

Perfil clínico y ecocardiográfico de pacientes con riesgo intermedio-alto de hipertensión pulmonar en una cohorte de pacientes con infección por VIH. Datos iniciales estudio DEPAVIHR

Julia Jiménez Ranchal(1), Julian Olalla Sierra(2), Luca Grau Torrente(1), Alfonso del Arco Jiménez(2), Leopoldo Hugo Muriel Marañón(1), Diego Francisco González Iraheta(1), Javier González Vela(1), Natalia Marín Guerrero(1), Javier Pérez Stachowski(2), Pedro Antonio Chinchurreta Capote(1) y Rafael Bravo Marqués(1) de (1)Cardiología y (2)Medicina Interna. Hospital Universitario Costa del Sol, Marbella (Málaga) - España

Introducción: En ausencia de estrategias de cribado sistemático de hipertensión pulmonar (HP) en pacientes con infección por VIH, la ecocardiografía constituye el primer paso en su evaluación y permite una aproximación inicial a la estratificación del riesgo. El objetivo fue analizar las características clínicas, inmunovirológicas y ecocardiográficas asociadas a la clasificación de riesgo de HP en una cohorte de pacientes con VIH.

Métodos: Estudio transversal en pacientes con infección por VIH clasificados según riesgo ecocardiográfico de HP en bajo, intermedio y alto riesgo. Se compararon variables clínicas, inmunovirológicas y ecocardiográficas entre pacientes de bajo riesgo y riesgo intermedio/alto, y se realizó un modelo de regresión logística para identificar factores asociados de forma independiente.

Resultados: Se incluyeron 291 pacientes: 221 de bajo riesgo, 64 de riesgo intermedio y 6 de alto riesgo. Los de riesgo intermedio/alto presentaron mayor proporción de varones (88,6% vs 76,4%; p=0,043) e hipertensión arterial (22,9% vs 10,9%; p=0,020), además de valores ligeramente superiores de GOT y presión pulmonar. La clase funcional OMS ? II fue más frecuente (13,0% vs 6,0%; p=0,102), aunque sin significación estadística. No hubo diferencias en variables del VIH (tiempo de diagnóstico, CD4 actuales/nadir ni carga viral). Tabla 1.

En ecocardiografía, la mayoría de riesgo intermedio/alto tenía velocidad de insuficiencia tricuspide (IT) <2,9 m/s, clasificándose sobre todo por parámetros indirectos de hipertensión pulmonar, destacando menor tiempo de aceleración pulmonar (TAP) y mayor dilatación de aurícula derecha (AD). Tabla 2.

En el análisis multivariante, el sexo masculino se asoció de forma independiente con mayor riesgo (OR 3,23; IC95% 1,27–8,21; p=0,014).

Conclusiones: Estos resultados plantean la necesidad de identificar qué pacientes con VIH podrían beneficiarse de estrategias de cribado dirigidas y de definir las herramientas óptimas para su evaluación, con el objetivo de una

detección y tratamiento precoces que contribuyan a reducir la mortalidad.

Parámetros clínicos-analíticos y ecocardiográficos según riesgo de HP.

Variables clínico-analíticas	Bajo riesgo	Riesgo Intermedio/Alto	p
Varones	76,5%	88,6%	0,043
HTA	11,3%	22,9%	0,020
Clase funcional ≥ II	6,5%	13,0%	0,102
GOT (U/L)	22,6 ± 22,5	23,7 ± 13,2	ns
PSAP estimada (mmHg)	25,1 ± 4,4	28,8 ± 8,9	ns
Tiempo TAR (años)	15,3 ± 9,5	16,5 ± 9,6	ns
Carga viral detectable actual (%)	3–4%	8–9%	Ns
Parámetros ecocardiográficos		**Riesgo Intermedio/Alto**	
TAP < 105 m/s		88,6%	
AD >18 cm2		62,9%	
Vel IT >2.9 m/s		1,4%	

Comparación de variables clínico-analíticas y ecocardiográficas según la estratificación de riesgo de hipertensión pulmonar. Los pacientes con riesgo intermedio/alto presentaron mayor proporción de varones y de hipertensión arterial, así como tendencia a peor clase funcional, sin diferencias significativas en parámetros relacionados con la infección por VIH. Desde el punto de vista ecocardiográfico, la mayoría de los pacientes de riesgo intermedio/alto fueron clasificados por parámetros indirectos de hipertensión pulmonar, destacando un menor tiempo de aceleración pulmonar (TAP) y mayor dilatación de la aurícula derecha (AD), mientras que la elevación de la velocidad de insuficiencia tricuspídea fue poco frecuente. Valores expresados como porcentaje o media ± desviación estándar. p: significación estadística; ns: no significativo.