

(especie; organismo del que se aisló, excepto cuando es humano, que se obvia; lugar de recogida de la muestra; número interno de control; año, y subtipo). Así pues la denominación propuesta incluye los suficientes datos como para identificarlo claramente y elude el posible origen animal del mismo y la localización geográfica del primer aislamiento, evitando así herir sensibilidades de ciertos colectivos.

Toda esta exposición nos conduce a una cuestión más general de la virología: la necesidad de acordar un sistema taxonómico homogéneo para los virus, la cual lleva debatiéndose muchos años. Inicialmente, y tras la descripción del primer virus, el del mosaico del tabaco, su clasificación se realizaba en función a lo que hacían: encefalitis, gastroenteritis, bacteriófagos, etc. El posterior desarrollo de la virología y de otras disciplinas (microscopía, biología molecular, bioinformática, etc.) ha permitido agrupar los virus según algunas de sus características físico-químicas: material genético (ARN o ADN), forma, estructura, etc. Aún así, y a pesar de los esfuerzos del comité internacional de taxonomía de virus, (ICTV)⁵, para consensuar una nomenclatura y taxonomía víricas, aun se está lejos de lograrlo, tal y como se ha expuesto en diversos foros internacionales^{9,10} y modestamente se aborda aquí. Así, la nomenclatura propuesta por la ICTV⁵: nombre del virus seguido, entre paréntesis, por la familia, el género y la especie a la que pertenece, por ejemplo, virus del Nilo Occidental (familia *Flaviviridae*, género *Flavivirus*, especie *virus del Nilo Occidental*) ha sido criticada⁷ por no seguir las pautas aplicadas a otros organismos desde que Lineo propuso su sistema combinado. El aspecto más controvertido de esta polémica⁵⁻¹⁰ se centra en la inclusión del concepto de especie, puesto que los criterios utilizados para adscribir un patógeno a una especie son menos rigurosos y más convencionales que los que se usan para adscribirlos a una familia. El quid de la cuestión radica en cómo de diferentes tienen que ser dos virus para considerarlos pertenecientes a especies distintas y no miembros de una misma especie. En este sentido, además, los virólogos, como el resto de colectivos, también tenemos nuestra componente hedonista y con frecuencia nos cuesta reprimirnos a la hora de describir «nuevos» genotipos, serotipos y, no digamos ya, especies. En cualquier caso, este debate es común a otras disciplinas de la biología, habiéndose utilizado hasta la fecha más de 20 conceptos diferentes para definir la especie⁸. En 1991 la ICTV⁵ definió la especie vírica como: «una clase policatagórica

de virus que constituyen un linaje replicativo y ocupa un nicho ecológico particular», definición que parece lo suficientemente flexible como para acomodar a los virus en ella y lo suficientemente ambigua como para dejar la puerta abierta para que continúe la polémica.

Llegados a este punto, la conveniencia de llegar a un consenso en la nomenclatura y taxonomía de los virus parece clara y en ello debemos esforzarnos los virólogos. Aún así, aquí no acaban nuestros cuartos, aún nos queda por resolver una cuestión más polémica si cabe, nuestro particular «nudo gordiano»: ¿son los virus seres vivos o no?, pero creo que este aspecto mejor lo tratamos en otro momento y dejamos que el debate continúe abierto.

Bibliografía

1. Tenorio A, Lozano ME, Zeller H, Donoso-Manke O. Virus con denominación de origen: sin nombre, Nápoles, West Nile. *Enferm Infecc Microbiol Clin.* 2009;27(5):309-10.
2. Saiz JC. Virus con denominación de origen en español: el virus del Nilo Occidental. *Enferm Infecc Microbiol Clin.* 2009;27(5):310-2.
3. Santos-López G, Reyes-Leyva J, Vallejo-Ruiz V. Los problemas de la nomenclatura de virus. *Enferm Infecc Microbiol Clin* 2010. DOI:10.1016/j.eimc.2009.10.007.
4. [consultado 8/3/2010]. Disponible en: <http://www.who.int>.
5. [consultado 8/3/2010]. Disponible en: <http://www.ictvonline.org>.
6. Van Regenmortel MHV, Mahy BWJ. Emerging issues in virus taxonomy. *Emerg Infect Dis.* 2004;10(1):8-13.
7. Eberhard ML. Virus taxonomy: one step forward, two steps back. *Emerg Infect Dis.* 2004;10(1):153-4.
8. Mayden RL. A hierarchy of species concepts: the denouement in the saga of the species problem. En: Claridge MF, Dawah HA, Wilson MR, editores. *Species, the units of biodiversity.* Londres: Chapman y Hall; 1997. p. 381-424.
9. Gibbs A. Virus nomenclature descending into chaos. *Arch Virol.* 2000;145:1505-7.
10. Drebot MA, Henchal E, Hjelle B, LeDuc JW, Repik PM, Roehrig JT, et al. Improved clarity of meaning from the use of both formal species names and common (vernacular) virus names in virological literature. *Arch Virol.* 2002;147:2465-71.

Juan Carlos Saiz

Laboratorio de Zoonosis y Virología Medioambiental, Departamento de Biotecnología, Instituto Nacional de Investigación Agraria y Alimentaria (I.N.I.A.), Madrid, España
Correo electrónico: jcsaiz@inia.es

Véase contenido relacionado en DOI: 10.1016/j.eimc.2009.10.007

doi:10.1016/j.eimc.2010.06.002

Monitorización ambulatoria de la presión arterial en el paciente VIH

Outpatient blood pressure monitoring of the HIV patient

Sr. Editor:

En la excelente revisión publicada recientemente sobre la HTA en el paciente VIH¹, se apuntan interrogantes abiertos sobre los que queremos aportar nuestra experiencia. El correcto diagnóstico, probablemente el origen en algunos casos de las discrepancias en la prevalencia recogidas en la literatura, es la clave para abordar el problema con precisión. No siempre es fácil en la práctica clínica habitual conseguir las condiciones ideales de medida de la PA tal y como se describe en el artículo; evitar estrés físico y psíquico previo, habitación tranquila, 5 min de reposo, mantenerse sin hablar etc.

En nuestra consulta donde en el año 2009 se vieron 178 pacientes con infección por VIH, hemos introducido por su utilidad^{2,3} los dispositivos de Monitorización Ambulatoria de la PA (MAPA) en el control del riesgo cardiovascular del paciente VIH⁴. Los enfermos bien controlados son incluidos en una estimación del riesgo vascular, donde si no se conoce previamente su PA, se mide en la consulta dejando al paciente en reposo, en una sala anexa y repitiendo la medición en 2 ocasiones. A aquellos en los que la PA se encuentra elevada se les coloca el mismo día un dispositivo de MAPA, del que disponemos en la misma consulta.

De los 29 pacientes a los que en esas condiciones se les ha colocado un MAPA por HTA detectada en la consulta, solo se ha confirmado el diagnóstico de HTA mediante los criterios específicos en 12 (41%), considerándose el resto como casos de hipertensión de bata blanca, donde los registros de MAPA

muestran que los pacientes solo presenta presiones elevadas en la primera hora tras la consulta médica.

La situación de estrés que supone al paciente con infección por VIH la consulta de revisión de su enfermedad, puede favorecer una falsa elevación de la PA, incluso si se cumplen las condiciones de reposo y silencio necesarias. Antes de establecer el diagnóstico de HTA será necesario repetir la medición varias ocasiones y días, pero también puede ser práctico la colocación en la misma consulta de un dispositivo de MAPA.

Estamos de acuerdo, y es nuestra práctica habitual, abordar los factores de riesgo cardiovascular en el paciente VIH bien controlado, incluyendo la HTA, pero para evitar excesos diagnósticos por la hipertensión de bata blanca, deben de cumplirse estrictamente las recomendaciones de medida o utilizar un dispositivo de MAPA.

En conclusión, y apuntando respuestas a los interrogantes planteados por De la Serna, la HTA de bata blanca es frecuente en los pacientes VIH. El uso de MAPA puede ser útil para evitar falsos diagnósticos de HTA en el paciente VIH.

doi:10.1016/j.eimc.2010.02.009

Respuesta de los autores

Author's reply

Sr. Editor:

En nuestra revisión sobre hipertensión arterial (HTA) e infección por el virus de inmunodeficiencia humana (VIH) publicada recientemente¹ enumerábamos una serie de interrogantes aún sin respuesta: la prevalencia real de HTA en la población infectada por VIH, la frecuencia de hipertensión de bata blanca en esa población y la potencial influencia de los diferentes fármacos antirretrovirales en el aumento de la presión arterial entre otros. Coincidimos con Tornero et al en la importancia y dificultad de la correcta medición de la presión arterial en la práctica clínica habitual de las unidades que atienden a enfermos infectados por VIH. La utilización de dispositivos de monitorización ambulatoria de la presión arterial (MAPA), dada la ansiedad y el estrés habitual de estas consultas, estaría indicada para descartar la presencia de hipertensión de bata blanca. Tornero et al tras la colocación de la MAPA a 29 pacientes con cifras de presión arterial > 140/90 mmHg en la consulta, confirman el diagnóstico en el 41% y el 59 restante es diagnosticado de hipertensión de bata blanca. Asumiendo que se tomó la presión arterial a los 178 pacientes atendidos y que ninguno de ellos tenía el diagnóstico previo de HTA hace una frecuencia de HTA tras toma aislada en la consulta del 16%.

La prevalencia de hipertensión de bata blanca en población general hipertensa española se sitúa entre un 15 y un 30%^{2,3}. Existen pocos estudios que hayan utilizado la MAPA para el diagnóstico de HTA en pacientes infectados por VIH. En un estudio transversal realizado con 310 pacientes consecutivos atendidos en nuestro centro⁴, de los cuales 20 eran hipertensos con tratamiento, se detectaron 43 pacientes (14%) con cifras de presión arterial en consulta mayores o igual a 140/90 mmHg. En el 60,5% de estos se confirmó el diagnóstico de HTA tras la realización de la MAPA. El 39,5% restante fue diagnosticado de hipertensión de bata blanca al no confirmarse por la MAPA las cifras elevadas en la consulta.

¹Véase contenido relacionado en DOI: 10.1016/j.eimc.2010.02.009

doi:10.1016/j.eimc.2010.04.004

Bibliografía

1. De la Serna JIB, Zamora FJ, Montes ML, Gracia-Puig J, Arribas JR. *Enferm Infecc Microbiol Clin.* 2010;28:31–7.
2. Pickering TG, Shimbo D, Haas D. Ambulatory blood-pressure monitoring. *N Engl J Med.* 2006;354:22.
3. Mallion JM, Baguet JP, Mancia G. European society of hipertension scientific newsletter: clinical value of ambulatory blood pressure monitoring. *J hipertens.* 2006;24:2327–30.
4. Tornero C, Santamaría A, Gil E, La puebla C. Índices de riesgo cardiovascular en pacientes con infección por el VIH en tratamiento antirretroviral efectivo. *Med Clin.* 2008;130:797.

Carlos Tornero *, Ana Ventura y Maricarmen Mafe

Servicio de Medicina Interna, Hospital Francisco de Borja, Gandia, Valencia, España

*Autor para correspondencia.

Correo electrónico: tornero_car@gva.es (C. Tornero).

Sorprende la elevada frecuencia de hipertensión de bata blanca en la carta de Tornero, muy por encima de la frecuencia en población general hipertensa^{2,3}. Probablemente esta diferencia sea debida a las características de la población de su estudio que no precisan.

En cualquier caso coincidimos en la elevada prevalencia de la hipertensión de bata blanca debido a las peculiaridades de las consultas de VIH y de la necesidad de confirmar el diagnóstico mediante MAPA siempre que esté disponible. Con el diagnóstico de certeza lograríamos evitar el uso innecesario de fármacos innecesarios y la posible yatrogenia derivada de su uso.

Bibliografía

1. Bernardino de la Serna JI, Xavier Zamora F, Luisa Montes M, García-Puig J, Ramón Arribas J. Hipertensión arterial, infección por el virus de la inmunodeficiencia humana y tratamiento antirretrovírico de gran actividad. *Enferm Infecc Microbiol Clin.* 2010;28(1):32–7.
2. Sierra C, De la Sierra A, Sobrino J, Segura J, Banegas JR, Gorostidi M, et al. Monitorización ambulatoria de la presión arterial (MAPA). Características clínicas de 31.530 pacientes. *Med Clin (Barc).* 2007;129(1):1–5.
3. Vinyoles E, Felip A, Pujol E, de la Sierra A, Dura R, del Rey RH, et al. Clinical characteristics of isolated clinic hypertension. *J Hypertens.* 2008;26(3):438–45.
4. Bernardino JI, Mora M, Zamora FX, González JJ, Peña JM, Montes M, et al. Hypertension and Isolated Office Hypertension in HIV-infected patients determined by Ambulatory Blood Pressure Monitoring: prevalence and risk factors. *HIV Medicine.* 2009;10(Suppl 2):42. Best Poster Discussion BPD2/3.

José Ignacio Bernardino de la Serna *, María Luisa Montes y Francisco Xavier Zamora

Unidad VIH, Servicio de Medicina Interna, Hospital Universitario La Paz, Madrid, España

*Autor para correspondencia.

Correo electrónico: jibernardino.hulp@salud.madrid.org (J.I. Bernardino de la Serna).