



6040-484. EVALUACIÓN DEL RIESGO EN PACIENTES CON HIPERTENSIÓN ARTERIAL PULMONAR AL INICIAR TRATAMIENTO CON PROSTANOIDES

David González Calle¹, Pablo Álvarez Vega², Javier Martín Moreiras¹, Sergio Cádenas Menéndez², Elena Díaz Peláez¹, Ana Elvira Laffond¹, Lucía Rodríguez Estévez¹ y Pedro Luis Sánchez Fernández¹ del ¹Servicio de Cardiología, Hospital Clínico Universitario de Salamanca y ²Servicio de Neumología, Hospital Clínico Universitario de Salamanca.

Resumen

Introducción y objetivos: El uso de prostanoides en el tratamiento de la HAP está ampliamente descrito en la literatura médica. En las últimas guías sobre diagnóstico y tratamiento de la hipertensión pulmonar se recomienda su uso en pacientes cuya situación clínica no sea aceptable o no se cumplan los objetivos terapéuticos a pesar de estar en tratamiento con antagonistas de la endotelina (ERAs) o inhibidores de la fosfodiesterasa 5 (PDI5) o combinación de ambos.

Métodos: Estudio descriptivo de todos los casos diagnosticados mediante cateterismo cardiaco derecho de HAP e HTEC que precisaron tratamiento con prostanoides (vía inhalada, subcutánea o intravenosa). Se analizaron variables clínicas, de imagen cardiaca, hemodinámicas y eventos de deterioro clínico desde el inicio del tratamiento.

Resultados: Desde el año 2011 se han diagnosticado en nuestra unidad 36 casos de HAP y 24 de HTEC. 12 pacientes han precisado tratamiento con prostanoides. Sus características en el momento de introducir prostanoides se describen en la tabla. En el momento actual la mayor parte de los pacientes con HAP prosiguen una evolución favorable en clase funcional I/II excepto el paciente 3, que permanece en CF III. Durante el seguimiento posterior a la introducción del prostanoides han sufrido ingreso por empeoramiento atribuible a HAP los pacientes 3, 9 y 12. Al paciente 9 se le ha realizado un trasplante bipulmonar con éxito. En cuanto a los 2 pacientes con diagnóstico de HTEC, al paciente 8 se le realizó una endarterectomía pulmonar con hipertensión pulmonar persistente, motivo por el que se escalonó tratamiento. A la paciente 10 no se la consideró tributaria de endarterectomía por falta de accesibilidad de las lesiones y a pesar de tratamiento con epoprostenol presentó deterioro clínico en CF IV manejado con diuréticos y angioplastias de la arteria pulmonar.

Manejo terapéutico con prostanoides

Sexo/ edad	Etiología	Meses hasta inicio del prostanoides	Prostanoides	Síncope CF	PM6M	NT- BNP	PADm IC	SvO2
---------------	-----------	--	--------------	------------	------	------------	---------	------

M/75 HPoPu	2	Iloprost inh	No	III 360	4.265	9	2,1	60
M/79 HAPETC	11	Iloprost inh	No	III 345	4.842	10	2,27	71
V/81 HAP congénita	6	Treprostinil sc	No	III 445	399,5	15	2,3	68
M/49 HAPETC	36	Treprostinil sc	No	II 270	151,2	9,2	2,6	72,5
M/54 HAPI	65	Treprostinil inh	No	II 500	64	14	1,63	65
H/57 HAPI	9	Treprostinil sc	No	III 470	2.282	9	1,6	57,4
M/46 HAPI	15	Treprostinil sc	Si	II 520	502	6	3	71
H/43 HTEC	16	Treprostinil sc	No	III 175	687	11	1,96	64,6
H/52 HAPI	23	Treprostinil iv	No	III 560	1.189	19,6	1,38	56,4
M/59 HTEC	24	Epoprostenol iv	No	III 490	4.114	13	1,85	67,2
H/60 HAPAETC	3	Iloprost inh	No	III 550	223	14,2	1,73	62,4
H/43 HPoPu	1	Iloprost inh	No	III 300	1.309	16	2	49

Conclusiones: El seguimiento sistemático de los pacientes con HAP mediante un programa estructurado y dirigido por objetivos, según las recomendaciones vigentes, nos ha permitido identificar pacientes que presentan criterios de gravedad o mal pronóstico a pesar de tratamiento oral. Así, varios pacientes han recibido análogos de la prostaciclina antes de presentar un deterioro clínico manifiesto o irreversible.