



6017-550. RELACIÓN ENTRE UNA UNIDAD LOCAL Y UNA DE REFERENCIA DE HIPERTENSIÓN PULMONAR: PIEZA CLAVE PARA EL MANEJO INTEGRAL DEL PACIENTE. DEL DIAGNÓSTICO PRECISO AL TRATAMIENTO ADECUADO

David Vaqueriza Cubillo¹, Verónica Suberviola Sánchez-Caballero¹, Cristina Beltrán Herrera¹, Marta Domínguez Muñoz¹, M^a del Mar Sarrión Catalá¹, Laura Mora Yagüe¹, M. Pilar Escribano Subías² y Roberto Muñoz Aguilera¹ del ¹Hospital Universitario Infanta Leonor, Madrid y ²Hospital Universitario 12 de Octubre, Madrid.

Resumen

Introducción: La hipertensión pulmonar (HP) sigue siendo en la actualidad una enfermedad de mal pronóstico vital y con un diagnóstico (dco) tardío. La colaboración entre las unidades locales con los centros de referencia puede ser fundamental en el diagnóstico precoz y tratamiento efectivo en estos pacientes (p).

Métodos: Describir la experiencia clínica realizada en una unidad local de HP de un hospital de segundo nivel (área población 325.000 p) desde el año 2010 hasta la actualidad. En todos los p se realizó el protocolo dco recomendado en las guías clínicas europeas de 2009.

Resultados: Se evaluaron 54 p (equivalente al 9,8% de los ingresos hospitalarios codificados como HP), el 66% de los casos fueron remitidos por Cardiología y 24% por M. Interna. El mayor motivo de derivación (61%) fue por hallazgo de PSP elevada en ecocardiograma seguido de 17% por dco previo de HP. 74% mujeres, 66 ± 16 años, PSP media 66 ± 18 mmHg, 42,6% estudio completo de HP, 46% cateterismo derecho, 22,2% valoración por U. de referencia. El diagnóstico final y la prevalencia por grupos de Dana Point (DP) se muestra en la figura. La prevalencia y la incidencia de HP arterial estimada fue 18-27 casos/millón y 3-15 casos/millón/año (1 a 5 casos al año), similar a la descrita por el grupo REHAP. El 42,6% se dieron de alta, el 40,7% está en seguimiento y 5,5% exitus. 22% tratamiento específico para HP. Se incluyeron 12 pacientes en el registro REHAP, 9 grupo 1 de DP (3 idiopática, 3 cardiopatía congénita, 1 asociado a VIH, 1 portopulmonar, 1 asociado a esclerodermia) y 3 grupo 4 de DP (HP tromboembólica crónica), cuyas características y evolución se muestran en la tabla.



Figura. Prevalencia por grupos según clasificación de Dana Point y comparativa con la estimada en la población general.

Características clínicas, ecocardiográficas, hemodinámicas y seguimientos de pacientes incluidos en REHAP

Edad/Sexo	59,8 ± 19,5 años/66,7% mujeres
Retraso diagnóstico por síntomas	56 ± 50 meses
Clínica al diagnóstico	
Insuficiencia cardiaca	16,70%
Disnea	100%
Síncope	8,30%
Dolor torácico	8,30%
Edemas	33,30%
Raynaud	8,30%
Clase NYHA	II 41,7%
	III 50%
	IV 8,3%
Test de 6 minutos	358,9 ± 125,8 metros
ProBNP	2223,3 ± 4162,6
Ecocardiograma:	
PSP	77,5 ± 22,9 mmHg
Diámetro telediastólico de VD (en 4C)	40,9 ± 11,4 mm
TAPSE	15 ± 4 mm
Índice de excentricidad diastólico	1,4 ± 0,3 mmHg

Aurícula derecha (cm ²)	24,6 ± 9 mmHg
Cateterismo:	
PAP media	53,2 ± 18,0 mmHg
PCP	10,2 ± 3,0 mmHg
Resistencia vascular pulmonar	11,2 ± 5,1 UW
Índice cardiaco	2,5 ± 0,8 l/min/m ²
Aurícula derecha	9,4 ± 6,2 mmHg
Test vasodilatador agudo	41,7% (respondedor agudo 3 casos: 25%)
Tratamiento:	
Sin tratamiento	17% (2 tromboendarterectomías con éxito)
Calcio antagonistas	8%
Monoterapia	42%
Combinado	25%
Combinado + Prostanóide	8%
Valoración por U. de referencia: 8 casos	1 por dificultad para el diagnóstico
	2 por requerir técnica hemodinámica específica
	2 por deterioro clínico
	3 para valoración de tromboendarterectomía
Evolución:	

3 exitus	2 casos infección/1 caso ICC refractaria
1 perdido/alta	Parkinsonismo avanzado
8 seguimiento	Clase funcional I y II de la NYHA (sin ingresos)

Conclusiones: En las unidades locales de HP es posible realizar un adecuado diagnóstico y seguimiento de la mayoría pacientes con HP. Es importante realizar un dco precoz en estos p. y las unidades locales pueden detectarlo en fases iniciales. Una adecuada relación con una U. de referencia es necesaria para solucionar problemas complejos y para técnicas no disponibles. Se puede evitar el exceso de derivaciones con un adecuado diagnóstico y clasificación de los pacientes con HP (“eficiencia sanitaria”). El p tiene mejor accesibilidad a su propio hospital para el seguimiento rutinario. Es necesaria, probablemente, una actualización de protocolos de acción conjunta (U. local-U. de referencia) para un mejor manejo del p con menor gasto sanitario.