

Carta al Director

Fernando Tornero Romero¹
Vicente Estrada^{1,2}
Jorge Carriel¹
María José Núñez-
Orantos^{1,2}
Juan González del Castillo^{3,4}

Diagnóstico de hipertensión arterial en los pacientes infectados por el VIH

¹Servicio de Medicina Interna, Hospital Clínico San Carlos, Madrid, España

²Unidad de Enfermedades Infecciosas, Hospital Clínico San Carlos, Madrid, España

³Servicio de Urgencias, Hospital Clínico San Carlos, Madrid, España

⁴Instituto de Investigación Sanitaria del Hospital San Carlos, Madrid, España

Article history

Received: 1 March 2018; Revision Requested: 6 July 2018; Revision Received: 10 July 2018; Accepted: 19 July 2018

Sr. Editor: Hemos leído con gran interés el trabajo de Leon et al [1] recientemente publicado en su revista alertando acerca prevalencia de la hipertensión arterial (HTA) en el paciente infectado por el VIH. Nos parece un tema de gran trascendencia por lo que nos gustaría realizar algún comentario y comunicar datos de nuestra serie de pacientes.

El control adecuado de los factores de riesgo cardiovasculares (FRCV), y en concreto la HTA, constituye un reto más en la atención de los pacientes VIH. Recientemente se ha publicado un estudio que analiza las causas de ingreso hospitalario de estos pacientes, mostrando que la enfermedad cardiovascular está presente en el 10,3% de los casos [2]. La mayor incidencia de eventos cardiovasculares es multifactorial y es consecuencia de alteraciones fisiopatológicas complejas.

Por una parte, estos pacientes presentan mayor incidencia de FRCV clásicos como la diabetes mellitus, el síndrome metabólico y el sedentarismo [3,4]. En segundo lugar, se observa que mientras las tasas de tabaquismo van descendiendo en población general, entre los sujetos VIH se encuentran estables alcanzado valores del 50-60% [5]. En tercer lugar, dentro del continuo cardiovascular es importante la repercusión sobre la homeostasis renal que conlleva la infección por VIH agravando aún más la HTA [6]. Por último, cabe destacar el papel del propio VIH como causa crónica de inflamación por la perpetuación del virus en los reservorios que podría aumentar la incidencia de HTA en estos pacientes, debido a alteración de la barrera intestinal que condicionaría mayores niveles de translocación bacteriana lo cual generaría un estado de activación inmune, y por la inmunosenescencia precoz caracterizada por un incremento de sustancias proinflamatorias y una disfunción de células T reguladoras, que provocan un envejecimiento pre-

matureo de la célula endotelial, mayor aterosclerosis, rigidez arterial, mayor neurodegeneración y mayor incidencia de tumores no SIDA [7].

Tal y cómo indican en su artículo Leon et al [1], uno de los principales problemas es el infra-diagnóstico de la HTA, a pesar de que se han comunicado prevalencias cercanas al 50% en algunas series y con incidencia creciente a medida que nuestras poblaciones envejecen [8]. Los autores resaltan el elevado número de pacientes que presentaban cifras de presión arterial (PA) en el límite algo de la normalidad o incluso por encima y lo relacionan con el posible efecto de "bata blanca", proponiendo que la consulta de VIH podría no ser el lugar idóneo para realizar la medición de la PA y que sería preferible su toma ambulatoria. En este sentido, querríamos aportar los datos de nuestra experiencia.

Para ello hemos realizado un sub-análisis de un registro de pacientes VIH de nuestra Unidad que padecen HTA y a los que estudiábamos la existencia de daño en órgano diana. Durante este estudio a los pacientes se les realizaba una monitorización ambulatoria de presión arterial (MAPA) de 24 horas. Consideramos efecto de "bata blanca" cuando la observación de un mal control de la PA durante la consulta en la Unidad no se confirmaba con el MAPA. Se definió buen control tensional por MAPA cuando la PA media en 24 horas era < 130/80 mmHg, la PA media durante el periodo de actividad < 135/85 mmHg y la PA media durante el periodo de descanso < 120/70 mmHg. El análisis incluye a 110 pacientes VIH que confrontamos con otros 100 pacientes no VIH del registro de la Unidad de Hipertensión Arterial de nuestro centro, emparejados por edad, sexo y tiempo de evolución de la HTA. Los resultados mostraron que 8 (7,3%) pacientes presentaron efecto de bata blanca en los VIH comparado con 20 (20%) en los no VIH ($p=0,003$). También es importante resaltar que la prevalencia del efecto "bata blanca" en la población general comunicada en la literatura es del 20-25% [9,10].

En conclusión, nuestros datos muestran que los pacientes VIH no muestran mayor prevalencia de efecto bata blanca

Correspondencia:
Fernando Tornero Romero
Servicio de Medicina Interna, Hospital Clínico San Carlos.
Calle Profesor Martín-Lagos s/n, 28040 Madrid.
Tfno: (34) 91.330.37.50
Fax: (34) 91.330.35.69
Email: ftornero_r@hotmail.com

comparados con la población general y que probablemente, ante la sospecha de este efecto, la solución no sea su medición ambulatoria, sino la realización de un MAPA de 24 horas, considerando la trascendencia del diagnóstico de HTA sobre el pronóstico de los pacientes.

FINANCIACIÓN

Los autores declaran no haber recibido financiación para la realización de este estudio.

CONFLICTO DE INTERESES

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

BIBLIOGRAFÍA

1. León R, Reus S, Díez M, Portilla J. Undiagnosed arterial hypertension in HIV-infected patients on antiretroviral therapy. *Rev Esp Quimioter*. 2018; 31(1):58-59. PMID:29390601
2. Seng R, Mutuon P, Riou J, Duvivier C, Weiss L, Lelievre JD, et al. Hospitalization of HIV positive patients: Significant demand affecting all hospital sectors. *Rev Epidemiol Sante Publique*. 2018;66(1):7-17; doi: 10.1016/j.respe.2017.08.002. PMID: 29233572
3. Chu C, Pollock LC, Selwyn PA. HIV-Associated Complications: A Systems-Based Approach. *Am Fam Physician*. 2017;96:161-169. PMID: 28762691
4. Sanz-Almazán M, Montero-Carretero T, Sánchez-Ramón S, Jorge-Bravo MT, Crespo-Soto C. Estudio descriptivo de las complicaciones agudas diabéticas atendidas en un servicio de urgencias hospitalario. *Emergencias*. 2017;29:245-8. PMID: 28825279
5. Petoumenos K, Law MG. Smoking, alcohol and illicit drug use effects on survival in HIV-positive persons. *Curr Opin HIV AIDS*. 2016;11:514-520. PMID: 27327615
6. Cohen SD, Kopp JB, Kimmel PL. Kidney Diseases Associated with Human Immunodeficiency Virus Infection. *N Engl J Med*. 2017;37:2363-2374. PMID: 29694807
7. Sokoya T, Steel HC, Nieuwoudt M, Rossouw TM. HIV as a Cause of Immune Activation and Immunosenescence. *Mediators Inflamm*. 2017;2017:6825493. doi: 10.1155/2017/6825493. PMID: 29209103
- 8.- Xu Y, Chen X, Wang K. Global prevalence of hypertension among people living with HIV: a systematic review and meta-analysis. *J Am Soc Hypertens*. 2017;11:530-540. PMID: 28689734
9. Omboni S, Aristizabal D, De La Sierra A, Dolan E, Head G, Kahan T, et al. Hypertension types defined by clinic and ambulatory blood pressure in 14143 patients referred to hypertension clinics worldwide. *J Hypertens*. 2016;34:2187-98. PMID: 27512964
10. Villamor Ordozgoiti A, Priu Parra I, España Salvador MC, Torres Valdés C, Bas Ciudad MP, Ponce Quilez MR. Intervención para reducir la repercusión en el sueño de la luz y el ruido en áreas de observación de urgencias. *Emergencias*. 2017;29:39-42. PMID: 28825267