



<https://www.revclinesp.es>

IF-80. - ESTUDIO DESCRIPTIVO DE LA COHORTE DE PACIENTES DIAGNOSTICADOS DE HIPERTENSIÓN PULMONAR ENTRE 2011 y 2012 EN UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL

A. Sousa Domínguez, C. Vázquez Triñanes, I. Villaverde, I. Gallego Barbáchan, M. Pérez Rodríguez, A. Rivera Gallego, M. Freire, B. Sopeña

Servicio de Medicina Interna-Unidad de Trombosis y Vasculitis. Hospital Xeral de Vigo. Vigo (Pontevedra).

Resumen

Objetivos: Describir las características clínicas, epidemiológicas y factores de riesgo asociados a mortalidad de estos pacientes así como detallar los hallazgos ecocardiográficos y hemodinámicos más relevantes.

Métodos: De forma retrospectiva se revisaron todos los cateterismos coronarios derechos (CCD) realizados en el Complejo Hospitalario Universitario de Vigo (1250 camas y 600.000 pacientes potenciales) entre enero de 2011 y diciembre de 2012. Se incluyeron los pacientes con presión arterial pulmonar (PAP) media ≥ 25 mmHg medida en reposo. Se analizaron las características clínicas, demográficas, datos ecocardiográficos y hemodinámicos de todos ellos.

Resultados: Se realizaron un total de 64 CCD durante este período; en 3 de ellos no se había realizado medición de presiones y en otros 17 esta medición no fue diagnóstica de HP por lo que fueron excluidos del análisis. Se diagnosticaron de HP 44 pacientes (59,1% mujeres). La edad media fue de $67,0 \pm 13,4$ años ($68,8 \pm 11,7$ en mujeres y $64,5 \pm 15,6$ en varones; $p = 0,15$). El motivo principal para la solicitud del ecocardiograma fue la disnea (36,4%) seguido por la sospecha de HP (27,3%) y la presencia de signos de insuficiencia cardiaca (22,7%). En cuanto a la clínica predominante al momento del diagnóstico, el 97,7% de los pacientes presentaba disnea (58,9% Clase NYHA III-IV) seguida por dolor torácico en el 20,5%. El 63,6% tenía signos de fallo cardíaco derecho (edemas en miembros inferiores en 28 pacientes, ingurgitación venosa yugular 22 pacientes, hepatomegalia en 18 y ascitis en 5). Los hallazgos ecocardiográficos más relevantes fueron una presión sistólica en arteria pulmonar (PSAP) estimada en $62,1 \pm 14,2$ de media (habiéndose calculado en 31/44 pacientes; 70,4%), dilatación de ventrículo derecho (VD) en 70,5%, disfunción de ventrículo izquierdo (VI) en el 52,3% y movimiento septal anómalo en 9 pacientes (20,5%). Los datos hemodinámicos calculados durante el CCD mostraron una PSAP de $61,3 \pm 14,2$ mmHg de media y PAP media de $41,2 \pm 8,5$ mmHg. Según la clasificación de Dana Point (2008) la mayoría (56,8%) se encuadraban en el Grupo 2 (cardiopatía izquierda), seguido por el Grupo 1 (hipertensión arterial pulmonar) 18,2% (incluyendo 2 pacientes con esclerodermia limitada y 1 paciente con enfermedad de Rendu-Osler) y Grupo 3 (secundaria a enfermedades pulmonares y/o hipoxemia) 11,4%. 3 pacientes tenían HP tromboembólica crónica (1 de ellos con síndrome antifosfolípido primario) y los 3 restantes por mecanismos multifactoriales (incluyendo 1 paciente con síndrome de Sjögren y 1 con sarcoidosis). En el momento de la realización del CCD en 7/61 pacientes (11,4%) se había iniciado tratamiento específico de HP (5 pacientes con antagonistas de receptor de endotelina, 1 con iloprost inhalado y 1 con sildenafil). Tras confirmarse HP se mantuvo en todos ellos (3 pertenecían al Grupo 1, 1 del Grupo 3, 2 del Grupo 4 y 1 del

Grupo 5) y siempre en monoterapia. El tiempo medio de seguimiento fue de $23 \pm 17,6$ meses con una mortalidad de 34,1% asociándose significativamente con la edad ($75,0 \pm 10,0$ años vs $61,9 \pm 16,1$ en los no fallecidos; $p = 0,003$) y con la presencia de signos de fallo cardíaco derecho (hepatomegalia, OR 4,3 [1,3-14,5] IC95%; $p = 0,019$) y ascitis, OR 13,2 [1,3-129,0]; $p = 0,025$). No se demostró relación estadísticamente significativa con la PAP media medida en cateterismo ($39,5 \pm 9,7$ vs $33,9 \pm 12,4$; $p = 0,101$) ni con el tratamiento específico de HP ($p = 0,372$).

Conclusiones: 1. La hipertensión pulmonar es una patología con una elevada morbimortalidad. 2. La edad avanzada y la aparición de signos de fallo cardíaco derecho se han asociado con una mayor mortalidad. 3. El tratamiento específico para HP fue iniciado en pocos pacientes y siempre en monoterapia a pesar de la elevada clase funcional de los mismos.