



6060-460. DIFERENCIAS Y COINCIDENCIAS EN EL MANEJO Y CAUSAS DE MUERTE DE PACIENTES CON HIPERTENSIÓN ARTERIAL PULMONAR ENTRE UN CENTRO DE LATINOAMÉRICA Y UN CENTRO DE ESPAÑA

María Lorena Coronel Gilio¹, Eduardo Perna¹, Stella Macin¹, Juan Cimbaro Canella¹, Carmen Pérez Olivares Delgado², María José Cristo Ropero², Vania Prudencio² y Pilar Escribano²

¹Instituto de Cardiología, Corrientes (Argentina). ²Hospital Universitario 12 de Octubre, Madrid.

Resumen

Introducción y objetivos: Existen diferencias entre países industrializados y Latinoamérica en el manejo de pacientes con enfermedades raras y tratamientos de alto costo. La heterogeneidad en sistemas de salud, acceso a centros de referencia, dificultad para conseguir y asegurar continuidad de la terapia, son características que impactan sobre el manejo de la hipertensión arterial pulmonar (HAP). **Objetivo:** evaluar causas de muerte de pacientes con HAP, perfil clínico y hemodinámico previos al exitus y tratamientos recibidos en un centro de Argentina y compararlas con un hospital de Madrid.

Métodos: El Instituto de Cardiología de Corrientes es un centro de referencia en el noreste argentino. Se recolectaron características clínicas y hemodinámicas de pacientes fallecidos en los últimos 8 años, causas de muerte y terapia utilizada y se compararon con pacientes fallecidos en similar periodo de tiempo del Hospital 12 de octubre de Madrid, centro de referencia en España para HAP.

Resultados: Se registraron 30 muertes en Corrientes y 198 en el Hospital 12 de octubre de Madrid, la mayoría fueron mujeres, con una edad similar al momento del deceso. No existieron diferencias significativas en la etiología de la HAP. Las características clínicas y hemodinámicas antes del exitus demostraron un perfil de alto riesgo (tabla). Las principales causas de muerte no difirieron entre los 2 centros; la más frecuente fue de origen cardiovascular: fallo derecho 46,7 vs 47% y muerte súbita 13,3 vs 16% p ns. Respecto al tratamiento antes de la muerte, similar proporción de pacientes recibió diuréticos y oxigenoterapia (p ns). En relación a drogas específicas para HAP, mayor proporción de pacientes de Madrid se hallaba con triple terapia con más de dos tercios con prostanoides parenterales, a diferencia del centro de Corrientes, donde solo 10% recibió este tipo de drogas p 0,001. El tiempo entre el diagnóstico y la muerte fue de 39 ± 27 meses en Corrientes, vs 63 ± 60 meses en Madrid, p 0,008

Comparación entre centro de Corrientes y Madrid

Variables	Corrientes (n 30)	Madrid (n 194)	p
Mujeres, n %	25 (83,3)	132 (68)	ns

Edad, años	51,1 ± 17	56,7 ± 16	ns
Etiología HAP%			ns
HAP idiopática	43,3	39,2	
HAP-enfermedad tejido conectivo	40	28,9	
HAP-cardiopatía congénita	10	21,6	
HAP-VIH	3,3	8,2	
Portopulmonar	3,3	2,1	
Clase funcional III-IV%	80	74,7	ns
NtproBNP pg/ml	2.533 ± 2.713	2.664 ± 4.421	ns
TM6M, metros	258 ± 165	276 ± 161	ns
Índice cardíaco(l/min/m ²)	2,4 ± 0,8	2,6 ± 0,8	ns
Presión aurícula derecha (mmHg)	10 ± 4,9	9,3 ± 5,2	ns
Presión pulmonar media (mmHg)	54,5 ± 13	54,5 ± 16	ns
Resistencia vascular pulmonar (UW)	12 ± 5,6	12 ± 7,2	ns
Diuréticos %	66,7	80,9	ns
Prostanoides parenterales %	10	70,6	0,001
IFD-5%	98	70,6	0,001
ARE%	66,7	58,2	ns

TM6M: test de marcha de seis minutos; IFD-5: inhibidor de fosfodiesterasa 5; ARE: antagonista del receptor de endotelina.

Conclusiones: El perfil clínico y hemodinámico, causas de muerte de pacientes con HAP en un centro de Latinoamérica son similares a un centro de referencia de Madrid. Sin embargo, a pesar de compartir un perfil riesgo grave, el tratamiento recibido es diferente, demostrando la dificultad para el acceso a drogas recomendadas por las guías. Esto se refleja en el menor tiempo transcurrido entre el diagnóstico y el exitus.