basal de NT-proBNP de 3.542 $\pm$ 6.199,3. De los 715 pacientes que completaron el seguimiento, 420 recibieron ARNI (58,7%). 157 pacientes (22,6%) recibían dosis bajas, 132 (18,9%) dosis intermedias, 131 (18,8%) dosis máxima. Los factores asociados a no recibir dosis medias o máxima de ARNI fueron: titulación en abril/octubre (el 66,7 frente al 58,7%; p = 0,034), insuficiencia renal (el 71 frente al 58,7%; p = 0,019), ferropenia (el 57,5 frente al 67,6%; p = 0,006), edad (p = 0,01), IMC (p = 0,001), y valores de NT-proBNP (p < 0,004). La insuficiencia renal se comportó como un predictor independiente de no recibir dosis medias o máxima (OR: 2,39; IC95%, 1,01-5,7; p = 0,048).