

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).