



4020-5. ESTRATIFICACIÓN PRONÓSTICA AL DIAGNÓSTICO DE LOS PACIENTES CON HIPERTENSIÓN PULMONAR EN ESPAÑA. ¿SEGUIMOS LAS RECOMENDACIONES TERAPÉUTICAS?

Águeda Aurtenetxe Pérez¹, Pedro Caravaca Pérez¹, Manuel López Meseguer², E. Sala³, Joaquín Rueda Soriano⁴, S. Alcolea⁵, P. Álvarez Vega⁶, J. Ortiz de Saracho⁷, Paula Martínez Santos⁸, F.J. García Hernández⁹, Carlos Andrés Quezada Loaiza¹⁰, J. Jiménez Arjona¹¹, Joan Gil Carbonell¹² e Isabel Blanco¹³, del ¹Hospital Universitario 12 de Octubre, Madrid, ²Hospital Universitario Vall d'Hebron, Barcelona, ³Hospital Son Espases, Palma de Mallorca (Illes Balears), ⁴Hospital Universitario La Fe, Valencia, ⁵Hospital Universitario La Paz, Madrid, ⁶Complejo Asistencial Universitario de Salamanca, Salamanca, ⁷Hospital del Bierzo, Ponferrada León, ⁸Hospital Clínico San Carlos, Madrid, ⁹Hospital Universitario Virgen del Rocío, Sevilla, ¹⁰Hospital Universitario Ramón y Cajal, Madrid, ¹¹Hospital de Jerez, Jerez de la Frontera (Cádiz), ¹²Hospital General Universitario de Alicante, Alicante y ¹³Hospital Clínic, Barcelona.

Resumen

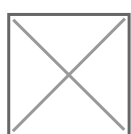
Introducción y objetivos: La estratificación de riesgo multiparamétrica que proponen las guías europeas de Cardiología y Neumología define la situación de riesgo bajo, intermedio o alto en los pacientes con hipertensión arterial pulmonar (HAP). El objetivo de este estudio ha sido determinar si la utilización de los fármacos para HAP corresponde a lo recomendado en las guías clínicas.

Métodos: Estudio prospectivo de pacientes incidentes HAP grupo 1 diagnosticados entre el uno de enero de 2010 y el 31 de diciembre de 2017 obtenidos del registro español de HAP (REHAP). La escala de riesgo fue calculada según las guías clínicas ECS/ERS de estratificación de riesgo utilizando 3 variables disponibles en la primera visita y en el seguimiento entre los 3 y 15 meses tras iniciar tratamiento específico de HAP. Las variables recogidas fueron clase funcional, test de capacidad de esfuerzo y parámetros de función del ventrículo derecho (ecocardiográficos, bioquímicos o hemodinámicos). Se excluyeron del estudio los pacientes con sospecha de enfermedad venooclusiva y cardiopatía congénita no corregida.

Resultados: Se incluyeron 371 pacientes, con una edad media de 54 años y 65% mujeres. La etiología más frecuente de HAP fue la idiopática y familiar (38%) seguido de la HAP asociado a esclerodermia (30%) y cardiopatías congénitas (7%). En la siguiente tabla se expone la distribución de la muestra en función de la situación de riesgo y tratamiento de HAP, en situación basal y en el seguimiento. Al diagnóstico la mayoría de los pacientes se encuentran en riesgo intermedio (62%), y en el seguimiento un 40% de ellos persiste en riesgo intermedio, incrementándose los pacientes en bajo y alto riesgo. En situación basal, tanto en el riesgo bajo como en el intermedio se utiliza mayoritariamente la monoterapia y en el alto riesgo predomina la doble terapia.

Distribución de la muestra en función del tratamiento y la estratificación de riesgo

Escala riesgo	Total	Basal bajo	Basal intermedio	Basal alto	Seguimiento bajo	Seguimiento intermedio	Seguimiento alto
Tratamiento	371	112 (30)	231 (62)	28 (8)	154 (42)	151 (41)	66 (17)
Monoterapia (%)	190	77 (68,75)	104 (45,02)	9 (32,14)	94 (61)	59 (39,1)	37 (56,1)
Doble (%)	142	29 (25,89)	100 (43,29)	13 (46,43)	49 (32)	72 (47,6)	21 (31,8)
Triple (%)	39	6 (5,36)	27 (11,69)	6 (21,43)	11 (7)	20 (13,2)	8 (12,12)



4020-5b.png

4020-5c.png

Conclusiones: En el REHAP se observa que la mayoría de los pacientes en riesgo intermedio está tratado con monoterapia y el alto riesgo con doble terapia. En el seguimiento observamos que el 42% alcanza situación de bajo riesgo, teniendo un margen de mejora de riesgo dependiente del tratamiento de inicio. El pronóstico de los pacientes en alto riesgo en seguimiento es peor que el pronóstico de aquellos en alto riesgo basal, evidenciando la necesidad de una estrategia terapéutica más agresiva, tal y como se recomienda en las guías.