



Enfermedades Infecciosas y Microbiología Clínica

www.elsevier.es/eimc



Editorial

Mortalidad en personas infectadas por el virus de la inmunodeficiencia humana



Mortality in people infected by Human Immunodeficiency Virus

Juan Berenguer

Hospital General Universitario Gregorio Marañón/Instituto de Investigación Sanitaria Gregorio Marañón, Madrid, España

Las tasas de mortalidad en personas infectadas por el VIH han experimentado un importante descenso desde finales de los años 90 del pasado siglo, tanto en países desarrollados¹⁻⁶, como en algunos países desfavorecidos del África subsahariana^{7,8}. Este descenso en la mortalidad, se atribuye en gran medida a la mejor situación inmunológica de los pacientes, secundariamente a las progresivas mejoras en la efectividad y seguridad del tratamiento antirretroviral de combinación (TARc)⁶. A pesar de ello, el tiempo estimado de supervivencia media continúa siendo menor para los pacientes infectados por el VIH, que para la población general, tal y como nos muestran algunos estudios recientes de base poblacional que se han focalizado tanto en personas jóvenes⁹, como en personas con edad mayor de 50 años, sin comorbilidad¹⁰. Queda todavía un largo camino por recorrer en este sentido, y para ello deben cumplirse algunos requisitos como son el diagnóstico a tiempo de la infección (aspecto de capital importancia), el acceso a tratamientos eficaces y seguros, y el buen cumplimiento de los mismos^{11,12}.

En este número de ENFERMEDADES INFECCIOSAS Y MICROBIOLOGÍA CLÍNICA, López et al. comunican los resultados de un estudio sobre la mortalidad en los 1.070 pacientes infectados por el VIH que fueron atendidos al menos en una ocasión en el Hospital General Universitario de Elche entre los años 1998/2011, periodo que fue dividido en 2, a efectos de análisis: 1998/2004 y 2005/2011¹³. Durante estos 14 años, fallecieron 159 pacientes, 94 durante el primer periodo y 65 durante el segundo. Es de destacar que, en ambos periodos, los fallecidos eran mayoritariamente varones, que se habían infectado del VIH por uso de drogas inyectadas, y que estaban coinfectados por el VHC; además, en el segundo periodo los fallecidos tenían peor situación inmunológica, y peor control de la infección por VIH. Estos hallazgos concuerdan con otros estudios en los que se ha encontrado que el impacto en la mortalidad del TARc es menor en usuarios de drogas inyectadas que en otros grupos de pacientes con infección por VIH¹⁴. En este sentido, merece la pena mencionar 2 estudios realizados en nuestro país en donde se ha observado que el descenso de la mortalidad, comparando los primeros y los últimos años del TARc, ha tenido lugar a expensas de pacientes infectados

por vía sexual^{4,15}, dado que las tasas de mortalidad global y mortalidad por causa específica entre los que se infectaron por consumo de drogas inyectadas (que mayoritariamente estaban coinfectados por el VHC) no solo no descendieron, sino que experimentaron un incremento no significativo en el segundo periodo⁴.

Con respecto a las causas de muerte, en el estudio de López et al., se atribuyeron 86 fallecimientos a enfermedades no relacionadas con el sida, 56 a enfermedades relacionadas con el sida y en 17 ocasiones no pudo determinarse la causa de la muerte¹³. De las muertes no relacionadas con el sida, la categoría más frecuente fue la muerte no natural (sobredosis, suicidio y muerte violenta), seguida en segundo lugar de las muertes por causa hepática y las infecciones (igual número de casos), los cánceres no relacionados con el sida, las enfermedades cardiovasculares y una miscelánea. Cuando se compararon los 2 periodos de estudio se pudo observar una disminución marcada de las muertes por sida, de forma que el protagonismo en el segundo periodo pasó a ser casi exclusivo de las muertes no sida, aunque hay que tener en cuenta que la mitad de estas muertes fueron por causa no natural.

Todos los estudios llevados a cabo en países desarrollados, han coincidido en que las muertes no relacionadas con el sida han aumentado en los últimos años. Sin embargo, aunque en algunos estudios, como el de la cohorte Suiza, se ha observado que las muertes no relacionadas con el sida han sobrepasado a las relacionadas con el sida⁵, la inmensa mayoría de estudios indican que las muertes por sida continúan ocupando todavía el primer lugar entre las causas de muerte en pacientes infectados por el VIH^{1,3,5,6,10,16}. Entre las muertes no relacionadas con el VIH, los cánceres no definitivos de sida ocupan actualmente el primer lugar, sin que tengamos ningún dato que sugiera que estemos mejorando en este punto^{1,3,5,6}. Existen, sin embargo, datos que apuntan a una disminución de la mortalidad por enfermedades cardiovasculares y hepáticas^{2,4-6}, lo que podría deberse al mejor manejo de estas últimas enfermedades⁶.

El trabajo de López et al. refleja solo la experiencia de una institución, pero tiene la fortaleza de haber usado el algoritmo CoDe, para la clasificación de las causas de muerte; un sistema diseñado específicamente para personas con infección por VIH en el seno de la *Antiretroviral Therapy Cohort Collaboration* que ha sido

Correo electrónico: jbb4@me.com

validado en nuestro país¹⁶. Además, el análisis de las características de los fallecidos y de las causas por muerte observadas en este trabajo brindan enseñanzas que deben hacernos reflexionar en cómo mejorar la asistencia de nuestros pacientes, para que sus expectativas de vida sean, como mínimo, las mismas que las personas no infectadas por el VIH.

En cuanto a las características de los fallecidos, el estudio nos señala de forma inequívoca, que los pacientes que han adquirido la infección por inyección de drogas, y que están coinfectados por el VHC son un grupo de población con riesgo aumentado de muerte, y en el que, por tanto, debemos concentrar nuestros esfuerzos. Si atendemos a la causas de muerte, no podemos sino concluir que los que trabajamos en el campo de la infección por VIH debemos considerar como prioritarios algunos aspectos no relacionados directamente con el manejo de esta infección, entre los que se incluyen la lucha contra el tabaquismo, la erradicación del VHC, la reducción de los factores de riesgo cardiovascular y el cribado de los tumores más frecuentes en los pacientes en situación de riesgo.

Bibliografía

1. Antiretroviral Therapy Cohort Collaboration. Causes of death in HIV-1-infected patients treated with antiretroviral therapy, 1996–2006: Collaborative analysis of 13 HIV cohort studies. *Clin Infect Dis.* 2010;50:1387–96.
2. Helleberg M, Kronborg G, Larsen CS, Pedersen G, Pedersen C, Gerstoft J, et al. Causes of death among Danish HIV patients compared with population controls in the period 1995–2008. *Infection.* 2012;40:627–34.
3. Simard EP, Pfeiffer RM, Engels EA. Mortality due to cancer among people with AIDS: A novel approach using registry-linkage data and population attributable risk methods. *AIDS.* 2012;26:1311–8.
4. Berenguer J, Alejos B, Hernando V, Viciano P, Salavert M, Santos I, et al. Trends in mortality according to hepatitis C virus serostatus in the era of combination antiretroviral therapy. *AIDS.* 2012;26:2241–6.
5. Weber R, Ruppik M, Rickenbach M, Spoerri A, Furrer H, Battegay M, et al. Decreasing mortality and changing patterns of causes of death in the Swiss HIV Cohort Study. *HIV Med.* 2013;14:195–207.
6. Smith CJ, Ryom L, Weber R, Morlat P, Pradier C, Reiss P, et al. Trends in underlying causes of death in people with HIV from 1999 to 2011 (D:A:D): A multicohort collaboration. *The Lancet.* 2014;384:241–8.
7. Farahani M, Price N, El-Halabi S, Mlaudzi N, Keapoletswe K, Lebelonyane R, et al. Trends and determinants of survival for over 200 000 patients on antiretroviral treatment in the Botswana National Program: 2002–2013. *AIDS.* 2016;30:477–85.
8. Asiki G, Reniers G, Newton R, Baisley K, Nakiyingi-Miiró J, Slaymaker E, et al. Adult life expectancy trends in the era of antiretroviral treatment in rural Uganda (1991–2012). *AIDS.* 2016;30:487–93.
9. Mirani G, Williams PL, Chernoff M, Abzug MJ, Levin MJ, Seage GR, et al. Changing trends in complications and mortality rates among US youth and young adults with HIV infection in the era of combination antiretroviral therapy. *Clin Infect Dis.* 2015;61:1850–61.
10. Legarth RA, Ahlstrom MG, Kronborg G, Larsen CS, Pedersen C, Pedersen G, et al. Long-term mortality in HIV-infected individuals 50 years or older: A nationwide, population-based cohort study. *J Acquir Immune Defic Syndr.* 2016;71:213–8.
11. May MT, Ingle SM. Life expectancy of HIV-positive adults: A review. *Sex Health.* 2011;8:526–33.
12. Nakagawa F, May M, Phillips A. Life expectancy living with HIV: Recent estimates and future implications. *Curr Opin Infect Dis.* 2013;26:17–25.
13. López C, Masia M, Padilla S, Aquilino A, Bas C, Gutiérrez F. Muertes por enfermedades no asociadas directamente con el sida en pacientes con infección por el VIH: un estudio de 14 años (1998–2011). *Enferm Infecc Microbiol Clin.* 2016;34:222–7.
14. Kohli R, Lo Y, Howard AA, Buono D, Floris-Moore M, Klein RS, et al. Mortality in an urban cohort of HIV-infected and at-risk drug users in the era of highly active antiretroviral therapy. *Clin Infect Dis.* 2005;41:864–72.
15. Garriga C, García de Olalla P, Miro JM, Ocaña I, Knobel H, Barbera MJ, et al. Mortality, causes of death and associated factors relate to a large HIV population-based cohort. *PLoS One.* 2015;10:e0145701.
16. Hernando V, Sobrino-Vegas P, Burriel MC, Berenguer J, Navarro G, Santos I, et al. Differences in the causes of death of HIV-positive patients in a cohort study by data sources and coding algorithms. *AIDS.* 2012;26:1829–34.