Rev Esp Cardiol. 2018;71(Supl 1): 1195

Revista Española de Cardiología

# 6040-542. DESCRIPTIVA DE LAS PAUTAS DE TRATAMIENTO Y DEL CAMBIO EN LOS PARÁMETROS QUE COMPONEN LA CALCULADORA REVEAL EN EL ESTUDIO PRACMA

María Lázaro Salvador[1], Raquel López[2], Luis Almenar[2], Ian Forn[3], Anna Torrent[3], Isabel Blanco[4], Joan Albert Barberá[4] y Pilar Escribano-Subias[5], del [1]Hospital Virgen de la Salud, Toledo, [2]Hospital Universitari i Politècnic La Fe, València, [3]Actelion Pharmaceuticals España S.L., [4]Hospital Clínic, Barcelona y [5]Hospital Universitario 12 de Octubre, Madrid.

## Resumen

**Introducción y objetivos:** El macitentán está indicado, en monoterapia o combinación, para el tratamiento a largo plazo de la hipertensión arterial pulmonar (HAP) en pacientes adultos con clase funcional (CF) II-III. El objetivo fue describir las pautas de tratamiento con macitentán en pacientes con HAP en la práctica clínica y evaluar el cambio en la puntuación del riesgo REVEAL y sus componentes individuales.

**Métodos:** Estudio observacional retrospectivo realizado en 28 hospitales españoles. Se incluyeron pacientes adultos con HAP idiopática/heredable, HAP asociada a enfermedades del tejido conjuntivo (ETC) y HAP asociada a cardiopatía congénita (CC) corregida simple tratados por primera vez con macitentán durante ? 6 meses según práctica clínica. Se calculó la puntuación de riesgo REVEAL al inicio de macitentán y ? 6 meses de tratamiento en pacientes con ? 7 de 12 componentes REVEAL válidos.

**Resultados:** Se incluyeron 81 pacientes (57 evaluables para REVEAL), 77,8% mujeres. Edad media (DE) 57,2 (16,3) años. 50,6% HAP idiopática/heredable, 35,8% HAP-ETC y 12,4% HAP-CC. 40,7% pacientes incidentes (diagnóstico ? 6 meses) y 59,3% prevalentes (> 6 meses). 42,0% recibió macitentán en monoterapia, 44,4% en combinación con inhibidores de la fosfodiesterasa-5 (iPDE-5), principalmente sildenafilo (80,6%), 3,7% en combinación con prostanoides y 9,9% en triple combinación con iPDE-5 y prostanoides inhalados o subcutáneos. La monoterapia fue más usada en pacientes incidentes (66,7 frente a 25,0% prevalentes), y la combinación en prevalentes (52,1 frente a 33,3% incidentes). El cambio medio (IC95%) en la puntuación REVEAL fue -1,4 (-2,0, -0,9) puntos (p 0,0001) (REVEAL basal 8,7 puntos). Los componentes individuales que mejoraron fueron: CF (63,9% CF III inicio de macitentán frente a 23,6% ? 6 meses, p 0,0001, n = 72). Péptido natriurético tipo-B (BNP) y fracción NTproBNP (mediana cambio -106,0 [-175,0, -40,0] pg/ml, p = 0,0229 [n = 16] y -145,0 [-458,0, -14,0] pg/ml, p = 0,0014 [n = 37], respectivamente), prueba de la marcha de 6 minutos (mediana cambio 36,0 [11,0, 62,0] m, p = 0,0003, n = 46) y resistencia vascular pulmonar (RVP) (cambio medio -3,4 [-6,5, -0,2] UW, p = 0,0395, n = 13).

**Conclusiones:** Un 42% de los pacientes con HAP recibe macitentán en monoterapia en la práctica clínica (67% incidentes). El tratamiento con macitentán mejora significativamente la puntuación REVEAL (-1,4 puntos) y componentes como CF, BNP/NTproBNP, prueba de la marcha de 6 minutos y RVP tras ? 6 meses.