



## 1870 - EVOLUCIÓN DE LA MORTALIDAD EN INGRESADOS CON VIH 2009-2021

*Claudia Iglesias Encinas, Fernando Martínez Vera, Elena Suanzes Martín, Alberto Mora Vargas, María García de Santos, Ana Visedo Colino, Sara de la Fuente Moral y Alberto Díaz de Santiago*

*Hospital Universitario Puerta de Hierro Majadahonda, Madrid, España.*

### Resumen

**Objetivos:** Evaluar la evolución de la mortalidad y sus causas en personas VIH-positivo ingresadas entre 2009 y 2021 en el Hospital Universitario Puerta de Hierro Majadahonda, Madrid, por cualquier razón

**Métodos:** Análisis descriptivo retrospectivo de los 865 ingresos correspondientes a 389 pacientes infectados por VIH1 ingresados. Para aumentar la potencia estadística se agruparon a los pacientes en 4 periodos de 3 años y 3 meses (13 años). Los periodos de agrupación fueron: periodo 1: 2009, 2010, 2011 y enero-marzo 2012; periodo 2: abril-diciembre 2012, 2013, 2014, enero-junio 2015; periodo 3: julio-diciembre 2015, 2016, 2017, enero-septiembre 2018; y periodo 4: octubre-diciembre 2018, 2019, 2020, 2021. El análisis estadístico se realizó con los programas Stata v 12,0 y G-Stat V 2.0.

**Resultados:** La mortalidad global acumulada intrahospitalaria en el periodo de estudio fue del 5,8%. Por periodos de ingreso la mortalidad se distribuyó de la siguiente forma: periodo 1: 5,62%; periodo 2: 5,43%; periodo 3: 4,94%; periodo 4: 7,41%. La variación de mortalidad entre los 4 periodos de estudio no resultó estadísticamente significativa ( $p = 0,912$ ), y la tendencia a lo largo del periodo de estudio tampoco ( $n\ p\ trend\ p = 0,668$ ). El tiempo de defunción durante la hospitalización desde el ingreso en Planta fue de 10 días (RIC 4,5-72). La mortalidad fue doble entre los que tenían causa de ingreso SIDA (11,2%) vs. no SIDA (5,5%),  $p = 0,012$ . 70% de los fallecidos durante el ingreso presentaban cifra nadir de linfocitos TCD4  $< 50/\mu\text{L}$  (en comparación con solo el 35% de los pacientes vivos,  $p = 0,084$ ). Similares cifras se obtienen con los CD4 basales (78 vs. 21%,  $p = 0,002$ ). La proporción de pacientes con cociente CD4/CD8 bajo ( $< 0,5$ ) fue elevada en los 2 grupos (89 vs. 59%,  $p = 0,152$ ). La mortalidad en PVVIH y CV suprimida fue del 5,3%, en comparación con el 8,2% de los pacientes con carga viral detectable,  $p = 0,108$ . Las principales causas de mortalidad fueron: infecciosas (47%), tumorales (22%), hepáticas (15%), y cardiovasculares (7,5%). Por grupos de enfermedades las hepáticas mostraron la mayor prevalencia de mortalidad (13%), seguidas de las neoplásicas (11,5%), las mixtas tumor-infección (9%), las cardiovasculares (6,1%), y las enfermedades infecciosas (5,9%),  $p = 0,025$ . No se encontraron diferencias significativas entre las causas de mortalidad a lo largo del periodo de estudio para ninguno de los grupos etiológicos principales. En el análisis multivariante por regresión logística solo resultaron asociadas a mortalidad la coinfección por VHC (OR 8,8; IC95% 1,81-89,2,  $p = 0,042$ ) y el diagnóstico tardío en el momento del ingreso (OR 24; IC95% 1,81-375,4,  $p < 0,0001$ ).

*Conclusiones:* La mortalidad intrahospitalaria de las personas que viven con VIH se mantiene estable en la última década, siendo la coinfección por VHC y el diagnóstico tardío los principales factores de riesgo asociados.