

4026-4. EXPLORANDO EL PAPEL DE LA EDAD COMO COMORBILIDAD EN LA HIPERTENSIÓN ARTERIAL PULMONAR IDIOPÁTICA Y ASOCIADA A ENFERMEDAD DEL TEJIDO CONECTIVO: DATOS DEL REGISTRO ESPAÑOL DE HIPERTENSIÓN ARTERIAL PULMONAR (REGISTRO REHAP)

Rafael Bravo Marqués¹, Francisco Rivas Ruiz², José Andrés Tenés³, Víctor M. Becerra Muñoz⁴, Clara I. Soto Abádanés⁵, Alejandro Cruz Utrilla⁶, Irene Martín de Miguel⁶, Joan Albert Barbera Mir⁷, Amaya Martínez Meñaca⁸, Helena Sintés⁹, Olalla Castro Añón¹⁰, Jesús Ribas¹¹, Roberto del Pozo Rivas¹², Laura Sierra Herranz¹³ y M. Pilar Escribano Subías⁶

¹Servicio de Cardiología. Hospital Universitario Costa del Sol, Marbella (Málaga), España, ²Unidad de Investigación e Innovación. Hospital Universitario Costa del Sol, Marbella (Málaga), España, ³Servicio de Neumología. Hospital Universitario Ramón y Cajal, Madrid, España, ⁴Servicio de Cardiología. Hospital Clínico Universitario Virgen de la Victoria, Málaga, España, ⁵Servicio de Medicina Interna. Hospital Universitario La Paz, Madrid, España, ⁶Servicio de Cardiología. Hospital Universitario 12 de Octubre, Madrid, España, ⁷Servicio de Neumología. Hospital Clínic, Barcelona, España, ⁸Servicio de Neumología. Hospital Universitario Marqués de Valdecilla, Santander (Cantabria), España, ⁹Servicio de Neumología. Hospital Universitari Germans Trias i Pujol, Badalona (Barcelona), España, ¹⁰Servicio de Neumología. Hospital Universitario Lucus Augusti, Lugo, España, ¹¹Servicio de Neumología. Hospital Universitario de Bellvitge, Barcelona, España, ¹²Servicio de Neumología. Hospital Juan Ramón Jiménez, Huelva, España y ¹³Servicio de Neumología. Complejo Asistencial Universitario de León, León, España.

Resumen

Introducción y objetivos: En la última el número de pacientes con hipertensión arterial pulmonar (HAP) ha aumentado, probablemente debido al envejecimiento de la población y a un diagnóstico más preciso en pacientes mayores. En lugar de atribuir la hipertensión pulmonar a una cardiopatía izquierda, se ha profundizado más en el diagnóstico, incrementando la edad promedio de detección de HAP. Nuestro objetivo es evaluar el papel de la edad en pacientes con HAP en la población española.

Métodos: Se seleccionaron pacientes diagnosticados de HAP idiopática (HAPi) y HAP asociada a enfermedad del tejido conectivo (HAP-ETC) entre 2014 y 2023 del REHAP. Se clasificaron en 2 grupos: jóvenes (< 70 años). Analizamos características basales y pronóstico para determinar el impacto de la edad.

Resultados: Incluimos 757 pacientes de los cuales el 26,3% son mayores de 70 años. Las características basales están en la tabla. La distribución de HAPi y HAP-ETC, el sexo, y las clases funcionales son homogéneas, con niveles similares de NT-proBNP. Sin embargo, los pacientes mayores presentan menor capacidad funcional por TM6M aunque con un perfil hemodinámico más favorable (menor presión pulmonar media y resistencia vascular pulmonar y mayor índice cardiaco) con presiones capilares pulmonares similares. Los pacientes mayores tienen más comorbilidades (tabaquismo, hipertensión arterial, enfermedad renal crónica, diabetes, fibrilación auricular y enfermedad arterial coronaria), siendo la obesidad similar en ambos grupos. En los pacientes mayores observamos un mayor perfil de riesgo intermedio (expensas de menor riesgo bajo al diagnóstico) en comparación con los jóvenes. A pesar de ello, la monoterapia es más frecuentemente utilizado al inicio, con un escaso uso de prostaciclina sistémica. En análisis de supervivencia, los pacientes jóvenes con > 3 comorbilidades muestran mayor mortalidad, mientras que aquellos con 0 o 1-2 comorbilidades tienen tasas de mortalidad similares a lo largo de 7 años. En los pacientes mayores, las comorbilidades no parecen influir tanto en el pronóstico, pero la edad > 70 años sí

tiene un impacto significativo (p: 0,004).

Características basales

	Todos n = 757	Joven (70 años) n = 558 (70,7%)	Mayor (> 70 años) n = 199 (26,3%)	p
Sexo femenino	538 (71,1%)	393 (70,4%)	145 (72,9%)	0,576
TM6M (m)	366 ± 124	389 ± 118	288 ± 113	0,001
NT-proBNP (ng/l)	926 [2.605]	855 [2.615]	1.127 [2.568]	0,051
PAD (mmHg)	8,3 ± 4,8	8,4 ± 4,9	8 ± 4,5	0,206
PAPm (mmHg)	44 ± 14,4	45,6 ± 14,8	39,4 ± 12,5	0,001
PCP (mmHg)	9,8 ± 3,6	9,7 ± 3,7	10 ± 3,3	0,097
IC (l/min/m ²)	2,4 ± 0,7	2,5 ± 0,7	2,4 ± 0,6	0,08
RVP (WU)	8,9 ± 5,2	9,3 ± 5,4	7,8 ± 4,3	0,001

Clasificación HAP

Idiopática, hereditaria y asociada a drogas y toxinas	417 (55,1%)	318 (57%)	99 (49,7%)	0,093
Asociada a enfermedad del tejido conectivo	340 (44,9%)	240 (43%)	100 (50,3%)	

Comorbilidades

Historia de tabaquismo	351 (46,4%)	276 (49,5%)	75 (37,7%)	0,005
Hipertensión arterial	314 (41,5%)	179 (32,1%)	135 (67,8%)	0,001
IMC > 30 Kg/m ²	186 (24,6%)	136 (24,4%)	50 (25,1%)	0,908

ERC (FG CKD-EPI 60 ml/min/1,73 m ²)	145 (19,2%)	71 (12,7%)	74 (37,2%)	0,001
Diabetes mellitus	124 (16,4%)	74 (13,3%)	50 (25,1%)	0,001
Fibrilación auricular	64 (8,5%)	27 (4,8%)	37 (18,6%)	0,001
Enfermedad arterial coronaria	62 (8,2%)	38 (6,8%)	24 (12,1%)	0,03
0 comorbilidades	186 (24,6%)	162 (29%)	24 (12,1%)	0,001
1-2 comorbilidades	373 (49,3%)	285 (51,1%)	88 (44,2%)	0,001
> 3 comorbilidades	198 (26,1%)	111 (19,9%)	87 (43,7%)	0,001

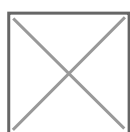
Perfil de riesgo ESC

Riesgo bajo	281 (37,1%)	221 (39,6%)	60 (30,2%)	
Riesgo intermedio	442 (58,4%)	315 (56,5%)	127 (63,8%)	0,012
Riesgo alto	34 (4,5%)	22 (3,9%)	12 (6%)	

Tratamiento inicial (hasta 1 mes desde el diagnóstico)

Monoterapia oral	288 (38%)	189 (38,7%)	99 (57,2%)	
Doble terapia oral	287 (37,9%)	218 (44,7%)	69 (39,9%)	0,001
Análogos prostaciclina con/sin tratamiento oral	86 (11,4%)	81 (16,6%)	5 (2,9%)	

CKD-EPI: Chronic Kidney Disease Epidemiology Collaboration; ERC: enfermedad renal crónica; FG: filtrado glomerular; IC: índice cardíaco; IMC: índice de masa corporal; NT-proBNP: fragmento N-terminal de péptido natriurético cerebral; PAD: presión auricular derecha; PAPm: presión arterial pulmonar media; PCP: presión capilar pulmonar; RVP: resistencia vascular pulmonar; TM6M: test de la marcha 6 minutos.



A. Curva supervivencia Kaplan-Meier de pacientes con HAPi y HAP-ETC 70 años según número de comorbilidades.

Conclusiones: La edad al diagnóstico de HAP ha aumentado en los últimos años, con implicaciones pronósticas importantes a partir de los 70 años. Dada la naturaleza no modificable de la edad avanzada, se necesitan enfoques terapéuticos personalizados para esta población.