



## 7006-3. REGISTRO REHAP: MORTALIDAD EN HIPERTENSIÓN PULMONAR TROMBOEMBÓLICA CRÓNICA EN ESPAÑA ENTRE 2007-2017

Paula Martínez Santos<sup>1</sup>, Pilar Escribano-Subias<sup>2</sup>, María Jesús López Gude<sup>3</sup>, Raquel López Reyes<sup>4</sup>, Pablo Álvarez Vega<sup>5</sup>, Gustavo Juan Samper<sup>6</sup>, Teresa Mombiela Ramírez de Gamuza<sup>6</sup> y Marta López Ramón<sup>7</sup>, del <sup>1</sup>Departamento de Cardiología, Hospital Clínico San Carlos, Madrid, <sup>2</sup>Departamento de Cardiología, <sup>3</sup>Departamento de Cirugía Cardíaca, Hospital 12 Octubre, Madrid, <sup>4</sup>Departamento de Neumología, Complejo Asistencial Universitario de Salamanca (CAUSA), Salamanca, <sup>5</sup>Departamento de Neumología, Hospital General Universitario de Valencia, Valencia, <sup>6</sup>Departamento de Cardiología, Hospital Universitario Gregorio Marañón, Madrid y <sup>7</sup>Departamento de Cardiología, Hospital Universitario Miguel Servet, Zaragoza.

### Resumen

**Introducción y objetivos:** El pronóstico de los pacientes con hipertensión pulmonar tromboembólica crónica (HPTEC) varía en función de la estrategia terapéutica y de la gravedad hemodinámica de la enfermedad. El objetivo de este estudio fue establecer los principales factores asociados a mortalidad por cualquier causa entre pacientes con diagnóstico de HPTEC.

**Métodos:** Se recogieron prospectivamente los datos de pacientes con diagnóstico de HPTEC incluidos en el Registro Español de Hipertensión Arterial Pulmonar (REHAP), desde enero de 2007 a enero de 2018. Entre los 69 centros participantes en este registro se incluyen los 2 centros de referencia nacionales, responsables del tratamiento quirúrgico de la gran mayoría de los pacientes con HPTEC en España. Se analizaron las variables asociadas a mortalidad por cualquier causa en el análisis univariable y en un modelo de regresión logística.

**Resultados:** Se incluyeron 855 pacientes, 57% mujeres. Se registraron 215 fallecimientos (25,1%). Los factores asociados a mal pronóstico se encuentran recogidos en la tabla. El tratamiento con prostaciclina (HR 2,45; IC95% 1,83-2,45, p 0,0001) y el mayor deterioro funcional (clase funcional III-IV de la OMS; HR 1,59; IC95% 1,12-2,25, p = 0,008) se asociaron a mayor mortalidad, mientras que la supervivencia fue mayor en pacientes tratados con riociguat y mediante endarterectomía (HR 0,39; IC95% 0,27-0,55, p 0,0001 y HR 0,28; CI95% 0,15-0,51, p 0,0001, respectivamente).

#### Análisis univariable de mortalidad

	RR	IC95%	p
Insuficiencia cardíaca	3,95	2,75-5,69	0,0001
Tratamiento con riociguat	0,19	0,10-0,34	0,0001

Tratamiento con prostaciclina	2,72	2,20-3,37	0,0001
Endarterectomía pulmonar	0,35	0,23-0,51	0,0001
Angioplastia arterias pulmonares (> 2 procedimientos)	0,88	0,08-9,10	0,921
Disfunción sistólica derecha	2,66	1,56-4,54	0,0001
Clase funcional III-IV	2,27	1,55-3,30	0,0001
RVP > 8 mmHg	1,61	1,25-2,06	0,0001
Saturación O2 arteria pulmonar 60%	1,77	1,31-2,39	0,0001
Índice cardiaco $2 \text{ l/min/m}^2$	1,46	1,14-1,88	0,002
Presión aurícula derecha > 9 mmHg	1,18	1,07-1,29	0,0001
NT proBNP > 1.200 ng/l	1,67	1,14-2,47	0,009

RVP: resistencias vasculares pulmonares.

**Conclusiones:** La gravedad hemodinámica y el tratamiento quirúrgico, cuando es factible, de la HPTEC condicionan de forma significativa el pronóstico de estos pacientes.