

4020-6. TRATAMIENTO DE LA HIPERTENSIÓN ARTERIAL PULMONAR EN ESPAÑA EN FUNCIÓN DEL ESTADO DE RIESGO: RESULTADOS DEL ESTUDIO SEMÁFORO

Carlos Andrés Quezada Loaiza¹, María Lázaro Salvador², Ana Belén López³ e Ian Forn³, de la ¹Unidad Multidisciplinar de Hipertensión Pulmonar, Servicio de Neumología, Hospital Universitario Ramón y Cajal, IRYCIS, Madrid, ²Servicio de Cardiología, Hospital Virgen de la Salud, Toledo y ³Actelion Pharmaceuticals España S.L., Barcelona.

Resumen

Introducción y objetivos: Las guías europeas más recientes (ESC/ERS 2015) sobre hipertensión arterial pulmonar (HAP) indican que el tratamiento inicial debe basarse en el riesgo de mortalidad y ajustarse en función de la respuesta, para alcanzar/mantener un riesgo bajo.

Métodos: Estudio observacional retrospectivo en 23 hospitales españoles. Se incluyeron consecutivamente pacientes adultos con HAP diagnosticados mediante cateterismo cardiaco derecho que acudieron a consulta. Se revisaron las historias clínicas para determinar el estado de riesgo y registrar el tratamiento al diagnóstico y en la visita presencial.

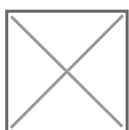
Resultados: Se incluyeron 251 pacientes, de los cuales 242 se consideraron válidos. El 71,1% fueron mujeres, la media (DE) de edad fue 56,5 (15,1) años. Se incluyeron pacientes con HAP idiopática (37,2%), asociada a conectivopatías (25,2%), asociada a cardiopatías congénitas (12,0%), asociada a hipertensión portal (10,3%), y otras (15,3%). Al momento del diagnóstico, 93,8% habían iniciado fármacos para la HAP (tabla), en monoterapia (64,3%), doble combinación (33,0%) o triple combinación (2,6%). En la visita presencial, una mediana (Q1; Q3) de 3,6 (1,2; 7,3) años después, el 98,3% recibían fármacos para la HAP (tabla), en monoterapia (32,4%), doble combinación (43,3%) o triple combinación (24,4%); y el 56,2% presentaban un riesgo de mortalidad bajo, 33,1% intermedio y 10,8% alto. El porcentaje de pacientes tratados con combinaciones fue mayor en los estados de riesgo más altos, aunque más de la mitad de los pacientes con riesgo intermedio y casi el 40% con riesgo alto recibían monoterapia (figura).

Proporción de pacientes que reciben tratamientos específicos para la hipertensión arterial pulmonar

Tratamientos	n (%) pacientes al diagnóstico	n (%) pacientes en visita presencial
ARE	143 (59,1)	182 (75,2)

Bosentán	71 (29,3)	50 (20,7)
Ambrisentán	52 (21,5)	78 (32,2)
Macitentán	20 (8,3)	54 (22,3)
PDE-5i	131 (54,1)	191 (78,9)
Sildenafil	81 (33,5)	100 (41,3)
Tadalafilo	50 (20,7)	91 (37,6)
Análogos de prostaciclina	20 (8,3)	48 (19,8)
Epoprostenol intravenoso	11 (4,5)	24 (9,9)
Iloprost inhalado	8 (3,3)	15 (6,2)
Treprostinil subcutáneo	1 (0,4)	9 (3,7)
BCC	18 (7,4)	7 (2,9)
Estimuladores de la GC ^a	3 (1,2)	3 (1,2)
Agonistas selectivos del receptor IP	1 (0,4)	26 (10,7)
Selexipag	1 (0,4)	23 (9,5)
Ralinepag	0	3 (1,2)

^aTodos los pacientes recibían riociguat. ARE: antagonistas de los receptores de la endotelina; BCC: bloqueadores de los canales de calcio; GC: guanilatociclasa; IP: prostaciclina; PDE-5i: inhibidores de la fosfodiesterasa tipo 5.



Estrategia terapéutica en el momento de la visita presencial en función del riesgo de mortalidad.

Conclusiones: La mayoría de pacientes con HAP recibían tratamientos específicos desde el diagnóstico (principalmente con antagonistas de los receptores de la endotelina o inhibidores de la fosfodiesterasa tipo 5). No obstante, en el momento de la visita presencial el 43,9% de pacientes presentaban un riesgo intermedio-alto. Al analizar la estrategia terapéutica en función del riesgo, se observó una tendencia a aumentar el uso de combinaciones de fármacos específicos para la HAP en pacientes de mayor riesgo. Pese a ello, un porcentaje alto de pacientes de riesgo intermedio-alto se sigue manejando con monoterapia.