Rev Esp Cardiol. 2011;64 Supl 3: 70-71

Revista Española de Cardiología

4024-7. HIPERTENSIÓN ARTERIAL PULMONAR Y PRONÓSTICO EN PACIENTES CON INSUFICIENCIA CARDIACA AGUDA

Lourdes Bondanza Saavedra, Francisco Javier Chorro Gascó, Julio Núñez Villota, Gema Miñana Escrivà, Patricia Palau Sampio, Vicent Bodí Peris, Juan Sanchis Forés y Ángel Llàcer Escorihuela del Hospital Clínico Universitario, Valencia.

Resumen

Introducción: Las implicaciones pronosticas de la hipertensión arterial pulmonar (HAP) en pacientes hospitalizados por un episodio de insuficiencia cardiaca aguda (ICA) no están claramente esclarecidas. El objetivo de este trabajo fue evaluar la prevalencia de HAP, así como su asociación con la mortalidad a largo plazo en pacientes ingresados por un episodio de ICA.

Métodos: Se incluyeron prospectivamente un total de 1.025 pacientes consecutivos ingresados por ICA. Se excluyeron pacientes con etiología de origen valvular (moderada-severa). La estimación de la presión pulmonar sistólica (PAPs) se realizó mediante ecocardiografía transtorácica tras la estabilización clínica del paciente, con la medición del gradiente de presión transtricuspídeo del ventrículo derecho en los casos con insuficiencia tricuspídea (IT). Se consideraron 4 categorías de acuerdo a la PAPs: C1: PAPs no detectable mediante ecocardiografía doppler.; C2: PAPs entre 35-44 mmHg; C3: PAPs entre 45-60 mmHg y; C4: > 60 mmHg.

Resultados: Durante un mediana de seguimiento de 1,7 años (rango intercuartílico = 0,8-3) se registraron un total de 438 (42,7%) muertes. La presión arterial pulmonar fue estimada en 398 (38,8%) de pacientes, con una media de 49 ± 13 mmHg. La distribución de la población de acuerdo a las categorías de PAPs fue: 627 (61,2%), 177 (17,3%), 145 (14,1%) y 76 (7,4%) para C1, C2, C3 y C4, respectivamente. No se observaron diferencias en cuanto a mortalidad entre las tres primeras categorías de PAPs (1,90, 1,94 y 2,31 por 10 pacientes-año de seguimiento para C1, C2 y C3, respectivamente p = 0,633). Por el contrario, la tasa de mortalidad fue significativamente mayor en la última categoría C4 (3,65 por 10 pacientes-año de seguimiento, p = 0,001) En el análisis multivariante, tras ajustar por los principales factores de riesgo establecidos y potenciales confusores, solo los pacientes con PAPs > 60 mmHg mostraron un aumento de riesgo independiente de muerte (HR = 1,73; IC95% 1,23-2,45, p = 0,002) con respecto a C1.

Conclusiones: La estimación de la PAPs tras estabilización inicial, en pacientes que ingresan por ICA nos ayuda a identificar un subgrupo de población (PAPs > 60 mmHg) con mayor riesgo de mortalidad a largo plazo.