



HIV-004 - ANÁLISIS DESCRIPTIVO DE LA PRESENCIA DE ENFERMEDAD CARDIOVASCULAR SUBCLÍNICA EN PACIENTES VIH

M. Martínez-Abarca Márquez, I. González Carrasco, J. Roa Escobar, M. Agud de Dios, V. Estrada Pérez y J. Pérez-Somarriba

Medicina Interna. Hospital Clínico San Carlos. Madrid.

Resumen

Objetivos: Describir la prevalencia de enfermedad cardiovascular subclínica (determinando la presencia de placas ateroscleróticas en territorio femoral y/o carotídeo mediante ecografía) y determinar si existe asociación con factores de riesgo cardiovascular tradicionales.

Material y métodos: La muestra consistía en 280 pacientes diagnosticados de VIH, en seguimiento en las consultas de Hospital de Enfermedades Infecciosas del Hospital Clínico San Carlos. Se definió como variable dependiente del estudio la presencia de placas de ateroma en arterias carótidas y/o arterias femorales superficiales. Se recogieron datos tales como género, edad, datos antropométricos, presión arterial; en relación a la infección por VIH (año de diagnóstico, enfermedad SIDA, nadir de CD4+, niveles de CD4+, carga viral y cociente CD4+/CD8+); hábito tabáquico, perfil lipídico (colesterol total, LDL, HDL y triglicéridos), hipertensión arterial, diabetes mellitus, enfermedad renal y los datos ecográficos (grosor de la íntima media). Se estimó el riesgo cardiovascular mediante el Framingham Heart Study y el DAD (Data Collection on Adverse events of anti-HIV Drugs). Las variables cuantitativas se expresaron como media \pm desviación estándar, o mediana y rango intercuartílico, mientras que las variables cualitativas se expresaron como porcentaje y número absoluto. Las diferencias para las variables cuantitativas se realizó mediante test de la t de Student y el test de la U de Mann-Whitney en el caso de variables que no seguían una distribución normal. Para las variables cualitativas se utilizó el test de la chi-cuadrado de Pearson o el estadístico exacto de Fisher. El análisis multivariante se realizó mediante regresión logística multivariable, con significación estadística de inclusión ($p < 0,05$).

Resultados: Del total de 280 pacientes, un 83% eran varones, con una edad media de 50 años. El riesgo cardiovascular fue de 9,4 (IQR 4,7-15,6) según la escala de Framingham, y 14,6 (IQR 6,4-21,13) para el DAD. La presencia de enfermedad vascular subclínica se evidenció en el 41,4% de la muestra, siendo la incidencia de placas mayor en territorio femoral (34,6%). El análisis univariante estableció la asociación estadísticamente significativa ($p < 0,05$) entre la presencia de placas y algunos de los factores de riesgo cardiovascular tradicionales: el tabaquismo, la hipertensión arterial, la diabetes, la enfermedad renal, la infección por VHC y la hipertrigliceridemia. No se objetivó asociación con el sexo, las cifras de tensión arterial media, colesterol total medio e hipercolesterolemia, LDL, HDL, IMC y PCR elevada. En relación con el VIH, la presencia de placas no guarda relación con la historia de SIDA, carga viral detectable, CD4 y

cociente CD4/CD8, pero sí con el nadir CD4, siendo este más bajo en los pacientes con placa; y con el tiempo de infección por VIH (7,5 años más en pacientes con placas), observándose que, a mayor tiempo de exposición a la infección, mayor prevalencia de placas.

Discusión: La elevada prevalencia de factores de riesgo cardiovascular se puede atribuir a la coexistencia estilos de vida no saludables (tabaquismo, sedentarismo, etc.), iatrogenia por antirretrovirales, translocación bacteriana y estatus proinflamatorio por el propio virus.

Conclusiones: Se puede deducir que, cuando la infección por VIH está controlada, los factores cardiovasculares determinantes son los mismos que en la población general (la edad y el tabaco) y esto supone un motivo más para el cumplimiento estricto del tratamiento antirretroviral.