Rev Clin Esp. 2017;217(Espec Congr):1068

Revista Clínica Española

https://www.revclinesp.es

I-HIV-006 - EVALUACIÓN DEL RIESGO CARDIOVASCULAR (RCV) EN PACIENTES VIH DE UN HOSPITAL DE SEGUNDO NIVEL

C. Martínez Huguet[1], C. Jimeno Griñó[1], T. Omiste Sanvicente[1], E. Calvo Beguería[1], C. Lahoz Lasala[1], V. Carmona Escribano[1], M. Mallen Díez de Terán[1] y P. Amador Rodríguez[2]

[1]Medicina Interna; [2]Servicio de Farmacia. Hospital General San Jorge. Huesca.

Resumen

Objetivos: Evaluar el RCV en una muestra de 150 pacientes con diagnóstico de VIH, conocer su relación con las características sociodemográficas, inmunovirológicas y el tratamiento antirretroviral e identificar los principales factores implicados en el riesgo más elevado.

Material y métodos: Estudio descriptivo de una cohorte de 150 pacientes con infección por VIH que acuden a consulta de Medicina Interna entre enero 2017 y marzo 2017. Variables principales: edad, género, hábito tabáquico, consumo de cocaína, existencia de lipodistrofia, índice de masa corporal, hipertensión arterial, colesterol total (C-total), colesterol HDL (C-HDL), colesterol LDL (C-LDL), y triglicéridos. Variables secundarias: vía de transmisión, tiempo desde el diagnóstico, TAR, CD4 y carga viral (CV). Se estimó el riesgo coronario global y la probabilidad de muerte de causa cardiovascular a los 10 años con las tablas REGICOR y SCORE.

Resultados: Se analizan 150 pacientes cuya edad media fue de 50,34 años, con predominio del sexo masculino (72% hombres vs 28% mujeres). El rango de edad entre los 36 y 55 años fue el más numeroso (68%). La categoría de transmisión mayoritaria fue la heterosexual (46,7%) seguida de la vía parenteral en usuarios de drogas (38,7%). El 63,3% había sido diagnosticado hace más de diez años, el 44% de los pacientes pertenecía a la categoría C del CDC y el 90% tenía una carga viral plasmática de VIH < 50. La prevalencia de los diferentes factores de riesgo asociados fue; tabaquismo (53,3%), hipertensión (20,7%), diabetes (14%) e hipercolesterolemia (52%). El 82% presentaba cifras de colesterol HDL < 40 mg/dl y el 29,3% tenía hipertrigliceridemia. El 24,7% de la muestra tenía sobrepeso y el 23,3% eran obesos. El 18% de los pacientes consumían cocaína y sólo el 7,3% tenía lipodistrofia. Todos los pacientes recibían TAR, 114 pacientes tomaban INNTR; 32 INI y 69 IP (41 potenciados con cobecistat y sólo 14 con ritonavir). De los primeros, un 56% presentaba hipercolesterolemia, sin embargo a expensas de un C-HDL > 40 respecto al 28% del segundo grupo. De un total de 54 pacientes con riesgo medio- alto (REGICOR), casi un tercio (27,33%) habían sido diagnosticados hace más de diez años y el 36% presentaban un CD4 nadir < 350 células/mm^3. Según SCORE, había 62 pacientes incluidos en el grupo de riesgo moderado-alto, en el 31,3% habían transcurrido más de diez años desde su diagnóstico y el 72,5% tenía un CD4 nadir < 350 células/mm^3. La puntuación en los pacientes con vía de transmisión homosexual fue significativamente menor, tanto con la escala SCORE (5,63%, p = 0,041) como REGICOR (8,45%; p = 0,031). Únicamente 7 pacientes habían presentado algún evento CV siendo la cardiopatía

isquémica la manifestación predominante (57,14%).

Discusión: Entre los pacientes con RCV moderado/alto, tanto el tabaquismo como los niveles más altos de C-total y más bajos de C-HDL continuaron siendo, después de la edad, los FRCV más frecuentes. El cambio de IP potenciado de ritonavir a cobicistat puede reflejar un efecto protector a nivel vascular de forma indirecta puesto que se produce un aumento del colesterol HDL en aquellos pacientes con hipercolesterolemia. A pesar del aumento del riesgo relativo de enfermedad cardiovascular, el riesgo absoluto permanece bajo en la mayoría excepto en los sujetos con agregación de múltiples FRCV. Se deberían desarrollar herramientas que incluyeran variables específicas del VIH (CV, CD4, tiempo de la infección y duración del TAR).

Conclusiones: Es previsible que según la población vaya envejeciendo, el riesgo relativo se vaya incrementando, aunque el riesgo absoluto de enfermedad CV en los pacientes infectado jóvenes es muy bajo, según las escalas. Se debería incorporar de forma rutinaria a la práctica clínica la evaluación de todos los FRCV y, hasta disponer de herramientas específicamente diseñadas para infectados, utilizar alguna de las ecuaciones de riesgo disponibles.

0014-2565 / © 2017, Elsevier España S.L.U. y Sociedad Española de Medicina Interna (SEMI). Todos los derechos reservados.