



Protocolo diagnóstico y cuantificación de los factores de riesgo cardiovascular en pacientes con enfermedades autoinmunes sistémicas y con infección por el VIH

G. Ojeda-Burgos^{a,*}, R. Arnedo Díez de los Ríos^b y A. Hidalgo-Conde^b

^aUnidad de Enfermedades Infecciosas. ^bUnidad de Enfermedades Autoinmunes Sistémicas. Servicio de Medicina Interna. Hospital Universitario Virgen de la Victoria. Málaga. España.

Palabras Clave:

- Virus de la inmunodeficiencia humana
- Riesgo cardiovascular
- Lupus eritematoso sistémico
- Artritis reumatoide

Keywords:

- Human immunodeficiency virus
- Cardiovascular risk
- Systemic lupus erythematosus
- Rheumatoid arthritis

Resumen

Riesgo cardiovascular e infección por el VIH. La infección por el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH) constituye una situación clínica de riesgo cardiovascular (RCV) aumentado que precisa una aproximación diagnóstica y terapéutica en el ámbito ambulatorio, paralela a la del control de la propia infección. Su manejo implica el conocimiento de los efectos sobre el metabolismo lipídico e hidrocarbonado de los antiretrovirales, así como sus interacciones más frecuentes con las diferentes familias de fármacos implicados en el control de la diabetes mellitus, la dislipidemia y la hipertensión arterial.

Enfermedades autoinmunes sistémicas y enfermedad cardiovascular. En las enfermedades autoinmunes sistémicas (EAS) confluyen tres factores que implican un mayor riesgo de desarrollar enfermedad cardiovascular: la arterioesclerosis precoz y acelerada, la alta prevalencia de factores de RCV tradicionales y la actividad clínica de estas enfermedades. Pero también influyen los tratamientos empleados para el control de dichas enfermedades, los cuales pueden alterar el perfil de RCV en estos pacientes.

Abstract

Diagnostic protocol and quantification of cardiovascular risk factors in patients with systemic autoimmune diseases and with human immunodeficiency virus infection

Cardiovascular risk and HIV infection. Human immunodeficiency virus (HIV) infection is a clinical situation of increased cardiovascular risk (CVR) that requires an outpatient diagnostic and therapeutic approach, parallel to control of the infection itself. Knowledge of the effects of antiretrovirals on lipid and glucose metabolism is needed to manage the condition, as well as their most common interactions with the different drug families used to control diabetes mellitus, dyslipidaemia and arterial hypertension.

Systemic autoimmune diseases and cardiovascular disease. Three factors work in conjunction in systemic autoimmune diseases that imply a greater risk of developing cardiovascular disease: early and rapidly progressing arteriosclerosis, the high prevalence of traditional CVR factors, and the clinical activity of these diseases. However, treatments used to control these diseases also have an effect, and can alter the CVR profile in these patients.

*Correspondencia
Correo electrónico: gojedaburgos@gmail.com

Riesgo cardiovascular e infección por el VIH

La efectividad de los nuevos tratamientos antirretrovirales ha conducido a la infección por el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH) a un estado de control prolongado donde comienzan a emerger problemas de salud relacionados con el envejecimiento, la toxicidad del tratamiento antirretroviral (TAR) y la actividad inflamatoria que genera la infección por el virus. El riesgo cardiovascular (RCV) en estos pacientes está incrementado respecto a la población general por diferentes motivos: alta incidencia de tabaquismo, mayor incidencia de diabetes mellitus, trastornos del metabolismo lipídico relacionado con el TAR y el estado proinflamatorio de la infección^{1,2}. Además, en el control del RCV de estos pacientes hay que considerar la frecuente interacción existente entre los antirretrovirales y otros medicamentos, lo cual conlleva a matices en las diferentes pautas terapéuticas disponibles y que se diferencian de las recomendaciones para la población general. Existen calculadoras *on-line* que facilitan estas comprobaciones, como la disponible en: <http://www.hiv-druginteractions.org>

Las recomendaciones generales son similares a las aplicables a la población general: hábitos dietéticos equilibrados y saludables, ejercicio aeróbico suave durante al menos 30 minutos al día y cese en el consumo de tabaco. El paciente con infección por el VIH puede estar sometido a cambios en el peso propios de las fluctuaciones que pueden darse en el control de la enfermedad y que puede hacer necesario un soporte nutricional en los momentos de mayor vulnerabilidad. La actividad física mantenida tiene impacto en el perfil lipídico y la resistencia insulínica, ayudando además a mantener un grado de funcionalidad deseable y una sensación de bienestar. El mínimo recomendado es de 150 minutos/semana (30 minutos diarios, cinco días a la semana) de ejercicio de intensidad moderada como andar ligero (lo suficiente para encontrar cierta dificultad para entablar una conversación), correr, nadar o montar en bicicleta, o 75 minutos a la semana de ejercicio vigoroso³. Por otro lado, se estima que entre el 60 y el 80% de la población con infección por el VIH es fumadora¹, por lo que el consejo de deshabitación tabáquica es prioritario en esta población, pudiéndose valorar el uso de tratamientos farmacológicos como bupropión o varenicilina^{3,4}.

La incidencia de la diabetes mellitus es 4 veces mayor en la población con infección por el VIH¹. Hay que considerar que la medición de la hemoglobina glicosilada (HbA1C) en esta población puede infraestimar los valores de glucemia, por lo que los valores de glucemia posprandial o basales pueden ser más útiles en el diagnóstico de la diabetes en estos pacientes. Las recomendaciones terapéuticas siguen los esquemas aplicables a la población general con un objetivo terapéutico de HbA1C inferior al 7%. El tratamiento de elección inicial es metformina, teniendo presente que debe evitarse su uso si existe lipoatrofia avanzada, riesgo de acidosis o enfermedad renal avanzada. Entre los nuevos fármacos, el documento de consenso elaborado por Grupo de Estudio del SIDA (GESIDA) de la Sociedad Española de Enfermedades Infecciosas y Microbiología Clínica (SEIMC) en el año 2015, recomienda el uso preferente de los inhibidores de dipeptidil

peptidasa-4 (IDPP4) por sus menores efectos secundarios y la posibilidad de uso en insuficiencia renal. El TAR debe ser revisado, y entre estos pacientes, en aquellos con índice de masa corporal elevado o historia familiar de diabetes debe evitarse el uso de análogos timidínicos e inhibidores de la proteasa (IP) por favorecer la resistencia a la insulina¹.

El patrón lipídico observado con más frecuencia en los pacientes con infección por el VIH en tratamiento es el aterogénico, caracterizado por colesterol HDL bajo, triglicéridos elevados y elevaciones variables del colesterol total y colesterol LDL. El objetivo terapéutico, basado en los niveles del colesterol LDL, debe ser inferior al de la población general (fig. 1). El tratamiento de elección es el uso de estatinas, pudiendo emplearse atorvastatina como opción preferente y rosuvastatina o pravastatina como alternativas. Debe evitarse el uso de simvastatina o lovastatina con atazanavir por riesgo de miopatía y rabdomiolisis. En caso de hipertrigliceridemia grave (valores superiores a 500 mg/dl) y refractaria a medidas higiénicas, debe optarse por el uso de fibratos. Ezetimiba combinada con las estatinas es una opción a considerar en casos de difícil de control. El TAR debe de ser revisado en estos pacientes, debiendo evitarse el uso de lopinavir/ritonavir y fosamprenavir/ritonavir entre los IP y los análogos timidínicos por elevar los triglicéridos y el colesterol total. En las guías de GESIDA existen consideraciones específicas sobre el impacto del perfil lipídico de los diferentes antirretrovirales que deben considerarse antes del inicio del TAR¹.

No hay evidencias de que la infección por el VIH se asocie a un mayor riesgo de hipertensión, por lo que las recomendaciones en este aspecto deben ser similares a las de la población general, con el objetivo de mantener unos valores inferiores a 140 y 90 mm Hg de tensión arterial sistólica y diastólica, respectivamente. Los inhibidores de la enzima convertidora de angiotensina (IECA) y los antagonistas del receptor de la angiotensina II (ARA-II) son los antihipertensivos mejor tolerados y con menor riesgo de interacciones medicamentosas. Las tiazidas y amlodipino también son seguros en caso de combinaciones o cuando no puedan usarse los primeros. El TAR debe revisarse, existiendo mayor riesgo de interacciones con los ITINN (inhibidor de la transcriptasa inversa no nucleósido) e IP¹.

Para la toma de decisiones es clave la estimación del RCV, para lo cual disponemos de calculadoras de RCV validadas como la de la cohorte de Framingham (disponible en: <http://www.cphiv.dk/Tools>) o, en nuestro entorno, la del SCORE calibrado para la población española (disponible en: http://www.heartscore.org/es_ES/access), ambas construidas sobre datos de población general^{1,3,4}. Aunque existen otras fórmulas elaboradas a partir de población con infección por el VIH, no hay datos claros que antepongan el uso de estas a otras tradicionales ya validadas⁵.

Enfermedades autoinmunes sistémicas y enfermedad cardiovascular

Las enfermedades autoinmunes sistémicas (EAS) se consideran entidades con un aumento del RCV arterioesclerótico

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/8764421>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/8764421>

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