



4004-4. HIPERTENSIÓN ARTERIAL PULMONAR ASOCIADA AL VIRUS DE LA INMUNODEFICIENCIA HUMANA EN ESPAÑA. EPIDEMIOLOGÍA, TRATAMIENTO Y PRONÓSTICO

María Lázaro Salvador¹, Clara Itziar Soto Abánades², Manuel López-Meseguer³, Amaya Martínez Meñaca⁴, Gregorio Miguel Pérez Peñate⁵, Juan Antonio Domingo Morera⁶, Teresa Elías Hernández⁷, Raquel López Reyes⁸, Javier Segovia Cubero⁹, Ernest Sala Llinas¹⁰, Antonio Lara Padrón¹¹, Pedro Bedate Díaz¹², Águeda Aurtenetxe Pérez¹³, Isabel Blanco Vich¹⁴ y Pilar Escribano Subias¹⁵

¹Servicio de Cardiología, Hospital Virgen de la Salud, Toledo. ²Servicio de Medicina Interna, Hospital Universitario La Paz, Madrid. ³Servicio de Neumología, Hospital Universitario Vall d'Hebron, Barcelona. ⁴Servicio de Neumología, Hospital Universitario Marqués de Valdecilla, Santander, Cantabria. ⁵Unidad de Circulación Pulmonar, Servicio de Neumología, Hospital Universitario de Gran Canaria Dr. Negrín, Las Palmas de Gran Canaria. ⁶Servicio de Neumología, Hospital Universitario Miguel Servet, Zaragoza. ⁷Unidad Médico-Quirúrgica de Enfermedades Respiratorias, Instituto de Biomedicina de Sevilla (IBiS), Hospital Universitario Virgen del Rocío, Sevilla y Centro de Investigación Biomédica en Red de Enfermedades Respiratorias (CIBERES), Madrid. ⁸Servicio de Neumología, Hospital Universitario y Politécnico La Fe, Valencia. ⁹Servicio de Cardiología, Hospital Universitario Puerta de Hierro-Majadahonda y Centro de Investigación Biomédica en Red de Enfermedades Cardiovasculares (CIBERCV), Instituto de Salud Carlos III, Madrid. ¹⁰Servicio de Neumología, Hospital Universitario Son Espases, Islas Baleares. ¹¹Servicio de Cardiología, Hospital Universitario de Canarias, Santa Cruz de Tenerife. ¹²Servicio de Neumología, Hospital Universitario Central de Asturias, Oviedo. ¹³Servicio de Neumología, Hospital Universitario Basurto, Bilbao, Bizkaia. ¹⁴Servicio de Neumología, Unidad de Hipertensión Pulmonar, Hospital Clínic, Institut d'Investigacions Biomèdiques August Pi i Sunyer (IDIBAPS), Barcelona y Centro de Investigación Biomédica en Red de Enfermedades Respiratorias (CIBERES), Madrid. ¹⁵Unidad de Hipertensión Pulmonar, Servicio de Cardiología, Hospital Universitario 12 de Octubre y Centro de Investigación Biomédica en Red de Enfermedades Cardiovasculares (CIBERCV), Instituto de Salud Carlos III, Madrid.

Resumen

Introducción y objetivos: La infección por el virus de la inmunodeficiencia humana (HIV) afecta a casi 40 millones de personas. La mejora en prevención, diagnóstico y tratamiento, especialmente la terapia antirretroviral de gran actividad (TARGA), han convertido al HIV en una enfermedad crónica. La supervivencia de los pacientes HIV aumenta, y padecen otras enfermedades. La hipertensión arterial pulmonar (HAP) es significativamente más prevalente en pacientes HIV que en la población general. El HIV es un factor independiente para desarrollar HAP e implica peor pronóstico. La HAP asociada a HIV (HAP-HIV) llegará ser la causa más frecuente de HAP en el mundo.

Métodos: Estudio observacional de las características demográficas, estrategia terapéutica, supervivencia y pronóstico de la cohorte de HAP-HIV incluida en el Registro Español de Hipertensión Pulmonar (REHAP) y comparación con la cohorte equivalente de HAP idiopática y familiar (HAPi). Se evalúa el impacto de la terapia vasodilatadora pulmonar específica en la supervivencia de HAP-HIV. Se realizó análisis emparejado usando regresión logística por edad y sexo, para obtener poblaciones comparables de HAP-HIV e HAPi.

Resultados: Comparamos 182 pacientes HAP-HIV y 256 HAPi emparejados por edad y sexo. La vía más frecuente de contagio del HIV fue la adicción a drogas por vía parenteral. Prácticamente todos los pacientes HAP-HIV recibían TARGA (tabla). Los pacientes HAP-HIV son significativamente más jóvenes y menos frecuentemente mujeres que los HAPi. Gozan de mejor clase funcional, menor NT-proBNP y mayor SaO₂. Los HAP-HIV reciben monoterapia más frecuentemente (68,2 vs 50,0% HAPi; p 0,001) y menos terapia combinada oral (1,5 vs 12,5%; p 0,001). 30 pacientes HAPi (11,7%) recibieron trasplante bipulmonar. 0 (0%)

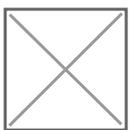
de los HAP-HIV. La supervivencia a 1, 3 y 5 años desde el diagnóstico fue 93,6%, 81,8% y 74,0% para HAP-HIV y 93,9%, 77,7% y 64,6% para HAPi (fig.). Las causas de muerte relacionadas con HAP (insuficiencia cardíaca y muerte súbita) fueron significativamente más frecuentes en HAPi (62,3%) que en HAP-HIV (26,4%). Las neoplasias fueron más frecuentes entre HAP-HIV que en HAPi (17 vs 1,3% p = 0,002).

Características basales. Tratamiento específico para HAP

	HAP-HIV (N = 132)		HAPi (N = 256)		p
Edad, años (DE)*	132	43,4 (7,4)	739	51,3 (18,2)	0,001
Sexo femenino, n (%)*	132	69 (52,3)	739	501 (67,8)	0,001
Transmisión del HIV, n (%)†					
Adicción drogas parenterales	95	74 (77,9)	-	-	-
Sexual		24 (25,3)	-	-	-
Otro		-	-	-	-
Clase funcional, NYHA, n (%)					
I-II	132	63 (47,7)	256	88 (34,3)	0,012
III-IV	132	69 (52,3)	256	168 (65,6)	0,012
Pruebas función respiratoria, media (DE)					
FEV1/FVC	122	91,6 (11,1)	229	94,6 (13,3)	0,031
DLCO	90	59,4 (12,8)	193	60,2 (23,3)	0,683
Biomarcadores (Q1; Q3)					

NT-proBNP, pg/ml	38	299 (112; 2,180)	96	947 (359; 2,581)	0,038
BNP, pg/ml	12	313 (144; 1,000)	32	156 (72; 298)	0,155
Hemodinámica, media (DE)					
PAD, mmHg	130	9,3 (6,5)	253	8,9 (5,2)	0,538
SaO ₂ ,%	73	94,9 (2,9)	143	93,5 (5,2)	0,014
GC, L/min	131	4,1 (1,4)	256	4,1 (1,4)	0,752
PAPm, mmHg	132	50,1 (12,7)	256	54,9 (14,2)	0,19
Terapia para HAP, n (%)					
Sin tratamiento específico	132	15 (11,4)	256	29 (11,3)	1
Monoterapia oral	132	90 (68,2)	256	129 (50,4)	0,001
Monoterapia sistémica	132	13 (9,8)	256	37 (14,4)	0,263
Doble terapia oral	132	2 (1,5)	256	33 (12,9)	0,001
Doble oral + sistémica	132	12 (9,1)	256	27 (10,5)	0,53

PAD: presión de aurícula derecha; SaO₂: saturación arterial de oxígeno; GC: Gasto cardiaco; PAPm: presión arterial pulmonar media; DE: desviación estándar.



Supervivencia 1-3-5 años HAP-HIV vs HAPi en REHAP.

Conclusiones: Los pacientes con HAP asociada a HIV en España, gozan de mejor supervivencia que los HAPi, a pesar de recibir terapia vasodilatadora pulmonar específica menos agresiva.