

14. COMPARACIÓN DE ESCALAS CLÍNICAS PARA EL CÁLCULO DE RIESGO CARDIOVASCULAR EN UNA COHORTE CONTEMPORÁNEA DE PERSONAS QUE VIVEN CON VIH

Carmen Ramos Alejos-Pita¹, Tatiana Mata Forte², Miriam Estébanez Muñoz², Manuel Tapia Martínez¹, Inés Gómez Sánchez¹, Elena Basabe Velasco¹, Marco D'amatto¹, Vicente Peruyero Gil¹, David Martí Sánchez¹ y Diego José Rodríguez Torres¹

¹Servicio de Cardiología. Hospital Militar Gómez Ulla, Madrid, España y ²Servicio de Infecciosas. Hospital Militar Gómez Ulla, Madrid, España.

Resumen

Introducción y objetivos: La escala D:A:D se presenta como la herramienta más fiable para el cálculo del riesgo cardiovascular (RCV) en personas que viven con VIH (PVVIH), sin embargo su extensión y la necesidad de conocer datos sobre tratamientos previos limita su uso en la práctica clínica. El objetivo de este estudio es comparar la escala D:A:D con otras escalas usadas con frecuencia en la práctica clínica en una población contemporánea de PVVIH.

Métodos: Estudio transversal unicéntrico, se realizó un muestreo de casos consecutivos de PVVIH y seguimiento estable en la consulta monográfica de VIH de nuestro hospital. Se calcularon las escalas Framingham, REGICOR, SCORE2 y D:A:D.

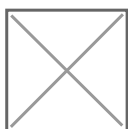
Resultados: Se incluyeron 81 pacientes cuyas características basales aparecen en la tabla. Framingham y REGICOR se calcularon en todos los pacientes (n = 81), SCORE2 en los no diabéticos (n = 70) y D:A:D en la mitad de la muestra por información remota incompleta en la práctica clínica habitual (n = 40). En la comparación entre escalas, D:A:D presentó una alta correlación positiva con Framingham y SCORE2 (0,910 y 0,827 respectivamente, p 0,01) y una correlación positiva moderada con REGICOR (0,592, p 0,01). Comparando la clasificación cualitativa del riesgo, Framingham y SCORE2 presentaron entre ellas una correlación positiva moderada (0,637, p 0,01) discriminando de manera similar a los pacientes de riesgo bajo-moderado pero presentando diferencias significativas en los grupos de alto y muy alto riesgo, incluso cuando se excluyó del análisis a los pacientes diabéticos (figura).

Principales características basales de la muestra de estudio

Variable	Total de pacientes (n = 81)
Edad en años, media (DE)	54 (9,3)

Varón, n (%)	64 (79,0)
Raza caucásica, n (%)	41 (50,6)
Colesterol LDL, media (DE)	114,5 (30,7)
Diabetes mellitus tipo 2, n (%)	11 (13,6)
Hipertensión arterial, n (%)	22 (27,2)
Dislipemia, n (%)	39 (48,1)
En tratamiento con estatinas, n (%)	35 (43,2)
Fumador activo, n (%)	31 (38,3)
Escala D:A:D, media (DE) (n = 40)	8,27 (7,8)
Escala REGICOR, media (DE)	3,91 (2,4)
Escala Framingham, media (DE)	14,66 (10,5)
Riesgo bajo-medio, n (%)	34 (42,0)
Riesgo alto, n (%)	26 (32,1)
Riesgo muy alto, n (%)	21 (25,9)
Escala SCORE2, media (DE) (n = 70)	4,36 (3,1)
Riesgo bajo-medio, n (%)	35 (43,2)
Riesgo alto, n (%)	34 (42,0)
Riesgo muy alto, n (%)	1 (1,2)

DE: desviación estándar.



Clasificación de pacientes no diabéticos en bajo-moderado, alto y muy alto riesgo según escalas SCORE2 y Framingham. $n = 70$.

Conclusiones: Nuestro estudio pone de manifiesto la dificultad de aplicación de la escala D:A:D en la práctica rutinaria, aunque escalas como Framingham y SCORE2 se plantean como buenas alternativas. Entre ellas, parecen discriminar de manera similar pacientes con riesgo bajo-moderado, presentando diferencias significativas en aquellos con riesgo alto y muy alto por lo que más estudios serían necesarios para establecer la mejor escala para discriminar entre estos dos grupos. A pesar de ello, nuestros resultados sugieren que el SCORE2, validada de manera específica para nuestra población y ampliamente utilizada de rutina en nuestras consultas, parece una herramienta razonable para la estratificación del RCV en PVVIH.