



## 5022-2. HIPERTENSIÓN PULMONAR EN CARDIOPATÍAS CONGÉNITAS POSCIERRE Y DEFECTOS COINCIDENTES: SIGUIENDO LAS GUÍAS DE PRÁCTICA CLÍNICA

Carlos Merino Argos, Pablo Merás Colunga, José Ruiz Cantador, César Abelleira Pardeiro, Enrique Balbacid Domingo, Santiago Jiménez Valero, Óscar González Fernández, Inés Ponz de Antonio, Isabel Dolores Poveda Pinedo, Daniel Tébar Márquez, Emilio Arbas Redondo, Sandra Ofelia Rosillo Rodríguez, Juan Caro Codon, Esteban López de Sá y Areses y Elvira Ana González García

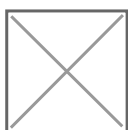
Hospital Universitario La Paz, Madrid.

### Resumen

**Introducción y objetivos:** Aunque la hipertensión pulmonar secundaria a cortocircuitos se engloba dentro de la hipertensión pulmonar (HP) del Grupo 1, su manejo suele ser menos agresivo que el de la hipertensión arterial pulmonar primaria. Sin embargo, hay dos escenarios dónde las guías de práctica clínica (GPC) nos animan a seguir las mismas recomendaciones que a esta: la HP poscierre y la HP con cortocircuitos coincidentes (*shunts* de pequeño tamaño que por sí mismos no explican el desarrollo de la HP). Nuestro estudio tiene por objetivo evaluar, en la vida real, el nivel de riesgo en estos dos escenarios siguiendo el esquema de las GPC de HP ESC 2015 y el tratamiento vasodilatador según el grupo de riesgo.

**Métodos:** Estudio retrospectivo, observacional, en el que se incluyeron los pacientes (pts) con cardiopatías congénitas y desarrollo de HP precapilar poscierre del cortocircuito o con cortocircuito coincidente (*shunt* pretricuspidé menor a 2 cm o postricuspidé menor a 1 cm). Se dividieron a los pts según la evaluación de riesgo de las GPC de la ESC 2015, y se analizó su estado funcional y tratamiento vasodilatador según el grupo de riesgo.

**Resultados:** Se incluyó a 22 pacientes [3 (13,6%) varones; edad media  $54,71 \pm 17,1$  años]. Las características basales de los pts, así como los datos para la clasificación de riesgo de HP se muestran en la tabla. Los resultados de clase funcional y tratamiento vasodilatador según la clasificación de riesgo se muestran en la figura. La triple terapia fue más prevalente en el grupo de riesgo alto ( $p = 0,001$ , vs resto de los grupos; y  $p = 0,012$ , vs grupo de riesgo intermedio). No se encontraron diferencias estadísticamente significativas en el tratamiento entre los grupos de riesgo bajo e intermedio. No se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre los grupos en mortalidad por todas las causas.



Sexo (masculino)

3 (13,6%)

|                                            |              |
|--------------------------------------------|--------------|
| Edad (años)                                | 54,71 ± 17,1 |
| Clase funcional NYHA (I-IV)                | 2,59 ± 0,73  |
| Test 6 minutos (metros)                    | 406 ± 204,6  |
| Consumo pico de oxígeno (ml/kg/min)        | 15,79 ± 3,89 |
| Consumo pico de oxígeno predicho (%)       | 61,7 ± 12,74 |
| TAPSE (mm)                                 | 16,68 ± 3,78 |
| Tamaño aurícula derecha (cm <sup>2</sup> ) | 21,67 ± 6,57 |
| Seguimiento (años)                         | 8,58 ± 4,46  |
| Mortalidad (%)                             | 2 (9,91%)    |

TAPSE: excursión sistólica del anillo tricuspídeo.

**Conclusiones:** En nuestra cohorte, el grupo más prevalente fue el de riesgo intermedio (50%), seguido del riesgo bajo (31,8%) y riesgo alto (18,2%). Todos los pacientes en riesgo alto se encontraron en tratamiento con triple terapia vasodilatadora, mientras que, aproximadamente solo la mitad de los del riesgo intermedio y un cuarto aquellos en riesgo bajo recibían tratamiento pulmonar vasodilatador. En un seguimiento global superior a 8,5 años, la tasa de mortalidad fue relativamente baja (9%), sin diferencias entre los grupos de riesgo.