



I-HIV-032 - RELACIÓN ENTRE EL GROSOR ÍNTIMA MEDIA CAROTÍDEO Y PRESENCIA DE PLACA CON LOS MODELOS PREDICTIVOS DE RIESGO CARDIOVASCULAR FRAMINGHAM, SCORE Y D:A:D EN PACIENTES CON INFECCIÓN POR EL VIH

M. Martín Cascón¹, J. Gómez Verdú¹, A. Martín Cascón¹, A. Pinos Blanco³, C. Trasancos Escura³, J. Bravo Urbietá⁴, A. Alcaraz García² y E. Bernal Morell²

¹Medicina Interna; ²Enfermedades Infecciosas. Hospital General Universitario Reina Sofía. Murcia. ³Medicina Interna; ⁴Enfermedades Infecciosas. Hospital J.M. Morales Meseguer. Murcia.

Resumen

Objetivos: Estudiar la relación entre el grosor íntima media carotídeo (GIM) y placa con los modelos predictivos de riesgo cardiovascular (RCV) de Framingham, SCORE y D:A:D en pacientes con infección por el VIH.

Material y métodos: Estudio transversal analítico con 235 pacientes con infección por VIH en los que se practicó una ecografía carotídea con medición del grosor íntima media carotídeo (GIM) a nivel de carótida común y bulbo carotídeo. Se analizaron variables sociodemográficas, factores de riesgo cardiovascular clásicos y variables relacionadas con el VIH. Se calculó el RCV según los modelos de Framingham, SCORE y D:A:D. Los datos fueron procesados con el paquete estadístico SPSS v.24.

Resultados: Se incluyeron un total de 235 pacientes, con una edad media de 45,6 años (DE 10,3) y una proporción de 76,6% hombres. El 22,1% eran hipertensos, 7,7% diabéticos, 29,4% dislipémicos, 14,9% obesos, 53,6% fumadores activos y 6,0% con antecedentes familiares de RCV. El 70,2% presentaron una carga viral 50 copias/¿L y una mediana de CD4 de 640 células/¿L (RIC 410-870) en el momento del estudio. La correlación entre los tres modelos predictivos y el GIM fue elevada: Framingham ($r_s = +0,533$; p 0,001), SCORE ($r_s = +0,543$; p 0,001), D:A:D ($r_s = +0,542$; p 0,001). El poder discriminativo de los tres modelos para detectar aterosclerosis subclínica (AS) fue parecido, con áreas bajo la curva (AUC) similares: Framingham (AUC = 0,762; [IC95% 0,701–0,823]), SCORE (AUC = 0,779; [IC95% 0,720–0,838]), D:A:D (AUC = 0,768; [IC95% 0,708–0,828]). El modelo D:A:D clasificó menos pacientes en riesgo bajo (25,96%), que los modelos Framingham (57,45%) y SCORE (65,11%). Existieron diferencias en el GIM según los grupos de RCV entre los modelos poblacionales Framingham y SCORE respecto del modelo D:A:D (tabla). No existieron diferencias significativas en la proporción de placa carotídea entre los distintos modelos predictivos.

Discusión: El RCV cada vez está cobrando más importancia en los pacientes con infección por el VIH debido a las esperanzas de vida progresivamente más elevadas y el envejecimiento de esta población. El modelo predictivo de RCV planteado en el estudio D:A:D es el único validado para población con VIH. En nuestro estudio hemos analizado la relación del GIM con 2 modelos de RCV para población general y el modelo D:A:D, encontrando diferencias significativas. En la literatura no existen estudios similares.

GIM de AC, según la estratificación del riesgo de los modelos Framingham, SCORE y D:A:D

GIM (mm)-Me (RIC)	Framingham	SCORE	D:A:D
Riesgo bajo	0,70 (0,65-0,80)	0,70 (0,63-0,81)	0,67 (0,59-0,75)*†
Riesgo moderado	0,80 (0,72-0,95)	0,85 (0,78-1,03)	0,75 (0,67-0,89)†
Riesgo alto/muy alto	0,92 (0,83-1,15)	1,01 (0,76-1,15)	0,92 (0,81-1,07)

*Comparación del modelo D:A:D con Framingham. Prueba U de Mann-Whitney con p 0,05. †Comparación del modelo D:A:D con SCORE Prueba U de Mann-Whitney con p 0,05.

Conclusiones: 1) La correlación de los modelos de Framingham, SCORE y D:A:D con el GIM es positiva y fuerte. 2) El poder discriminativo de AS es similar para los tres modelos. 3) El modelo D:A:D clasifica una menor proporción de pacientes en el estrato de RCV bajo. 4) Existen diferencias en el GIM entre los estratos de RCV de Framingham y SCORE respecto D:A:D. 5) Incorporar el GIM a un modelo predictivo de RCV en pacientes con VIH podría ser un factor a explorar en el futuro.