



## IC-87. - CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS DE LOS PACIENTES CON HIPERTENSIÓN PULMONAR SEVERA ASOCIADA A FALLO CARDIACO DERECHO QUE INGRESAN EN UN SERVICIO DE MEDICINA INTERNA

M. García Rodríguez<sup>1</sup>, A. Lucas Dato<sup>1</sup>, C. Jiménez Guardiola<sup>1</sup>, V. Martínez Sempere<sup>1</sup>, R. Hurtado García<sup>1</sup>, J. Bailén Cañizares<sup>2</sup>, J. Murcia Zaragoza<sup>1</sup>, J. Cepeda Rodrigo<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Servicio de Medicina Interna, <sup>2</sup>Servicio de Cardiología. Hospital de la Agencia Valenciana de Salud Vega Baja. Orihuela (Alicante).

### Resumen

**Objetivos:** Conocer el perfil clínico de los pacientes con hipertensión pulmonar (HTP) severa asociada a fallo cardiaco derecho que ingresa en el Servicio de Medicina Interna.

**Métodos:** Estudio observacional prospectivo de enero a junio del 2013. Incluimos todos los pacientes que ingresaron con clínica de disnea y semiología de fallo cardiaco derecho (dos de los siguientes signos: insuficiencia tricuspídea, ingurgitación yugular, hepatomegalia, ascitis, edemas en miembros inferiores) junto a la presencia de HTP determinada por ecocardiografía definida por la presencia de presión sistólica en AP > 50 mmHg. Se consideró que la hipertensión pulmonar era asociada a la presencia de cardiopatía izquierda (CI) ante la presencia de hipertensión pulmonar y daño estructural/funcional significativo en cavidades izquierdas y desproporcionada al grado de CI ante la ausencia de cardiopatía estructural significativa y parámetros ecocardiográficos utilizados habitualmente. En los pacientes con HTP desproporcionada al grado de CI se realizó un esfuerzo diagnóstico para encontrar otras causas de HTP secundaria. Se analizaron variables sociodemográficas, de comorbilidad, clínicas, analíticas y radiológicas. Los pacientes fueron clasificados al final del estudio en función de la clasificación vigente. El análisis estadístico se realizó con los criterios habituales y con el programa estadístico SPSS 17.0.

**Resultados:** Se incluyeron 43 pacientes; un 81,4% (n 35) fueron mujeres con una edad media de 81 ± 8,9 años. La mayoría de los pacientes el diagnóstico al ingreso y/o previamente establecido fue de insuficiencia cardiaca, el 41% presentaban en situación basal una clase funcional III de la NYHA. El 86% de los pacientes cumplían criterios de pluripatología. La media de IMC fue de 32,9 ± 5,3, aclaramiento de creatinina de 41,9 ± 15,3 y pro-BNP 4.621 ± 4.394 pg/ml. El 60% de los pacientes presentaban disfunción diastólica y el 80% de los pacientes se encontraban en fibrilación auricular. Pese a los hallazgos ecocardiográficos solamente en 9 pacientes (21%) el ecocardiografía justificó la HTP por la CI encontrada, en el resto de pacientes (79%) el grado de HTP era desproporcionado al grado de CI por lo que se realizó un esfuerzo diagnóstico para encontrar el origen de la misma. Tras concluir el estudio la distribución fue la siguiente: 25 pacientes (73,5%) HTP asociada a síndrome apnea del sueño/obesidad hipoventilación (SAHS-SOH); 3 pacientes (8,8%) HTP asociada a neumopatía intersticial; 2 pacientes (5,8%) HTP asociada a esclerodermia, 2 pacientes (5,8%) HTP asociada a enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC) y 2 pacientes (5,8%) HTP asociada a

tromboembolismo pulmonar (TEP).

*Discusión:* La presencia de disnea junto a HTP grave y fallo cardiaco derecho es relativamente frecuente en los servicios de medicina Interna. Mucho de estos pacientes reciben el diagnóstico de insuficiencia cardiaca en base a los criterios de Frigminghan y hallazgos ecocardiográficos que en ocasiones no se correlacionan con la severidad de la HTP encontrada. Esto puede provocar que mantengamos una actitud nihilista evitando buscar otras causas que puedan provocar HTP secundaria como situaciones de hipoxia crónica.

*Conclusiones:* La HTP grave en nuestra servicio se da predominantemente en mujeres de edad avanzada, pluripatológicas, con obesidad y cifosis dorsal. Cabe destacar que más de 2/3 de los pacientes presentaron HTP desproporcionada al grado de CI, siendo el mecanismo etiológico más frecuente el SAHS-SOH.