



<https://www.revclinesp.es>

EV-008 - REVISIÓN EN CONSULTA DE HIPERTENSIÓN PULMONAR

S. Ferra Murcia, I. El Attar Acedo, E. Vogt Sánchez, A. Aceituno Caño, L. León Ruiz, B. Cervantes Bonet, F. Díez García y A. Barnosi Marín

Medicina Interna. Complejo Hospitalario Torrecárdenas. Almería.

Resumen

Objetivos: Analizar las características de los pacientes en seguimiento en consulta monográfica de hipertensión pulmonar de un hospital de tercer nivel en el año 2018. Analizar los factores de riesgo cardiovascular, edad, sexo, años de evolución y antecedentes de dicha muestra, así como el grupo de hipertensión pulmonar de la clasificación de Niza a la que pertenecen, clase funcional y tratamiento actual.

Material y métodos: Estudio observacional, retrospectivo, revisando los informes de consulta de los pacientes atendidos en la consulta monográfica de hipertensión pulmonar del Complejo Hospitalario Torrecárdenas (Almería) desde el 1 de enero al 31 de mayo de 2018, analizando las variables descritas mediante el programa estadístico SPSS v21.

Resultados: En total se han incluido 39 pacientes que habían sido atendidos en la consulta monográfica de hipertensión pulmonar en 2018. El 70% de los pacientes eran mujeres con una edad media de 61 años (desviación típica de 13,1). El 18% fumadores, el 2,6% bebedores y el 5% consumían otras sustancias. El 31% presentaban un índice de masa corporal superior a 30 kg/m^2 . El 70% de la muestra eran hipertensos, el 53% dislipémicos y el 18% diabéticos. El 31% de los pacientes presentaban fibrilación auricular y el 13% habían presentado con anterioridad algún evento isquémico coronario. El 25,6% habían tenido un tromboembolismo pulmonar agudo. Con ello, encontramos que el 82% de los pacientes revisados en la consulta en dicho periodo tenían realizada prueba de imagen con angioTAC de tórax y el 57% gammagrafía, con un 46% de los pacientes donde se habían realizado ambos estudios. 5 de los pacientes revisados (13%) presentaban cardiopatías congénitas: comunicación interauricular (CIA) en 2,6%; comunicación interventricular (CIV) 7,7% y foramen oval permeable (FO) en el 2,6%). En el 8% de los pacientes constaba antecedente de ictus. El 30% precisaba oxigenoterapia domiciliaria, con una prevalencia de síndrome de apnea-hipopnea del sueño de un 13%, EPOC (8%) y asma bronquial (13%). La mayoría presentaba fracción de eyección de ventrículo izquierdo (FEVI) preservada, encontrando tan sólo un 3% de los pacientes con FEVI deprimida. La clase funcional más frecuente ha sido el II de la New York Heart Association (NYHA) en el 44% de la muestra, encontrando un 35% en clase I/IV, 13% en clase III/IV y el 8% en clase funcional IV/IV. El 8% de los pacientes presentaban infección por el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH) con buen control inmunovirológico.

Discusión: El 36% de los pacientes analizados pertenecen al grupo 2 de la OMS, al grupo 1 (23%), grupo 4 (20,5%); grupo 1 y 4 (7,7%), el 2,6% al grupo 3, el 2,6% al grupo 2 y 4, así como al grupo 1 y 3 (2,6%), grupo 2 y 3 (2,6%) y al grupo 5: un paciente. El 65% ya mantenían más de 3 años de evolución y seguimiento. Se había realizado en el momento del estudio cateterismo cardíaco exclusivamente derecho en

el 40%, izquierdo (5%) y ambos (40%). En tan sólo un 15% aún no se había realizado cateterismo. En cuanto a tratamiento, el 70% estaban anticoagulados (92% acenocumarol, 3% apixaban y 5% con heparina de bajo peso molecular) en el momento del estudio. Los fármacos más empleados fueron los diuréticos de asa (67%), seguidos de bosentan (38%); sildenafilo (33%); ARA-2 (30%); espironolactona/eplerrenona (28%); betabloqueantes (26%); riociguat (15%); corticoides (7%); selexipag (5%); iloprost (5%); macitentan (5%); ambisentan y epoprostenol (2,6%); tprostinal (2,6%). Durante el periodo de seguimiento falleció un paciente y otro paciente fue sometido a angioplastia pulmonar.

Conclusiones: Es de vital importancia una correcta clasificación del grupo de hipertensión pulmonar al que pertenecen pues de ello derivarán actuaciones terapéuticas correctas que mejorarán en la medida de lo posible la calidad de vida de nuestros pacientes. Un seguimiento estrecho en consulta llevada por internistas podría facilitar el control de comorbilidades tan prevalentes en estos pacientes.