



RV-H-002 - PERFILES DE HIPERTENSIÓN EN PACIENTES INFECTADOS POR EL VIRUS DE LA INMUNODEFICIENCIA HUMANA

F. Tornero, V. Estrada, J. Pérez, A. Valcárcel, P. Aparicio, Á. Nieto, I. Burruezo y M. Abad

Medicina Interna. Hospital Clínico San Carlos. Madrid.

Resumen

Objetivos: Los pacientes infectados por el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH), presentan un mayor número de eventos cardiovasculares a causa de diversos factores relacionados con el estilo de vida, estatus inflamatorio elevado, efectos secundarios del tratamiento y una mayor prevalencia de factores clásicos de riesgo cardiovascular. La prevalencia hipertensión arterial (HTA) está aumentada en el paciente con VIH respecto a la población general. Nuestro objetivo en este estudio es analizar por un lado la prevalencia de los distintos perfiles circadianos de HTA y si estos podrían jugar algún papel en el mayor número de evento cardiovasculares observados. Además, se pretende también definir la prevalencia de HTA de bata blanca en ambas poblaciones.

Material y métodos: Ante la detección de cifras altas de HTA en pacientes con VIH en la consulta de enfermedades infecciosas se derivaron a la Unidad de HTA de nuestro centro, donde se informó de las características del estudio, se firmó consentimiento informado, se recogieron medicación y antecedentes personales y se colocó dispositivo Holter para medición de la presión arterial ambulatoria durante 24 horas a 100 pacientes cuyas características era: 21% de mujeres; 17% coinfectados por virus de la hepatitis C; Todos los pacientes con CD4 > 500. Todos con carga viral < 50 copias. Se compararon los resultados con los perfiles de HTA de 31.530 pacientes, del registro MAPA español. Se analizaron los porcentajes de los cuatro patrones (Dipper, Non-dipper, Riser, Hiperdipper y bata blanca), según los criterios de la sociedad Europea de HTA, mediante con test de contraste de hipótesis χ^2 , para las variables de ambas poblaciones.

Resultados: Para los porcentajes observados en población general de Hiper-dipper 6,6%, Dipper 39,9%, Non-dipper 40,2% y Riser 13,4%. En nuestra población VIH los resultados fueron: Hiper-dipper 5,3%, Dipper 32,1%, Non-dipper 53,7% y Riser 8,9%. Aplicado el test de contraste de hipótesis no se encontraron diferencias significativas entre ambos grupos con $p = 0,23$. El porcentaje de HTA de bata blanca en población general: 24%, frente al 7% obtenido en nuestra muestra, siendo estas diferencias estadísticamente significativas con $p = 0,00089$.

Discusión: En la población VIH de nuestro estudio hemos objetivado un peor patrón circadiano que en pacientes no VIH, a pesar de no encontrar significación. Si en estudios con muestras superiores se consiguiera definir una diferencia mayor, sería planteable ajustar el tratamiento para mejorar el patrón de los pacientes con VIH. Existe menor porcentaje de HTA de bata blanca en pacientes VIH, lo cual podría estar en relación con que la población VIH sea más hipertensa y tenga más riesgo

cardiovascular.

Conclusiones: En la experiencia en nuestro centro, no existen diferencias significativas en el patrón de presión arterial a lo largo del día entre sujetos VIH y no VIH al que atribuir un mayor riesgo cardiovascular. Pese a no existir diferencias en los patrones, se observa una mayor proporción de paciente Non-dipper, por lo que el MAPA pudiera ser una herramienta a tener en cuenta para ajustar el tratamiento anti-HTA de estos pacientes. Entre la población de pacientes VIH, la HTA de bata blanca es menos prevalente con respecto a la población normal.