



BURGOS 2018

21 CONGRESO NACIONAL FARMACÉUTICO

Del 3 al 5 de octubre · Fórum Evolución



CAMBIO DE PROSTANOIDE PARENTERAL A ORAL EN EL TRATAMIENTO DE LA HIPERTENSIÓN ARTERIAL PULMONAR

Ana Sangrador Rasero*, Amaya Martínez Meñaca**, Víctor Manuel Mora Cuesta**, José Manuel Cifrián Martínez**, David Iturbe Fernández**, Sonia Fernández Rozas**, Marta Valero Domínguez*

*Servicio de Farmacia, ** Servicio de Neumología

Hospital Universitario Marqués de Valdecilla. Santander

INTRODUCCIÓN

Los prostanoideos (análogos de las prostaciclina) son el tercer escalón en el tratamiento de la Hipertensión Arterial Pulmonar (HAP). Las opciones terapéuticas disponibles son Epoprostenol, Treprostinil e Iloprost. Epoprostenol se administra por vía intravenosa continua con bomba de perfusión. Treprostinil se administra por vía parenteral subcutánea con bomba de perfusión y por vía inhalatoria. Iloprost se administra por vía inhalatoria.

La calidad de vida de los pacientes con estos tratamientos se ve muy disminuida debido a la necesidad de emplear bombas de perfusiónparenteral continuas que no puede detenerse por amenaza de la vida del paciente, o por tener que realizar inhalaciones varias veces al día.

Selexipag es un agonista selectivo del receptor IP de la prostaciclina y es el primer prostanoides oral autorizado en España para el tratamiento de la HAP.

OBJETIVO

Evaluar la eficacia y los efectos adversos de sustituir el tratamiento con Epoprostenol y Treprostinil a Selexipag en dos paciente con HAP.

MATERIAL Y MÉTODOS

Epoprostenol es un prostanoides que se administra en infusión intravenosa continua con bomba de perfusión a dosis entre 2 y 30 ng/Kg/min. Es el único prostanoides que ha demostrado reducción de la mortalidad en la HAP Idiopática.

Treprostinil es un prostanoides que se administra en infusión subcutánea continua con bomba de perfusión a una dosis de 1 a 39 ng/Kg/min.

En el paciente 1, la dosis inicial de Epoprostenol era de 29 ng/Kg/min. La dosis se disminuyó a un ritmo de 1 ng/Kg/min por día. Al alcanzar la dosis de 6 ng/Kg/min se introdujo Selexipag 200 mg cada 12 h. Cuando la dosis era de 3 ng/Kg/min se aumentó Selexipag a 400 mg/12 h. Finalmente se suspendió el Epoprostenol cuando la dosis era de 0,5 ng/Kg/min y se aumentó Selexipag a 600 mg/12 h.

En el paciente 2, la dosis inicial de Treprostinil era de 29 ng/Kg/min. La dosis se disminuyó a un ritmo de 3 ng/Kg/min por día. Al alcanzar la dosis de 21 ng/Kg/min por día, se introdujo Selexipag 200 mg cada 12 h. Cuando la dosis era de 15 ng/Kg/min se aumentó Selexipag a 400 mg/12 h. Finalmente se suspendió el Treprostinil cuando la dosis era de 4 ng/Kg/min y se aumentó Selexipag a 600 mg/12 h.

La dosis máxima diaria recomendada de Selexipag es de 1200 mg/12 h

Guía ESC/ERS 2015 sobre diagnóstico y tratamiento de la hipertensión pulmonar

ALGORITMO DE TRATAMIENTO DE LA HAP

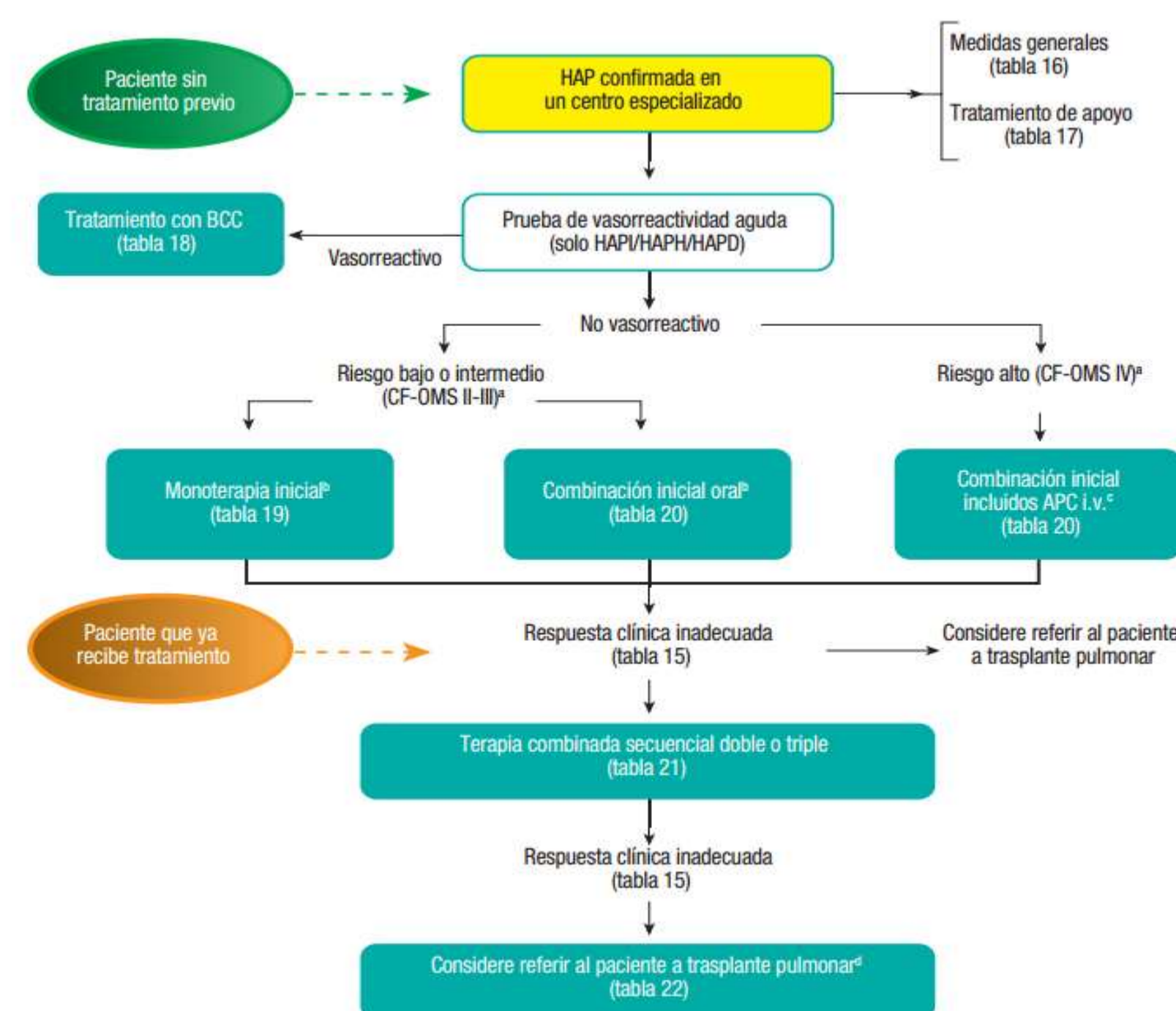


Figura 2. Algoritmo de tratamiento basado en la evidencia para los pacientes con HAP (solo para pacientes del grupo 1; consulte la descripción en este documento). APC: análogos de la prostaciclina; BCC: bloqueadores de los canales del calcio; CF-OMS: clase funcional de la Organización Mundial de la Salud; HAP: hipertensión arterial pulmonar; HAIPH: hipertensión arterial pulmonar inducida por drogas o toxinas; HAIPH: hipertensión arterial pulmonar hereditaria; HAPD: hipertensión arterial pulmonar idiopática; i.v.: intravenoso.

Rev Esp Cardiol. 2016;69(2):177.e1-e62



RESULTADOS

- La disminución de la dosis de prostanoideos parenterales se debe realizar de manera gradual a un ritmo no superior a 1-3 ng/Kg/min por día.
- El momento de la introducción del prostanoides oral no está perfectamente definido en la literatura.
- Los efectos adversos aparecidos fueron leves y fácilmente manejables

CONCLUSIONES

El cambio de prostanoides parenteral a oral en el tratamiento de la HAP es seguro y aumenta de manera considerable la calidad de vida de los pacientes.