



6040-545. HIPERTENSIÓN PULMONAR TROMBOEMBÓLICA CRÓNICA EN ESPAÑA: EVOLUCIÓN ENTRE 2007-2017

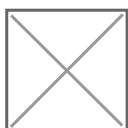
Paula Martínez Santos¹, Pilar Escribano-Subias², Maite Velázquez Martín², Antonio Román Broto³, Pedro Bedate Díaz⁴, Amaya Martínez Meñaca⁵, Juan Antonio Domingo Morera⁶ y Sergio Alcolea⁷, del ¹Departamento de Cardiología, Hospital Clínico San Carlos, Madrid, ²Departamento de Cardiología, Hospital 12 Octubre, Madrid, ³Departamento de Neumología, Hospital Universitario Vall d'Hebron, Barcelona, ⁴Departamento de Neumología, Hospital Universitario Central de Asturias, Oviedo (Asturias), ⁵Departamento de Neumología, Hospital Universitario Marqués de Valdecilla, Santander (Cantabria), ⁶Departamento de Neumología, Hospital Universitario Miguel Servet, Zaragoza y ⁷Departamento de Neumología, Hospital Universitario La Paz, Madrid.

Resumen

Introducción y objetivos: La enfermedad tromboembólica crónica es una de las causas potencialmente curables de hipertensión pulmonar. En la última década se han implementado en España nuevas alternativas terapéuticas a la endarterectomía, como la angioplastia con balón de las arterias pulmonares (2013) o la comercialización de nuevos fármacos vasodilatadores pulmonares (2015). El objetivo de este estudio es evaluar las principales características clínicas entre los pacientes diagnosticados de hipertensión pulmonar tromboembólica crónica (HPTEC) en España en los últimos 10 años.

Métodos: Se analizaron los datos de pacientes con diagnóstico de HPTEC incluidos de forma prospectiva en el Registro Español de Hipertensión Arterial Pulmonar (REHAP), desde enero de 2007 a enero de 2018. Se establecieron 2 grupos: aquellos pacientes incluidos en el estudio entre los meses de enero de 2007 y diciembre de 2012 y aquellos incluidos entre los meses de enero de 2013-2018. Se compararon los factores clásicos asociados a mal pronóstico en HPTEC (clínicos, ecocardiográficos y hemodinámicos), así como la mortalidad durante el seguimiento.

Resultados: Se incluyeron 855 pacientes, 57% mujeres. La edad media fue de 61 años (DE 15). Los pacientes incluidos en el primer grupo (2007-12) presentaban mayor deterioro clínico, funcional y hemodinámico en el momento de la primera valoración en una consulta específica de hipertensión pulmonar (tabla). Asimismo, la mortalidad en este primer grupo resultó significativamente mayor, si bien también lo era el seguimiento medio (figura).



Kaplan Meier: supervivencia en función del periodo de inclusión (p 0,0001, log rank).

Diferencias clínicas, ecocardiográficas y hemodinámicas en HPTEC antes y después de 2013

	2007-13	2013-18	p
Total (n)	486 (56,8)	369 (43,2)	
Mujer n (%)	268 (31,3)	219 (25,6)	0,219
Edad (DE)	59 (15)	62 (14)	0,003
Insuficiencia cardiaca n (%)	112 (13,2)	46 (5,4)	0,0001
Síncope n (%)	64 (7,5)	25 (2,9)	0,003
Clase funcional III-IV n (%)	354 (41,4)	237 (27,7)	0,007
RVP> 8 UW al diagnóstico n (%)	262 (31,7)	164 (19,8)	0,008
Presión media en arteria pulmonar al diagnóstico, mmHg (DE)	46 (12)	44 (11)	0,088
Derrame pericárdico n (%)	43 (5,8)	50 (6,7)	0,044
Disfunción sistólica de ventrículo derecho n (%)	100 (21,1)	128 (26,9)	0,161
Vasodilatadores pulmonares n (%)	418 (48,9)	280 (32,7)	0,0001
Tratamiento con prostanoides n (%)	99 (11,6)	39 (4,6)	0,0001
Doble terapia oral n (%)	286 (33,5)	99 (11,6)	0,0001
Trombendarterectomía n (%)	152 (17,8)	135 (15,8)	0,108
Angioplastia pulmonar percutánea n (%)	17 (2)	35 (4,1)	0,0001
Vasodilatadores pulmonares n (%)	30 (8,9)	46 (13,6)	0,068
Mortalidad	188 (22%)	27 (3,2%)	0,0001

Conclusiones: En los últimos 10 años, el diagnóstico precoz y las nuevas estrategias terapéuticas desarrolladas en el campo de la HPTEC podrían traducirse en una significativa mejoría pronóstica entre estos pacientes.