Rev Esp Cardiol. 2018;71(Supl 1): 428

Revista Española de Cardiología

7006-8. IMPACTO DE LA ESTRATEGIA TERAPÉUTICA EN LA SUPERVIVENCIA DE PACIENTES CON HIPERTENSIÓN ARTERIAL PULMONAR IDIOPÁTICA. EVIDENCIA DEL MUNDO REAL DEL REGISTRO NACIONAL DE HIPERTENSIÓN PULMONAR (REHAP)

Carlos Andrés Quezada-Loaiza[1], Ana Jaureguizar[1], Ignacio Hernández-González[2], Teresa Elías[3], Isabel Blanco Vich[4], Francisco Pastor Pérez[5], Luis Molina Ferragut[6] y Pilar Escribano-Subias[7] de la [1]Unidad Multidisciplinar de Hipertensión Pulmonar, Servicio de Neumología, Hospital Universitario Ramón y Cajal, Madrid, [2]Instituto Ramón y Cajal de Investigación Sanitaria, Madrid, [2]Unidad Multidisciplinar de Hipertensión Pulmonar, Servicio de Cardiología, Hospital Universitario Doce de Octubre, Madrid,[3]Hospital Universitario Virgen del Rocío, Sevilla, [4]Hospital Clínic-Universidad de Barcelona, Institut d'Investigacions Biomèdiques August Pi i Sunyer (IDIBAPS), Barcelona, [5]Servicio de Cardiología, Hospital Clínico Universitario Virgen de la Arrixaca, Murcia,[6]Servicio de Cardiología, Hospital del Mar, Barcelona y [7]Unidad Multidisciplinar de Hipertensión Pulmonar, Servicio de Cardiología, Hospital Universitario Doce de Octubre, CIBERCV, Madrid.

Resumen

Introducción y objetivos: En pacientes sin tratamiento previo con hipertensión arterial pulmonar, el tratamiento combinado inicial reduce el riesgo del tiempo hasta el deterioro clínico en comparación con monoterapia. El objetivo de este estudio es determinar el efecto de la estrategia terapéutica en la supervivencia libre de fallecimiento o trasplante de pacientes con hipertensión arterial pulmonar idiopática (HAPI).

Métodos: Estudio observacional retrospectivo de pacientes mayores de 18 años diagnosticados de HAPI por cateterismo cardiaco derecho e incluidos en el Registro Español de Hipertensión Arterial Pulmonar (REHAP) desde enero de 2006 hasta diciembre de 2015. Se excluyeron los pacientes que respondieron a largo plazo a los bloqueadores de los canales de calcio. Variables sociodemográficas, clínicas y hemodinámicas se establecieron en el momento del diagnóstico. Estrategia de tratamiento: secuencial o combinada de inicio. La supervivencia libre de fallecimiento o trasplante se evaluó al 1er y 3er años utilizando las curvas de Kaplan-Meier y la prueba de *log rank*

Resultados: Se incluyeron 451 pacientes con HAPI. Edad promedio 49,57 ± 18,55 años. 69% sexo femenino. Las características clínicas, ecocardiográficas y hemodinámicas según la estrategia de tratamiento se muestran en la tabla. 342 pacientes recibieron tratamiento secuencial (76%). El grupo de tratamiento combinado inicial tenía peor clase funcional, biomarcadores cardiacos y hemodinámica. Al final del seguimiento, 151 pacientes (33%) fallecieron y 41 pacientes (9%) fueron trasplantados. La distribución según el tipo de tratamiento se muestra en la figura. El análisis de supervivencia libre de trasplante o de muerte no mostró diferencias entre las 2 estrategias de tratamiento (p = 0,08).

Distribución de la estrategia terapéutica.

Características al momento del diagnóstico

Variable	Ambos grupos (n = 451)	Estrategia terapéutica		p
		Tratamiento secuencial (n = 342,76%)	*Upfront therapy* (n = 108, 24%)	
Edad (años)	49,57 +- 18,55	49,73 ± 18,96	48,98 ± 17,34	0,622
Sexo femenino (n, %)	310 (68,74%)	230 (67,25%)	79 (73,15%)	0,249
NYHA FC III-IV (n, %)	315 (69,84%)	230 (67,25%)	85 (78,7%)	0,024
T6M (metros)	366,63 ± 119,87	371,49 ± 122,42	351,38 ± 111,53	0,1671
Elevación de BNP/NTProBNP (n, %)	161 (79,70%)	108 (75,52%)	53 (89,83%)	0,022
Ecocardiografía PSAP (mmHg)	81,64 ± 21,21	79,44 ± 20,55	88,24 ± 21,96	0,0002
PAD (mmHg)	9,71 ± 5,39	9,44 ± 5,46	10,55 ± 5,13	0,0228
PAPm (mmHg)	54,74 ± 15,52	53,86 ± 15,45	57,68 ± 15,38	0,0235
IC (l/min/m^2)	2,32 ± 0,73	2,35 ± 0,76	2,21 ± 0,63	0,1974
RVP (WU)	12,85 ± 6,66	12,64 ± 6,79	13,53 ± 6,19	0,0604

Conclusiones: En este estudio, el tratamiento combinado de inicio (*upfront therapy*) no mostró diferencias en cuanto a supervivencia libre de fallecimiento o trasplante, una posible explicación es el peor perfil clínico de los pacientes que iniciaron dicha estrategia. Esta hipótesis debe abordarse en futuros estudios y estos resultados deben interpretarse con cautela.