

El número de pacientes fallecidos fue de 82. De ellos, 69 (84%) eran varones y 13 (16%) mujeres, con una edad media de 38 años. Los factores de riesgo de transmisión del VIH fueron: usuarios de drogas por vía parenteral (UDVP) (56 casos, 69%), vía sexual (14, 17%), maternofetal (2, 2%) y desconocido (10, 12%). Recibían TARGA 32 (39%) fallecidos y 50 (61%) no, presentando 69 (91%) un recuento de CD4 < 200/μl. La mayoría de los fallecimientos (77, 94%) se produjeron durante el ingreso en medicina interna. El número de ingresos en pacientes VIH respecto al total de ingresos muestra un descenso estadísticamente significativo en este período (p = 0,003), mientras que el porcentaje de mortalidad se mantiene constante (p > 0,05) (tabla 1).

Las causas de mortalidad analizando los 82 fallecidos son: 35 muertes por enfermedades definitorias de sida (neumonía por *Pneumocystis jiroveci* 10, caquexia o encefalopatía por VIH 12, tuberculosis 9 y linfomas 4), 17 por hepatopatía terminal por virus hepatotrofos, 13 por otras infecciones (neumonía 5 y sepsis 8), 5 por tumores, 6 por otras causas y 6 de causa desconocida. Las causas en los 32 pacientes que recibían TARGA son: 13 muertes por hepatopatía, 11 por enfermedades definitorias de sida (neumonía por *P. jiroveci*: 2, caquexia o encefalopatía por VIH: 5, tuberculosis: 2 y linfomas: 2), tres por otras infecciones, tres por tumores y dos por otras causas. Al comparar la frecuencia de las causas de muerte entre los pacientes con y sin TARGA sólo existen diferencias significativas para la hepatopatía (13 fallecimientos en 32 pacientes con TARGA [41%] y 4 en 50 pacientes sin TARGA [8%]; p = 0,005).

Nuestros datos constatan la disminución progresiva de la carga hospitalaria asociada al VIH tras la introducción del TARGA, aunque el descenso es menor al observado tras los primeros años de esta terapia^{1,2,4}, y se confirma la persistencia de lo que se ha denominado "morbimortalidad residual"⁷. Cabe recordar como sesgo de nuestro trabajo, compartido por el resto de estudios sobre el tema¹⁻⁶, que se ha analizado sólo la mortalidad hospitalaria.

Mortalidad hospitalaria en pacientes VIH (1999-2004). ¿Estamos preparados frente a la coinfección por virus hepatotrofos?

Sr. Editor: Las tasas de mortalidad y el número de ingresos hospitalarios en los pacientes infectados por el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH) han disminuido de forma notable en España desde la introducción del tratamiento antirretroviral de gran actividad (TARGA)¹⁻⁴. Sin embargo, la información sobre la evolución de estas variables a partir del año 2001 es escasa^{5,6}. Para estudiar estos aspectos hemos revisado los 1033 ingresos hospitalarios registrados de 1999 a 2004 en pacientes VIH en un hospital de tercer nivel. Los datos se analizaron con el programa SPSS v12.0, comparando las proporciones a lo largo del tiempo con la prueba chi cuadrado (χ^2) de tendencias y las proporciones entre 2 grupos con la prueba χ^2 .

TABLA 1. Evolución de los ingresos y mortalidad hospitalaria en los pacientes VIH (1999-2004)

	1999	2000	2001	2002	2003	2004	Total
Ingresos totales hospitalarios (n)	31.406	31.578	31.206	30.862	30.212	30.612	184.464
Ingresos de pacientes VIH (n)	201	180	181	179	142	150	1.033
Ingresos VIH sobre total de ingresos (%)	0,64	0,57	0,58	0,58	0,47	0,49	0,56
Fallecimiento en pacientes VIH ingresados (n)	16	13	13	18	11	11	82
Mortalidad de los ingresos VIH (%)	7,9	7,2	7,1	10	7,7	7,3	7,9

Entre las causas que explican esta mortalidad residual, citaremos en primer lugar que más de la mitad de los fallecidos no recibían TARGA, habiéndose explicado las diferencias en el acceso a esta terapia fundamentalmente por factores socioeconómicos⁷; una baja adherencia al tratamiento predispone también a su ineficacia: en este sentido, se ha estimado que un 67% de los pacientes no son adherentes en nuestro medio⁸. En segundo lugar, destaca el aumento en la importancia relativa de la coinfección por virus hepatotropos como causa de muerte hospitalaria en pacientes que reciben TARGA, tal y como ocurre en otros países⁹ y como han sugerido trabajos recientes en España^{5,6}. Esta situación se debe tanto a la disminución en la mortalidad por otras causas tras la introducción del TARGA (fundamentalmente enfermedades definitorias de sida)¹⁰ como al aumento en el número total de muertes por hepatopatía observado en cohortes con una alta prevalencia de UDVP⁷, como la nuestra. No hemos recogido cifras significativas de mortalidad de causa vascular debido a la terapia antirretroviral.

Las conclusiones fundamentales que extraemos de nuestro estudio son la necesidad de aumentar la cobertura del TARGA, así como de desarrollar estrategias para prevenir el desarrollo de hepatopatía terminal en pacientes que reciben esta terapia.

Miguel Marcos^a, Agustín Arévalo^b,
Rosa Merchán^a, María Luisa Pérez^a
y Carmen Soler^a

Servicios de ^aMedicina Interna II
y ^bUrgencias. Hospital Universitario de
Salamanca. España.

mortalidad de los pacientes infectados por el virus de la inmunodeficiencia humana en la era del tratamiento antirretroviral de gran actividad. *Enferm Infecc Microbiol Clin*. 2001; 19:85-6.

5. Brun Romero FM, Martín Aspas A, Girón González JA. Modificaciones en los ingresos y mortalidad de los pacientes con infección por VIH durante el período 2001-2003 (réplica). *Rev Clin Esp*. 2006;206:360.
6. Moreno-Cuerda VJ, Morales-Conejo M, Rubio R. Causas de ingreso hospitalario en pacientes con infección VIH en el Área 11 de Madrid durante el año 2003. *Rev Clin Esp*. 2006;206: 359-60.
7. Iribarren JA, González-García J. Ingresos hospitalarios y mortalidad en pacientes con sida en la era TARGA: ¿hacia dónde vamos? *Enferm Infecc Microbiol Clin*. 2004;22:129-32.
8. Moralejo L, Inés S, Marcos M, Fuertes A, Luna G. Factors influencing adherence to highly active antiretroviral therapy in Spain. *Curr HIV Res*. 2006;4:221-7.
9. Bica I, McGovern B, Dhar R, Stone D, McGowan K, Scheib R, et al. Increasing mortality due to end-stage liver disease in patients with human immunodeficiency virus infection. *Clin Infect Dis*. 2001;32:492-7.
10. Rivas González P, Fernández Guerrero ML. Las infecciones del sistema nervioso central en pacientes con virus de la inmunodeficiencia humana en la era del tratamiento antirretroviral de gran actividad. *Rev Clin Esp*. 2005;205:278-82.

Bibliografía

1. Brun Romero FM, Martín Aspas A, Guerrero Sánchez F, Montes de Oca Arjona M, Soto Cardenas MJ, Girón González JA. Evolución de los ingresos y la mortalidad en un Servicio de Medicina Interna de un hospital de tercer nivel (1996-2000). Influencia de las modificaciones en el tratamiento de la infección por el VIH. *Rev Clin Esp*. 2005;205:51-6.
2. Escolano Hortelano CM, Ramos Rincón JM, Gutiérrez Rodero F, Masía Canuto M, Hernández Aguado I, Benito Santaleocadia C, et al. Cambios en el espectro de la morbilidad y la mortalidad de los ingresos hospitalarios de los pacientes con infección por el virus de la inmunodeficiencia humana durante la era del tratamiento antirretroviral de gran actividad. *Med Clin (Barc)*. 2004;122:1-5.
3. Rodríguez-Vidigal FF, Habernau A. Motivo de ingreso en pacientes infectados por el virus de la inmunodeficiencia humana en un área rural. Papel de la hepatopatía crónica. *Enferm Infecc Microbiol Clin*. 2004;22:138-41.
4. Camino X, Iribarren JA, Arribas J, Rodríguez F, Von Wichmann AM. Causas de