

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.

Véase 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).