



I/H-031 - EVENTOS CARDIOVASCULARES EN PACIENTES VIH: ¿DEBERÍAMOS APRENDER A PREDECIRLOS MEJOR?

E. Díaz de Mayorga Muñoz, A. Gómez Berrocal

Servicio de Medicina Interna. Hospital Universitario de la Princesa. Madrid.

Resumen

Objetivos: Describir las características socio-demográficas y clínicas de los pacientes VIH que sufren un evento cardiovascular. Describir las características de los eventos cardiovasculares que presentan y el riesgo vascular (RV) según las escalas de SCORE y Framingham en el momento del evento.

Métodos: Estudio descriptivo retrospectivo en el Hospital Universitario de La Princesa (Madrid) desde 1996 hasta 2014. Se incluyeron todos los pacientes mayores de 18 años con infección VIH que hubieran tenido como codificación diagnóstica al alta un evento cardiovascular. Se recogieron variables analíticas y clínicas en relación con la infección por VIH, con el RV clásico además de información sobre el tipo de evento. Para el cálculo del RV se empleó la calculadora adaptada a la ecuación de Framingham y la tabla de cálculo de riesgo SCORE para países mediterráneos. Para la obtención de la información se revisó la historia clínica informatizada de los pacientes. El análisis de datos se ha realizado con SPSS versión 15.0 empleando los estadísticos descriptivos habituales.

Resultados: Se incluyeron 36 pacientes, de los cuales el 92% eran varones y el 19% eran ADVP. El 23,1% tenían CV detectable en el momento del evento, con una media de CD4 de 355 (\pm 273) células/ μ L y el 83,3% tomaba TAR. El 64,5% eran fumadores, el 40% tenían dislipemia, el 36,7% eran hipertensos y el 26,7% eran diabéticos. De los eventos, 2/3 partes fueron de causa vascular, mientras que el resto se atribuyó finalmente a causa infecciosa. De los vasculares, el 39% fueron ictus y el 51% un IAM o SCASEST. El 78,9% tenían CD4 > 200 células/ μ L, mientras que si la etiología era infecciosa 57,1% tenía CD4 < 200 células/ μ L. El 90,5% tomaban TAR, y en un 17,4% de los casos incluía un IP. Los pacientes llevaban una media de 8 (\pm 6) años con TAR, en contraste con los de causa infecciosa que llevaban 0,8 años (\pm 1). La escala de Framingham predecía un riesgo bajo en el 100% de los pacientes que sufrieron un evento de causa infecciosa, mientras que en los de causa vascular, el 50% tenían un riesgo alto. La escala SCORE predecía riesgo bajo en el 76,5% de los pacientes que sufrieron un evento de causa vascular, y predijo riesgo alto en el 5,9% de los casos. El 23,1% de estos pacientes cumplían los objetivos de prevención primaria, y el 28,6% en prevención secundaria. La escala de Framingham predijo un riesgo alto en el 40% de los pacientes que sufrieron un ictus, y en el 55,6% de los pacientes con IAM o SCASEST. La escala SCORE predijo un riesgo alto sólo en el 10% que sufrieron un IAM, y en ningún paciente que sufrió un ictus. Los FRCV se presentaban en porcentajes similares en ambas entidades.

Discusión: La tasa de eventos cardiovasculares en los pacientes VIH fue baja después de un seguimiento de 18 años. Llama la atención el porcentaje de eventos que fueron codificados como vasculares siendo la causa final de origen infeccioso (fundamentalmente en el caso de eventos neurológicos). La mayoría de los pacientes que sufrieron un evento cardiovascular fueron varones con buen control inmunoviroológico. De los FRCV clásicos que presentaban, el más prevalente fue el tabaquismo, seguido de la dislipemia. Todos estos FRCV eran casi inexistentes en los pacientes que fueron diagnosticados finalmente de infección causante del evento. En cuanto a las escalas de predicción del RCV que utilizamos en la población general, destaca una aparente infraestimación del riesgo en estos pacientes. En general, ambas escalas fueron mejores predictoras del riesgo en el caso del IAM que en el ictus, siendo mejor la escala de Framingham ya que estratificó al 56% de los pacientes como riesgo elevado, frente al sólo 10% que calificó la escala SCORE.

Conclusiones: En los últimos 14 años ha habido una baja tasa de eventos cardiovasculares en los pacientes VIH en nuestro entorno y en un porcentaje no despreciable han sido causados por infección. La mayoría no cumplían objetivos de prevención primaria. Muchos de ellos no tenían FRCV clásicos por lo que, independientemente de la habilidad del clínico en el manejo del RV, hubiera existido una infraestimación con las escalas habituales.