

Variabilidad en la valoración del riesgo coronario en pacientes infectados por el virus de la inmunodeficiencia humana



Milagros García-Lázaro, Antonio Rivero Román, Ángela Camacho Espejo, Inés Pérez-Camacho, Clara Natera Kindelán, Juan José Castón Osorio y Julián de la Torre Cisneros

Sección de Enfermedades Infecciosas. Hospital Universitario Reina Sofía. Córdoba. España.

FUNDAMENTO Y OBJETIVO: El tratamiento antirretroviral de los pacientes infectados por el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH) parece aumentar su riesgo coronario (RC). La correcta valoración de éste tiene importantes implicaciones en el tratamiento de estos pacientes. Nuestro objetivo ha sido comparar 2 sistemas de evaluación del RC a 10 años en pacientes infectados por el VIH.

PACIENTES Y MÉTODO: Se calculó el RC en una cohorte prospectiva de 205 pacientes infectados por el VIH utilizando las tablas de Framingham y las tablas adaptadas REGICOR. Se evaluó la prevalencia de factores de riesgo cardiovascular de estos pacientes.

RESULTADOS: La edad media (desviación estándar) fue de 41,4 (8,2) años. La mayoría de los pacientes tomaba antirretrovirales y tenía buena situación inmunológica. Presentaba tabaquismo activo el 77,1%, antecedentes de dislipemia el 29,3%, de hipertensión el 7,3%, de diabetes el 4,9%, lipodistrofia el 41%, obesidad abdominal el 21,5% y sedentarismo el 50,7%. La valoración media en la escala Framingham fue de 6,55 (6,36) y en la escala REGICOR de 2,85 (2,31). El RC a 10 años fue mayor del 10% en 26 pacientes (12,9%) con las tablas de Framingham y en 4 (2,0%) con las tablas REGICOR. La diferencia entre ambos métodos resultó significativa ($p < 0,001$).

CONCLUSIONES: Aplicar las tablas Framingham en nuestra cohorte podría suponer una sobrestimación del RC. Son necesarios estudios que tengan como objetivo identificar el método más adecuado para medir el RC en pacientes infectados por el VIH. Mientras no dispongamos de estos datos, debemos tomar con precaución la estimación del RC en estos pacientes.

Palabras clave: Factores de riesgo cardiovascular. Riesgo coronario. Ecuaciones de riesgo coronario. Infección por el VIH.

Variability in coronary risk assessment in HIV-infected patients

BACKGROUND AND OBJECTIVE: Antiretroviral treatment of human immunodeficiency virus (HIV)-infected patients seems to increase the coronary risk (CR) in these patients. Adequate assessment of CR has significant implications for the management of these patients. Our objective was to compare 2 systems for assessing 10-year CR in HIV-infected patients.

PATIENTS AND METHOD: CR was calculated in a prospective cohort of 205 HIV-infected patients using Framingham tables and REGICOR adapted tables. Prevalence of cardiovascular risk factors in these patients was evaluated.

RESULTS: Mean age (standard deviation) was 41.4 (8.2) years. Most patients were taking antiretrovirals and had a good immunological status. Current smoking was reported by 77.1% of patients, while a history of dyslipidemia, hypertension, or diabetes was found in 29.3%, 7.3%, and 4.9% of patients, respectively. Lipodystrophy was seen in 41% of patients, abdominal obesity in 21.5%, and a sedentary lifestyle in 50.7%. Mean values obtained were 6.55 (6.36) in the Framingham scale and 2.85 (2.31) in the REGICOR scale. A 10-year CR greater than 10% was found in 26 patients (12.9%) with the Framingham tables and in 4 patients (2.0%) with the REGICOR tables. The difference between both methods was significant ($p < 0.001$).

CONCLUSIONS: Application of the Framingham tables to our cohort may overestimate the CR. Studies aimed at identifying the most adequate method for measuring CR in HIV-infected patients are required. Until such data are available, estimation of CR in these patients should be taken with caution.

Key words: Cardiovascular risk factors. Coronary risk. Coronary risk equations. HIV infection.

En los años previos al desarrollo del tratamiento antirretroviral de gran actividad (TARGA), la infección por el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH) llegó a ser la primera causa de muerte en adultos de 25 a 44 años en nuestro país. Tras el desarrollo del TARGA, a mediados de la década de 1990, la situación de los pacientes infectados por el VIH cambió radicalmente. La morbilidad por eventos oportunistas y la mortalidad global por sida disminuyeron de forma drástica, aumentando de forma espectacular la supervivencia de los pacientes¹. Este aumento de la supervivencia ha provocado que el número de personas infectadas por el VIH que se encuentran en una situación clínica, inmunológica y virológica estable sea cada vez mayor. Este hecho ha permitido el aumento de la incidencia de otros procesos concomitantes a la infección por el VIH. Entre ellos, uno de los que más interés han despertado en los últimos años es la enfermedad cardiovascular². A este respecto se ha demostrado que existe una estrecha relación entre el TARGA y el desarrollo de alteraciones metabólicas que, como la resistencia a la insulina o la hiperlipemia^{3,4}, podrían incrementar el riesgo vascular de los pacientes infectados por el VIH. Estas alteraciones, junto con el progresivo aumento de la edad media de los pacientes y la alta prevalencia de otros factores de riesgo cardiovascular (FRCV) en esta población, como el tabaquismo⁵, hacen prever un aumento de la incidencia de enfermedad coronaria en este colectivo⁶. Por ello la valoración del riesgo coronario (RC) y el control de estos FRCV forman parte del seguimiento habitual de los pacientes infectados por el VIH.

El cálculo del RC mide la probabilidad de presentar un acontecimiento coronario en un determinado período. Esto permite identificar a pacientes con alto riesgo de desarrollar acontecimientos coronarios en quienes poner en marcha estrategias que disminuyan dicho riesgo. Para la estimación del RC, según los FRCV de un paciente, se emplean distintos sistemas predictivos basados en la incidencia de enfermedad coronaria obtenida en cohortes de población seguidas de forma prospectiva. La mayoría de estos sistemas derivan de la ecuación

Correspondencia: Dra. M. García-Lázaro.
Sección de Enfermedades Infecciosas. Hospital Universitario Reina Sofía.
Avda. Menéndez Pidal, s/n. 14004 Córdoba. España.
Correo electrónico: milagrosglazaro@telefonica.net.

Recibido el 27-12-2006; aceptado para su publicación el 27-2-2007.

de Framingham⁷, que proporciona una estimación del RC global a 10 años de un paciente en función de sus FRCV. Sin embargo, se ha señalado que hay dificultades a la hora de extrapolar la ecuación de Framingham a ciertas poblaciones con baja incidencia de eventos coronarios^{8,9}, y algunos estudios señalan que dicha ecuación podría sobrestimar el RC en la población mediterránea^{10,11}.

Las guías europeas de prevención coronaria recomiendan adaptar la ecuación de Framingham a la población local¹². En este sentido Marrugat et al¹³ han realizado una adaptación de dichas tablas a la población española, en la que se ha observado un número de acontecimientos coronarios inferior al esperado según el grado de exposición a FRCV^{14,15} y cuya mortalidad por enfermedad coronaria es una de las más bajas del mundo^{16,17}. Para ello han sustituido en la ecuación de Framingham la prevalencia de FRCV y la tasa de incidencia de acontecimientos coronarios de la población de Framingham por la de la población de Girona, utilizando los datos del registro poblacional REGICOR (Registro Gironí del Cor)¹⁶. Los autores de esta adaptación postulan que es un método más adecuado para estimar el RC en prevención primaria en nuestro país¹⁸.

En nuestro estudio valoramos el RC en pacientes infectados por el VIH mediante los 2 métodos anteriores, las tablas de Framingham y tablas adaptadas REGICOR, con objeto de evaluar las posibles diferencias existentes entre ambos en pacientes infectados por el VIH.

Pacientes y método

Se trata de un estudio transversal y prospectivo realizado en la Sección de Enfermedades Infecciosas del Hospital Reina Sofía de Córdoba entre el 1 de noviembre de 2004 y el 30 de junio de 2005.

Pacientes

Se evaluó a 205 pacientes infectados por el VIH en seguimiento regular en consulta externa. Todos firmaron el consentimiento informado para participar en el estudio, que cumplió los requisitos del Comité de Ética del nuestro centro. De todos los pacientes se recogieron de forma prospectiva las características sociodemográficas, antecedentes personales y familiares de enfermedad vascular, antecedentes de tabaquismo (consumo activo de más de 10 cigarrillos/día), diabetes, dislipemia o hipertensión arterial (definidas por diagnóstico previo o tratamiento específico) y la historia de exposición a fármacos antirretrovirales. Se evaluó la actividad física habitual de cada paciente, definiéndose como sedentarismo una actividad inferior a caminar 30 min 3 veces por semana. En todos los pacientes se determinaron el perfil lipídico y la glucemia en una muestra de sangre tras 12 h de ayuno, presión arterial en condiciones basales, perímetro de cintura y cadera, presencia de obesidad y lipodistrofia mediante exploración clínica, y medidas antropométricas, y se calculó el índice de masa corporal. También se determinaron las subpoblaciones linfocitarias y la carga vírica del VIH mediante reacción en cadena de la polimerasa.

Se calculó el RC de cada paciente utilizando las tablas de Framingham y las tablas adaptadas REGICOR. Se consideraron 3 categorías de RC¹⁹: bajo (0-9%), moderado (10-19%) y alto (≥ 20%). Se calculó el RC con la edad real del paciente, sin proyectarla a los 60 años¹².

TABLA 1

Características de la población estudiada

	N.º de pacientes	%
Varones	145	70,7
CD4 < 200 células/μl	28	13,7
VIH < 50 copias/ml	137*	68,2
Práctica de riesgo para VIH		
Homosexual	13	6,3
Heterosexual	77	38,5
Uso de drogas vía parenteral	107	53,5
Otras	3	1,5
Desconocida	5	2,4
Criterios de sida	74	36,1
En tratamiento antirretroviral	191	93,2
Análogos de los nucleósidos	188	91,7
No análogos de los nucleósidos	91	44,4
Inhibidores de la proteasa	123	60

*Dato no disponible en 4 pacientes.
VIH: virus de la inmunodeficiencia humana.

TABLA 2

Factores de riesgo vascular

Factor de riesgo	N.º de pacientes	%
Varones ≥ 45 años	42	29
Mujeres ≥ 55 años	3	5
Tabaquismo activo	158	77,1
Historia familiar de coronariopatía precoz	28	13,7
Antecedentes personales de diabetes	10	4,9
Antecedentes personales de hipertensión	15	7,3
Antecedentes personales de dislipemia	60	29,3
Índice de masa corporal ≥ 30 kg/m ²	19	9,3
Obesidad abdominal	44	21,5
Sedentarismo	104	50,7
Síndrome metabólico	37	18
Enfermedad cardiovascular previa ^a	8	4
Lipodistrofia	84	41
Colesterol total > 200 mg/dl	66	32,2
cHDL < 40/50 mg/dl (varón/mujer) ^b	64	31,8
cLDL > 130 mg/dl ^c	37	20,8
Triglicéridos > 150 mg/dl	91	44,4
Dislipemia ^{a,d}	117	58,2
Presión arterial > 140/90 mmHg	38	18,5

^aAngina, infarto agudo de miocardio o ictus.

^bDato no disponible en 4 pacientes.

^cDato no disponible en 27 pacientes por elevación simultánea de los triglicéridos que impide su determinación.

^dColesterol total > 200 mg/dl, cHDL < 40/50 mg/dl, o cLDL > 130 mg/dl.

cLDL: colesterol unido a lipoproteínas de baja densidad;

cHDL: colesterol unido a lipoproteínas de alta densidad.

TABLA 3

Valoración del riesgo coronario (RC)

	RC-R alto (≥ 20%)	RC-R moderado (10-19%)	RC-R bajo (< 10%)
RC-F alto (≥ 20%)	1	2	2
RC-F moderado (10-19%)	0	0	16
RC-F bajo (< 10%)	0	0	180

Datos expresados en número de pacientes.

RC-F: RC aplicando las tablas de Framingham; RC-R: RC aplicando las tablas de REGICOR.

Se consideró pacientes concordantes a los clasificados en la misma categoría de riesgo con las tablas de Framingham y con las REGICOR. Se consideraron pacientes discordantes los clasificados en distintas categorías de riesgo con las tablas de Framingham y las tablas REGICOR.

Análisis estadístico

El trabajo se diseñó como estudio piloto en el que se prefijó un tamaño muestral de 205 pacientes. El análisis estadístico se realizó con el programa SPSS versión 11.1. Se calcularon valores estadísticos descriptivos, se analizaron las diferencias en las proporciones mediante prueba de χ^2 y la prueba exacta de Fisher, y para la comparación de las variables continuas se utilizó la prueba no paramétrica de la U de Mann-Whitney. El nivel de significación fue de 0,05 para todas las pruebas del estudio.

Resultados

De los 205 pacientes incluidos en el estudio se excluyó a 4 en el cálculo de RC (2 por antecedentes de infarto agudo de miocardio y otros 2 por antecedentes de angina y tratamiento previo con estatinas), dado que en la práctica clínica no se precisa el cálculo de RC en estos casos.

La edad media (desviación estándar) de la población estudiada fue de 41,4 (8,2) años, con una mediana de 40,7 años (extremos: 21,4-73,4). El tiempo medio de consumo de tabaco fue de 21,9 (8,2) años. El resto de las características de la población estudiada se recogen en la tabla 1, y los FRCV en la tabla 2.

La valoración media del RC de los pacientes estudiados utilizando las tablas de Framingham fue de 6,55 (6,36), y con las tablas adaptadas REGICOR, de 2,85 (2,31). El RC a 10 años de la población estudiada fue moderado en 16 pacientes (8,0%) al calcularlo con las tablas de Framingham y en 2 pacientes (1,0%) utilizando las tablas adaptadas REGICOR. En cuanto al RC a 10 años igual o superior a 20%, tuvieron dicho riesgo 5 pacientes (2,5%) utilizando las tablas de Framingham y uno (0,5%) con las adaptadas REGICOR (tabla 3). La diferencia entre ambos métodos para identificar a pacientes de RC moderado/alto resultó significativa ($p < 0,001$).

Entre los pacientes clasificados como de RC moderado/alto con las tablas de Framingham 18 fueron clasificados como de riesgo bajo al utilizar las tablas adaptadas REGICOR. Por el contrario, todos los pacientes clasificados como de RC moderado/alto con las tablas REGICOR lo fueron también con las tablas de Framingham. Las características comparativas entre pacientes concordantes o discordantes por ambas clasificaciones se expresan en la tabla 4.

Discusión

El riesgo teórico de acontecimientos coronarios a 10 años en nuestra cohorte de pacientes infectados por el VIH, calcula-

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/3801923>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/3801923>

[Daneshyari.com](https://daneshyari.com)