



4020-3. TENDENCIA TEMPORAL DE LA HIPERTENSIÓN ARTERIAL PULMONAR EN UN CENTRO DE REFERENCIA DE ESPAÑA

María Lorena Coronel Gilio, Carmen Pérez Olivares Delgado, Teresa Segura de la Cal, Águeda Aurtenetxe Pérez, Carmen Jiménez López-Guarch, M. Teresa Velázquez Martín, Juan F. Delgado Jiménez, Fernando Arribas Ynsaurriaga y M. Pilar Escribano Subias, del Hospital Universitario 12 de Octubre, Madrid.

Resumen

Introducción y objetivos: La hipertensión arterial pulmonar (HAP) se define como un grupo de enfermedades que se caracterizan por un incremento progresivo de la resistencia vascular pulmonar que conduce a insuficiencia ventricular derecha y muerte prematura si se la deja a su libre evolución. En los últimos 20 años, el desarrollo de 5 familias de fármacos ha revolucionado el tratamiento, el pronóstico y supervivencia de pacientes con HAP. **Objetivo:** describir las características de la población, estratificación de riesgo y supervivencia de una cohorte de pacientes con diagnóstico de HAP en un centro de referencia de España.

Métodos: Se discriminaron 2 grupos de pacientes: primera cohorte, aquellos con diagnóstico de HAP desde enero de 2006 hasta diciembre de 2011 y una segunda cohorte, aquellos diagnosticados desde enero de 2012 a diciembre de 2017. Se evaluaron las características basales, la distribución de acuerdo al tipo de HAP, estratificación de riesgo de acuerdo a la escala REVEAL 2.0, estrategias de inicio de tratamiento y supervivencia a los 12 meses.

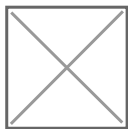
Resultados: 166 pacientes fueron diagnosticados de HAP en el primer periodo y 188 en el segundo. En ambos casos predominó el sexo femenino, 68,1 frente a 62,8%, p NS; la edad fue mayor en la segunda cohorte, 45 ± 15 frente a 49 ± 17 años, p 0,025. La distribución de la etiología de la HAP fue diferente en ambas cohortes. La estratificación de riesgo de acuerdo a criterios de la escala REVEAL 2,0 fue de $6,6 \pm 2,5$ frente a $7,5 \pm 2,9$, p 0,003. Respecto a la estrategia de tratamiento de inicio, en la primera cohorte prevaleció la monoterapia como estrategia de tratamiento inicial, a diferencia de la segunda cohorte donde la estrategia preferida fue la combinada de inicio con 2 fármacos específicos. La supervivencia anual no difirió en ambos grupos de pacientes: 86 frente a 83%; para la cohorte 1 y 2; p NS. Los resultados se muestran en la tabla.

Comparación de cohortes 1 y 2

Variable	Cohorte 1 (2006-2011)	Cohorte 2 (2012-2017)	p
Edad, años	45 ± 15	49 ± 17	0,025

Mujeres, n (%)	113 (68,1)	118 (62,8)	ns
Distribución HAP, n (%)			0,027
Idiopática	74 (44,6)	59 (31,4)	
Asoc a tóxicos	4 (2,4)	5 (2,7)	
Colagenopatías	33 (19,9)	47 (25)	
Cardiopatías congénitas	27 (16,3)	23 (12,2)	
Portopulmonar	10 (6)	12 (6,4)	
VIH	6 (3,6)	8 (4,3)	
Enfermedad venoclusiva pulmonar	12 (7,2)	34 (18,1)	
Estratificación de riesgo Escala REVEAL, n (%)			
Bajo riesgo (0-6)	78 (47)	73 (38,8)	ns
Riesgo intermedio (7-8)	45 (27,1)	46 (24,5)	ns
Alto riesgo (? 9)	43 (25,9)	69 (36,7)	0,01
Estrategia de tratamiento inicial, n (%)			0,0001
No tratamiento específico	21 (12,7)	20 (10,6)	
Monoterapia	85 (51,2)	38 (20,2)	
Tratamiento combinado (2 fármacos de inicio)	43 (25,9)	103 (54,8)	

Tratamiento combinado (3 fármacos de inicio)	17 (10,2)	27 (14,4)
--	-----------	-----------



Supervivencia anual.

Conclusiones: La tendencia temporal de pacientes en este centro de referencia mutó a pacientes de mayor edad y con un perfil de riesgo más grave en relación a la primera cohorte. Esta situación llevó a estrategias de tratamiento más agresivas en consonancia también con las recomendaciones de las últimas guías de práctica clínica. Los resultados de estas nuevas estrategias se reflejan en la supervivencia, donde se aprecia a que pesar de presentar un perfil de riesgo peor, la sobrevida fue similar en ambos grupos y comparable a otros registros contemporáneos.