



6060-463. EL ANCIANO CON HIPERTENSIÓN ARTERIAL PULMONAR: UNA POBLACIÓN CRECIENTE. ¿RECIBEN UN MANEJO BASADO EN LA EVIDENCIA?

Julia Playán Escribano¹, Teresa Segura de la Cal², Joan Albert Barberá Mir³, María Lázaro Salvador⁴, Raquel López Reyes⁵, Águeda Aurteneche Pérez⁶, Manuel López Meseguer⁷, Amaya Martínez Meñaca⁸, Isabel Otero González⁹, Sergio Alcolea Batres¹⁰, Luis Molina Ferragut¹¹, Pedro Bedate Díaz¹², Francisco José García Hernández¹³, Isabel Blanco³ y Pilar Escribano Subías²

¹Hospital Clínico San Carlos, Universidad Complutense de Madrid, IdISSC, Madrid. ²Hospital Universitario 12 de Octubre, Madrid. ³Hospital Clínic, Barcelona. ⁴Hospital Virgen de la Salud, Toledo. ⁵Hospital Universitario y Politécnico La FE, Valencia. ⁶Hospital Universitario Basurto, Bilbao (Vizcaya). ⁷Hospital Vall d'Hebron, Barcelona, Barcelona. ⁸Hospital Universitario Marqués de Valdecilla, Santander (Cantabria). ⁹Complejo Hospitalario Universitario A Coruña. ¹⁰Hospital Universitario La Paz, Madrid. ¹¹Hospital del Mar, Barcelona. ¹²Hospital Universitario Central de Asturias, Oviedo (Asturias). ¹³Hospital Universitario Virgen del Rocío, Sevilla.

Resumen

Introducción y objetivos: La hipertensión arterial pulmonar idiopática (HAP) es una enfermedad infrecuente que se caracteriza por la obliteración progresiva de las arteriolas pulmonares que conducen a un aumento de las resistencias vasculares pulmonares, insuficiencia cardiaca derecha y muerte. Si bien debuta característicamente en pacientes de edad media, es cada vez más frecuente su diagnóstico en el paciente anciano. Nuestro objetivo es conocer las características clínicas y manejo terapéutico en este grupo de edad.

Métodos: El REHAP es un registro voluntario español multicéntrico de pacientes mayores de 14 años, que incluye pacientes con HAP a partir de 1998 de forma retrospectiva y a partir del 2007 de forma prospectiva. Se compararon características basales, perfil hemodinámico, score de riesgo de la ESC al diagnóstico, tratamiento y supervivencia a los 3 años en ambos grupos. El score otorga 1 punto a cada uno de los factores de buen pronóstico: NYHA I o II, distancia en el test de la marcha > 440 metros, presión en aurícula derecha 8 mmHg e índice cardiaco > 2,5 l/min/m².

Resultados: Se analizaron 793 pacientes, 656 menores de 70 años (69% mujeres, edad media 45 ± 15 años) y 137 mayores (64% mujeres, edad media 76 ± 18 años). Los pacientes mayores se encontraban menos frecuentemente en ritmo sinusal, reportaron peor clase funcional y recorrieron menor distancia en el test de la marcha de 6 minutos. Los jóvenes presentaron mayor gravedad hemodinámica, con mayor presión arterial pulmonar media y mayores resistencias vasculares pulmonares. Los pacientes mayores presentaron significativamente peor puntuación en el score pronóstico al diagnóstico, sin embargo, recibieron con menor frecuencia terapia combinada de inicio y prostanoïdes en el seguimiento. La supervivencia a 3 años fue mejor en el grupo de los jóvenes (86% al año, 77% a los 2 y 67% a los 3) que en el de los mayores (82% al año, 61% a los 2 y 44% a los 3) con un HR de 1,97 [IC95% 1,4-2,8] para la edad superior a 70 años.

Características de los grupos mayores y menores de 70 años

	Menores de 70	Mayores de 70	p
Ritmo sinusal, n (%)	583 (95)	94 (73)	0,001
NYHA I-II, n(%)	237 (35)	35 (26)	0,04
NtproBNP	1949 ± 3591	2442 ± 2854	0,33
T6M	396 ± 120	296 ± 111	0,001
Presión arterial pulmonar media	54 ± 14	44 ± 11	0,001
Presión capilar pulmonar	9,6 ± 4	10,4 ± 3	0,03
Índice cardiaco	2,4	2,4	0,69
Resistencias vasculares pulmonares	13	9	0,001
Terapia de inicio			0,024
Monoterapia, n (%)	391 (80)	114 (90)	
Doble terapia, n (%)	82 (17)	12 (9)	
Triple terapia, n (%)	18 (4)	1 (1)	
Prostanoides en el seguimiento, n (%)	279 (43)	20 (15)	0,001
Fallecidos por insuficiencia cardiaca entre los exitus, n (%)	88 (47)	38 (54)	0,35
Fallecidos por muerte súbita entre los exitus, n (%)	29 (16)	7 (10)	0,24
Factores de buen pronóstico			0,001
1 factor, n (%)	124 (33)	36 (52)	

2 factores, n (%)	120 (32)	23 (33)
3 o 4 factores, n (%)	128 (34)	10 (14)

Las variables cuantitativas se expresan como media $\pm$ desviación típica. T6M: distancia recorrida en el test de la marcha de los 6 minutos.



Evolución de la distribución por edad en el REHAP.

Conclusiones: La población con HAP ha envejecido en los últimos años, siendo más frecuente su diagnóstico en pacientes ancianos. Este grupo presenta una peor puntuación en el score de riesgo y una menor supervivencia, sin embargo, es tratado con menor agresividad tanto al inicio como durante el seguimiento. Son necesarios estudios que se centren en el manejo terapéutico óptimo de esta población.