



6040-542. TRATAMIENTO DE LOS PACIENTES CON HIPERTENSIÓN ARTERIAL PULMONAR GRAVE Y EN EL MOMENTO DE LA MUERTE, ¿CÓMO UTILIZAMOS LOS PROSTANOIDES?

Roberto del Pozo Rivas, Belén Díaz-Antón, María Teresa Velázquez, M^a Carmen Jiménez López-Guarch, María José Ruiz Cano, Juan Delgado, María Vicente y M. Pilar Escribano Subías del Servicio de Cardiología, Hospital Universitario 12 de Octubre, Madrid.

Resumen

Introducción: El tratamiento con prostanoides (PR) precisa de la utilización de dispositivos especiales y de vías no orales. En las guías actuales de práctica clínica en hipertensión arterial pulmonar (HAP), el tratamiento con PR está indicado en pacientes graves en clase funcional (CF) III-IV como terapia de inicio o si no responden a terapia combinada oral, sin embargo hay poca información sobre su aplicación real.

Objetivos: Analizar la estrategia terapéutica seguida y la utilización de PR en los pacientes que fallecieron en una unidad de HAP, así como las características clínicas y hemodinámicas en el año previo al exitus.

Métodos: Análisis de pacientes con HAP idiopática (HAPI), HAP asociada a síndrome de aceite tóxico, HAP asociada a conectivopatía y HAP asociada a cardiopatía congénita no eisenmenger en seguimiento en una Unidad de HAP entre 1998-marzo de 2014 y que han fallecido ($n = 99$ de 316, 31%). Además 21 (7%) pacientes fueron trasplantados y se excluyeron del análisis. Se analizó la estrategia terapéutica en el momento de la muerte y las características clínicas y hemodinámica de la última visita en consulta en el año previo a la muerte. Se estudiarán los pacientes que fallecieron por cualquier causa y aquellos que fallecieron por HAP: insuficiencia cardíaca derecha (ICD) y muerte súbita (MS).

Resultados: 99 pacientes fallecieron entre 1998 y marzo de 2014 (54 ± 16 años y 76% mujeres), 70 se encontraban en CF III-IV, el test de 6 minutos fue de 364 ± 107 m; el TAPSE era de 15 ± 5 mm y tenían parámetros hemodinámicos de mal pronóstico (Índice cardíaco $2,4 \pm 0,9$ L·min⁻¹·m²; presión de aurícula derecha 11 ± 6 mmHg; y resistencia vascular pulmonar 14 ± 7 UW). Las causas de exitus fueron: 57% por ICD, 15% por MS, 25% por otras causas. El tratamiento de pacientes que fallecieron por cualquier causa fue: 0,4% antes de instaurar tratamiento específico; 11% monoterapia oral; 13% con terapia combinada oral, y 71,6% con PR en monoterapia o combinada (54% con PR sistémicos). En los 71 pacientes que fallecieron por HAP: 82% estaban con PR. En los 21 pacientes trasplantados todos recibían tratamiento con PR en el momento del trasplante.

Conclusiones: En nuestra serie, el tratamiento con PR se ajusta a las recomendaciones de la guía clínica siendo usado en pacientes con HAP grave, CF III-IV, fracaso de tratamiento oral y siempre antes del trasplante pulmonar.