Rev Esp Cardiol. 2018;71(Supl 1): 1197

Revista Española de Cardiología

6040-544. INFLUENCIA DE LA EVALUACIÓN DEL RIESGO EN LA EFECTIVIDAD DEL ILOPROST EN PACIENTES CON HIPERTENSIÓN ARTERIAL PULMONAR

Roberto del Pozo Rivas[1], Ignacio Hernández-González[2], Francisco Pastor Pérez[3], Teresa Elías Hernández[4], María Lázaro Salvador[5], Laura Dos Subirá[6], Elvira Garrido-Lestache[7], Javier Segovia Cubero[8], Isabel Blanco Vich[9] y Pilar Escribano-Subias[10], de la [1]Unidad de Hipertensión Pulmonar, Servicio de Neumología, Hospital Universitario 12 de Octubre, Madrid,[2]Unidad de Hipertensión Pulmonar, Servicio de Cardiología, Hospital Universitario 12 de Octubre, Madrid,[3]Servicio de Cardiología, Hospital Clínico Universitario Virgen de la Arrixaca, El Palmar (Murcia),[4]Servicio de Neumología, Hospital Universitario Virgen del Rocío, Sevilla,[5] Servicio de Cardiología, Hospital Virgen de la Salud, Toledo,[6]Unidad de Cardiopatías Congénitas del Adulto, Servicio de Cardiología, Hospital Universitario Vall d&#39Hebron, Barcelona,[7]Servicio de Cardiología Pediátrica, Hospital Universitario Ramón y Cajal, Madrid,[8]Servicio de Cardiología, Hospital Universitario Puerta de Hierro, Majadahonda (Madrid),[9]Servicio de Neumología, Hospital Clínic-Universidad de Barcelona, Institut d'Investigacions Biomèdiques August Pi i Sunyer (IDIBAPS), Barcelona y[10] Unidad de Hipertensión Pulmonar, Servicio de Cardiología, Hospital Universitario 12 de Octubre, Centro de Investigación Biomédica en Red de Enfermedades Cardiovasculares (CIBERCV), Madrid.

Resumen

Introducción y objetivos: El epoprostenol (EPO) es el tratamiento de elección de pacientes con hipertensión arterial pulmonar (HAP) de alto riesgo, pero precisa de administración intravenosa continua a través de un catéter permanente. Estudios previos han mostrado su baja utilización siendo sustituido por otras prostaciclinas de más fácil administración como el iloprost (ILO) inhalado. No hay datos del tratamiento con ILO en pacientes de alto riesgo en vida real. evaluación de riesgo y analizar la supervivencia. Objetivo: comparar las características clínicas al inicio del tratamiento con ILO en función de la evaluación de riesgo y analizar la supervivencia.

Métodos: Análisis de pacientes con HAP incluidos de forma voluntaria en el Registro Español (REHAP) entre 1998 y 2016 que habían recibido tratamiento con ILO en algún momento (n = 222). Se evaluó la clase funcional (CF), prueba de la marcha de 6 minutos (PM6M), tratamiento recibido y variables hemodinámicas al inicio de ILO. Dividimos la población en función de la estratificación de riesgo: mayor riesgo (WHO CF IV o PM6M 150m, n = 59) y menor riesgo (WHO CF I-III y PM6M ? 150m, n = 163). Se usaron los test de Kaplan Meier y *log rank* para el análisis de supervivencia.

Resultados: Se analizaron 222 pacientes: 34% idiopática, 25% asociada a enfermedad de tejido conectivo, 14% cardiopatía congénita, 13% hipertensión portopulmonar (PoPH), 7% virus de inmunodeficiencia humana (VIH), 6% combinación de PoPH y VIH, 2% síndrome de aceite tóxico. No hubo diferencias en cuanto a etiología entre ambos grupos. La tabla muestra las características clínicas al inicio de ILO en función de la estratificación de riesgo del paciente. Supervivencia a 1 y 3 años desde inicio de ILO para pacientes con menor riesgo frente a mayor riesgo fue: 84,5 frente a 52,4%, 63,4 frente a 34,3%, respectivamente (p 0,001; figura).

Supervivencia de mayor riesgo frente a menor riesgo.

	Menor riesgo (n = 163)	Mayor riesgo (n = 59)	p
Edad, años, mediana (RIC)	50,4 (40,6;62,3)	61,1 (51,6;70,4)	0,001
Sexo, varones, n (%)	48 (29,0)	13 (22,0)	0,311
WHO CF, n (%)			
I-II	51 (31,0)	6 (10)	0,002
III	112 (69,0)	26 (44)	0,001
IV	0 (0,0)	27 (46)	0,001
PM6M, m, mediana (RIC)	390 (300;473)	50 (50;144)	0,001
Hemodinámicas, mediana (RIC)			
Gasto cardiaco, l/min	4,0 (3,3;5,1)	3,8 (3,0;4,8)	0,535
RVP, unidades Wood	12,2 (7,8;16,3)	11,4 (8,6;14,8)	0,793
PAPm, mmHg	56,0 (48,0;64,0)	55,0 (45,0;67,0)	0,765
PAD, mmHg	10,0 (6,0;14,0)	12,0 (7,0;18,0)	0,078
Tiempo entre diagnóstico e inicio de ILO, meses, mediana (RIC)	9,1 (0,5;39,6)	2,3 (0,1;16,5)	0,01
Tratamiento al inicio de ILO n (%)			
Diuréticos	88 (54)	36 (61)	0,364

Oxígeno	47 (29)	34 (58)	0,001
Monoterapia	57 (35)	11 (18,6)	0,223
Upfront doble combinación (IFD5 o ARE)	11 (6,7)	8 (13,6)	0,171
Upfront triple combinación (IFD5 y ARE)	2 (1,2)	0 (0)	1
Secuencial doble combinación (después de IFD5 o ARE)	44 (27)	23 (39)	0,099
Secuencial triple combinación (después de IFD5 y ARE)	62 (38)	17 (28,8)	0,267

RIC: rango intercuartílico; RVP: resistencia vascular pulmonar; PAPm: presión arterial pulmonar media; PAD: presión de aurícula derecha; IFD5: inhibidores de fosfodiestersa 5; ARE: antagonista de receptores de endotelina.

Conclusiones: Respecto los pacientes de menor riesgo, aquellos de mayor riesgo tienen mayor edad, un perfil hemodinámico superponible con excepción de una PAD más alta y requieren oxigenoterapia con más frecuencia. La supervivencia es claramente peor sin que se objetiven diferencias significativas en el tratamiento entre ambos grupos. La mala supervivencia de estos pacientes confirma la necesidad de un tratamiento médico más agresivo tal y como indican las guías clínicas.