



# Revista Clínica Española



<https://www.revclinesp.es>

## I/H-31. - ANÁLISIS DE MORTALIDAD EN PACIENTES CON INFECCIÓN VIH INGRESADOS DE MANERA NO PROGRAMADA EN UN SERVICIO DE MEDICINA INTERNA DE UN HOSPITAL TERCIARIO EN EL AÑO 2013

E. Arrieta Ortubay, L. Corbella Vázquez, B. Sánchez Moreno, Á. Torralba Morón, L. Domínguez Domínguez, B. de Miguel Campo, J. Salas Jarque, J. Guerra Vales

Servicio de Medicina Interna. Hospital Universitario 12 de Octubre. Madrid.

### Resumen

**Objetivos:** Describir las características de los pacientes con infección VIH ingresados de forma no programada en el servicio de Medicina Interna del Hospital Universitario 12 de Octubre en el año 2013 fallecidos durante el ingreso y los 6 meses posteriores, analizando el efecto de las variables más relevantes que pudieran tener alguna implicación en la mortalidad.

**Métodos:** Se recogieron los datos de todos los pacientes que precisaron ingreso hospitalario no programado en el ámbito y periodo antes mencionado, comparando las características de los fallecidos con los no fallecidos en un período comprendido desde el ingreso hasta los siguientes 6 meses.

**Resultados:** Ingresaron 96 pacientes, de los cuales 8 fallecieron durante el ingreso (8,33%) y 9 más durante los siguientes seis meses (17,71% del total). Todos ellos ya habían sido diagnosticados de infección por VIH con anterioridad al ingreso. La mayoría fueron hombres (62,5%), con coinfección por VHC (75%), siendo un 25% cirróticos. Se encontraban en estadio C de la CDC un 75%, de los cuales dos tercios se hallaban en la categoría C3. El 75% del total estaba en seguimiento por una Unidad VIH y recibía TARGA. La media de edad de estos pacientes, la de la carga viral y del número de CD4 fueron, respectivamente, 45,3 años, 153.402,5 copias y 264,43 células/?L. En el análisis comparativo de estas características con aquellos no fallecidos, no se obtuvieron diferencias significativas. Las causas de mortalidad al ingreso fueron: 4 de causa respiratoria, 1 por complicación de cirrosis y otras 2 por infecciones no relacionadas con el VIH. En el análisis a los seis meses de seguimiento, los resultados son similares, siendo mayor porcentaje de hombres fallecidos (82,35%), y menor el de coinfectados por VHC (58,82%), de los cuales 23,5% eran cirróticos. Se encontraban en estadio C el 58,82% (de ellos, dos tercios estaban en categoría C3). El 70,59% estaban en seguimiento por una Unidad VIH y recibían TARGA. La media de edad, de la carga viral y del número de CD4 fue, respectivamente, de 47,8 años, 198.611 copias y 190,5 células/?L. Al analizar estos datos tampoco se hallaron diferencias significativas en ninguna de las variables analizadas en comparación con los no fallecidos. Contemplando el total de causas de mortalidad en este período, la mayoría se debieron a patologías respiratorias (7 en total), seguidas de complicaciones de cirrosis (3). Sólo hubo dos muertes por causas relacionadas con la infección por VIH.

**Discusión:** El perfil del paciente infectado por VIH ingresado en nuestro servicio de Medicina Interna que fallece en el período comprendido entre el ingreso y los seis meses siguientes es un varón, en la quinta década de la vida, coinfectado por VHC y, en un gran porcentaje, en estadio avanzado de la enfermedad. Las

causas más frecuentes de muerte se relacionan con patología respiratoria, no relacionadas con VIH. No se ha obtenido diferencias estadísticamente significativas en la comparación de las variables entre ambos grupos (fallecidos y no fallecidos), a pesar de que en algunas se observan diferencias numéricas, lo que sugiere que el bajo tamaño muestral puede haber influido en la falta de obtención de significación estadística.

*Conclusiones:* No hemos encontrado diferencias significativas entre los pacientes fallecidos y no fallecidos que ingresaron en nuestro servicio de Medicina Interna en el año 2013, en el seguimiento a seis meses. El hecho de encontrar un mayor porcentaje de pacientes en el grupo de fallecidos con un estadio más avanzado de la enfermedad y menor número de CD4, apunta a que es posible que no hayamos sido capaces de demostrar dichas diferencias por el bajo tamaño muestral, por lo que harían falta más estudios en esta dirección.