



I-HIV-050 - EVALUACIÓN DE RIESGO CARDIOVASCULAR MEDIANTE PRUEBAS NO INVASIVAS EN PACIENTES VIH EN EL HOSPITAL GENERAL DE ALBACETE

A. Pérez Sáez¹, N. Corominas Martínez¹, M. García del Valle¹, E. Martínez Alfaro¹, A. Martínez Ruiz², F. Salmerón Martínez³ y O. Ayo Martín⁴

¹Unidad de Enfermedades Infecciosas. Servicio de Medicina Interna; ²DUE. Unidad de Enfermedades Infecciosas. Servicio de Medicina; ³Servicio de Cardiología; ⁴Servicio de Neurología. Complejo Hospitalario Universitario de Albacete.

Resumen

Objetivos: Analizar la incidencia de riesgo cardiovascular (RCV) en pacientes con infección por VIH a través del uso de pruebas no invasivas como son el índice tobillo-brazo (ITB), la medición del grosor íntima media carotídea (GIMc) y la medición del tejido adiposo cardíaco (TAE).

Material y métodos: Se trata de un estudio prospectivo. Se incluyen 76 pacientes con infección por VIH, mayores de 18 años en tratamiento antirretroviral (TARGA) en seguimiento en la Unidad de Enfermedades Infecciosas. Se excluyen pacientes con neoplasia activa, enfermedad cardiovascular previa (ictus, IAM, etc.) así como claudicación intermitente. El estudio se desarrolla en 3 fases. El estudio se desarrolla en 3 fases: la primera fase consiste en una visita en consulta, una segunda fase a los 6 meses y otra final a los 12 meses del inicio del estudio. En esta primera fase, se realiza una anamnesis y exploración física completas junto con distintas mediciones no invasivas: índice tobillo-brazo (ITB), medición del grosor íntima media carotídea (GIMc) y la medición del tejido adiposo cardíaco (TAE).

Resultados: Los resultados aportados son los datos obtenidos tras la primera fase del estudio. Desde el punto de vista de exploraciones complementarias no invasivas, se realizaron a cada uno de los pacientes tanto el ITB, el GIMc y TAE. Del total, nos encontramos un 40% de pacientes (n = 30) con un ITB patológico (< 0,9), 10 pacientes (13%) presentaban placas ateroscleróticas significativas con un GIM Med > 0,7 mm en 15 pacientes (20%) y un GIM Max > 0,7 mm en 48 pacientes (63%). El tejido epicárdico mayor de 4 mm se objetivó en 32 pacientes (42%). Realizamos una intervención en los estilos de vida con pautas de suspensión de hábito tabáquico y medidas dietéticas en el 90% de los pacientes. Se realizó una primera intervención farmacológica en 20 pacientes, de los cuales al 80% se les inició tratamiento con atorvastatina y a un 15% tratamiento con IECAs.

Discusión: La terapia antirretroviral combinada ha cambiado notablemente la historia natural de la infección por VIH objetivando en los últimos años una disminución de las tasas de morbimortalidad con el consiguiente aumento de la supervivencia y por tanto un incremento en la aparición en enfermedades cardiovasculares. Existe una preocupación creciente por los problemas que puedan desarrollar los sujetos que reciben TARGA a largo plazo, como son las alteraciones de la distribución de la grasa corporal, la lipoatrofia, el lipoacúmulo o la presencia simultánea de ambas. Además de

los cambios en la distribución de la grasa corporal, los pacientes en TARGA presentan otras alteraciones metabólicas como son la dislipemia, diabetes mellitus, insulinoresistencia y esteatosis hepática. Las tablas de predicción de RCV clásicas subestiman el riesgo de aterosclerosis subclínica en los sujetos con VIH al no tener en cuenta dichos factores. La utilización de pruebas complementarias no invasivas como las utilizadas en nuestro estudio, nos aportan información de interés que podría ayudar para estratificar mejor el riesgo en estos pacientes, aunque son precisos más estudios para ello.

Conclusiones: En nuestro estudio, los pacientes presentan un riesgo de aterosclerosis subclínica aumentado de acuerdo con las pruebas realizadas (ITB, GIMC, TAE), resultados superponibles a los descritos en la literatura médica. Según estos datos preliminares, realizamos una intervención clínica y/o farmacológica temprana para mejor control y prevención de posibles eventos cardiovasculares, que se analizarán en las próximas fases para evaluar la respuesta y recalculan el riesgo cardiovascular tras las mismas.