

MOTIVOS DE INTERNACION VINCULADOS A LA INFECCION POR HIV EN LA ERA PRE Y POST-TRATAMIENTO ANTIRRETROVIRAL DE ALTA EFICACIA

EDUARDO PEREZ, JAVIER J. TOIBARO, MARCELO H. LOSSO

*Servicio de Inmunocomprometidos, División Clínica Médica A,
Hospital General de Agudos José María Ramos Mejía, Buenos Aires*

Resumen El objetivo del estudio fue describir y comparar las características de internación de pacientes infectados por el HIV en dos períodos, uno previo y otro posterior a la disponibilidad del tratamiento antirretroviral de alta eficacia en nuestro medio. Diseñamos un estudio retrospectivo observacional. Se relevó la información demográfica y las características de las internaciones: motivo, días de hospitalización, evolución y tratamiento antirretroviral al ingreso. Se revisaron 522 internaciones correspondientes a 330 pacientes en 2 períodos: 1995-96 (n=289) y 2001-02 (n=233). Los motivos más frecuentes de internación fueron las enfermedades marcadoras de sida: 57.1% y 59.7% en los períodos 1 y 2 respectivamente. La tuberculosis fue la causa principal de internación en ambos períodos (23.9% y 15.5%), seguida de criptococosis (3.5% y 7.3%), neumonía por *Pneumocystis jiroveci* (5.9% y 9.4%) y toxoplasmosis (6.9% y 8.6%). La mortalidad no se modificó de manera significativa (13.5% y 16.1%). La infección por HIV se diagnosticó en el 30% de los pacientes internados. Durante el 2° período, observamos una disminución en el número de pacientes que se internaron más de una vez (41.7% y 26.8%). El porcentaje de pacientes con tratamiento antirretroviral al ingreso aumentó del 8% al 25%. No observamos diferencias en las causas de internación y en la evolución de los pacientes en los períodos estudiados. La tuberculosis fue la enfermedad que más frecuentemente motivó la hospitalización. El número de internaciones se mantuvo estable, mientras que se observó un aumento en el número de consultas ambulatorias en ambos períodos (1678, 2512, 5670 y 7074 consultas para los años 1995, 1996, 2001 y 2002 respectivamente).

Palabras clave: HIV, internación, tuberculosis, tratamiento

Abstract *HIV patient hospitalization during the pre and post-HAART era.* The purpose of this study was to describe and to compare the characteristics of patient admissions during two periods, one pre HAART and the other when HAART was fully available. A retrospective analysis of demographic data, ambulatory care information and hospitalization characteristics was performed. Causes of admission, outcome, mortality, length of hospitalization and type of antiretroviral therapy were analyzed. A total of 330 medical records were reviewed, corresponding to 522 admissions during both study periods: 1995-96 (n=289) and 2001-02 (n=233). The most frequent causes of hospitalization were AIDS defining events (period 1: 57.1%; period 2: 59.7%). Tuberculosis was the main cause of admission in both periods (23.9% and 15.5%). Cryptococcosis (3.5%-7.3%), *Pneumocystis jiroveci* pneumonia (5.9%-9.4%), and CNS toxoplasmosis (6.9 -8.6%) followed tuberculosis. Mortality did not vary significantly (13.5%-16.1%). HIV-1 infection was diagnosed at admission in 30% of cases. During 2nd period, a significant decrease in re-admission (41.6-26.8%) was observed, whereas there was an increase in the percentage of patients with previous antiretroviral treatment on admission (8%-25%). An increase in the ambulatory care clinic consultations (1995: n=1678; 1996: n=2512; 2001: n=5670; 2002: n=7074) was observed. No significant differences in the causes of admission and outcome in both periods were found. Tuberculosis is the most frequent disease that motivates hospitalization. The relation between ambulatory consultations and the amount of admissions significantly increased.

Key words: HIV, hospitalization, HAART, tuberculosis

Las infecciones oportunistas ocurridas en el contexto de la inmunodepresión de los pacientes infectados por el virus de la inmunodeficiencia humana (HIV) han sido por años la principal causa de mortalidad en esta pobla-

ción. La introducción a fines de 1995 y principios de 1996 de los esquemas antirretrovirales de alta eficacia (HAART) ha disminuido la morbimortalidad de la infección por HIV^{1,2,3}. La supresión profunda y duradera de la replicación viral, obtenida mediante el uso de los tratamientos combinados, y la restitución inmunológica acompañante han traído como consecuencia cambios en las características de las internaciones de pacientes con infección por HIV^{4,5}. En nuestro país, y en la ciudad de Buenos Aires en especial, se ha documentado una caída en la morbimortalidad de la infección por HIV/síndro-

Recibido: 9-III-2005

Aceptado: 15-VI-2005

Dirección postal

Dr. Eduardo Pérez, Servicio de Inmunocomprometidos, Hospital Ramos Mejía, Urquiza 609, 1221 Buenos Aires, Argentina.

Fax: (54-11) 4956-1522

e-mail: eduardoperez@datafull.com

me de inmunodeficiencia adquirida (sida) contemporánea al uso creciente del HAART^{6,7}. Sin embargo, no se han comunicado diferencias en las características de internación.

El presente estudio tuvo como objetivo describir y comparar las características de internación de pacientes infectados por el HIV atendidos en el Hospital General de Agudos José María Ramos Mejía de la ciudad de Buenos Aires durante dos períodos: uno previo y otro posterior a la disponibilidad de los tratamientos de alta eficacia en nuestro medio.

Materiales y métodos

Para cumplir con los objetivos propuestos, diseñamos un estudio observacional retrospectivo descriptivo. Revisamos las historias clínicas de internación de pacientes infectados con el HIV en dos períodos: el primero desde el 1 de enero de 1995 hasta el 31 de diciembre de 1996 (período 1), y el segundo desde el 1 de enero de 2001 hasta el 31 de diciembre de 2002 (período 2).

Se incluyeron en el estudio todos los pacientes adultos (mayores de 18 años) infectados por el HIV e internados durante los períodos descriptos. El registro de las internaciones se obtuvo del Servicio de Inmunocomprometidos. Las historias clínicas fueron obtenidas en el Archivo Central del Hospital. La información se ingresó en una base de datos creada para los fines de este estudio.

De las historias clínicas consultadas, se recopiló información demográfica de los pacientes y datos específicos de su/s internación/es: motivo, cantidad de días de estadía intrahospitalaria, evolución y uso de tratamiento antirretroviral al ingreso. Se consideró motivo de internación al diagnóstico principal al momento del egreso o del fallecimiento.

Para el análisis de los datos, los motivos de internación se clasificaron en tres categorías: 1) enfermedades marcadoras (aquellas descritas por el CDC [Atlanta, EE.UU.] como definidoras de sida)⁸ 2) enfermedades relacionadas, es decir todas aquellas vinculadas a la inmunodeficiencia pero no consideradas como marcadoras (candidiasis oral, herpes zoster, infecciones pulmonares sin diagnóstico, púrpura trombocitopenia idiopática, neumonía bacteriana, síndrome retroviral agudo y síndrome febril); 3) enfermedades no relacionadas con la inmunodeficiencia.

Se excluyeron de este estudio las internaciones de pacientes de sexo femenino vinculadas a motivos obstétricos y aquellas de las que no se pudo obtener la historia clínica, o la información recopilada fue insuficiente para definir el diagnóstico al egreso. Se realizó estadística descriptiva de los datos y se utilizó χ^2 para la comparación de proporciones y test de Student para el análisis de la duración de las internaciones. Se utilizó Stata 8.0 (Stata Corporation, Lakeway Drive, EE.UU., 2003) y se consideró como significativa una $p < 0.05$.

Resultados

Analizamos 689 historias clínicas de internación pertenecientes a 497 pacientes infectados por el HIV. Se ex-

TABLA 1.— Características generales de los pacientes con infección por HIV admitidos para internación en ambos períodos estudiados en el Hospital General de Agudos J. M. Ramos Mejía

	Período 1995-1996		Período 2001-2002		Total	
	n	(%)	n	(%)	n	(%)
N° internaciones	289	(55.4)	233	(44.6)	522	
N° pacientes	166	(50.3)	164	(49.7)	330	
Sexo masculino	121	(72.9)	119	(72.6)	240	(72.7)
Edad: media [rango]	32.6	[18-56]	36.1	[22-63]	-	
Estadía: Media geométrica en días [rango]	14.5	[1-114]	15.8	[1-160]	-	
HSH	18	(11)	34	(20.7)	52	(16)
Heterosexual	38	(22.8)	71	(43.2)	109	(33)
Uso / abuso de drogas IV	67	(40.4)	51	(31)	118	(35.7)
Politransfusión	2	(1.2)	-	-	2	(0.6)
Pacientes sin cobertura en salud	151	(91)	160	(97.6)	31	(94.2)
Nivel de escolaridad						
Primaria incompleta	6	(3.6)	4	(2.4)	10	(0.3)
Primaria	55	(33.1)	100	(61)	155	(47)
Secundaria	28	(16.9)	30	(18.3)	58	(17.6)
Terciaria/universitaria	14	(8.4)	11	(6.7)	25	(7.5)
Desconocido	63	(37.8)	19	(11.6)	82	(24.8)
Co-infección HCV documentada	26	(15.6)	47	(28.6)	73	(22.1)
Diagnóstico de la infección por HIV durante la internación	45	(27.1)	48	(33.1)	93	(28.2)

HSH: hombres que mantienen sexo con hombres, IV: intravenosas, HCV: Virus de hepatitis C.

cluyeron del análisis 167 historias clínicas correspondientes a igual número de pacientes, 34 debido a datos insuficientes o falta del documento fuente y 133 por estar vinculadas a motivos obstétricos, quedando un total de 330 pacientes. En la Tabla 1 se describe la población estudiada.

No hubo diferencias en las características generales de la población estudiada en ambos períodos en lo referente a sexo, edad y cobertura de salud. Sólo el 25% de los pacientes en ambos períodos. Habían completado sus estudios secundarios. El acceso a la cobertura social de esta población es muy limitado. La cantidad de

pacientes con antecedentes de abuso de drogas endovenosas es levemente inferior en el segundo período estudiado.

Los motivos de internación pueden verse en la Tabla 2. Los eventos definidores del sida constituyeron las principales causas de internación en ambos períodos. La proporción entre enfermedades marcadoras, enfermedades relacionadas y cuadros no relacionados no mostraron diferencias entre ambos períodos (Tabla 2). La tuberculosis (TBC) fue la causa de hospitalización más frecuente en ambos períodos, aun cuando observamos que la proporción de casos disminuyó significativamente

TABLA 2.- *Motivos de internación de pacientes con infección por el HIV en el Hospital Ramos Mejía en dos períodos: 1995-1996 (período 1) y 2001- 2002 (período 2)*

Motivo de internación	Período 1 (n=289)		Período 2 (n=233)		p
	n	(%)	n	(%)	
Enfermedades marcadoras de sida					
Total	166	(57.4)	139	(59.7)	0.60
Tuberculosis	72	(24.9)	37	(15.9)	0.01
Toxoplasmosis cerebral	20	(6.9)	20	(8.6)	0.47
<i>Pneumocystis jiroveci</i>	17	(5.9)	24	(10.3)	0.06
Criptococosis	10	(3.5)	17	(7.3)	0.05
LEMP	7	(2.4)	5	(2.1)	0.83
Linfoma no-Hodgkin	4	(1.4)	12	(5.2)	0.01
Histoplasmosis diseminada	4	(1.4)	2	(0.9)	0.57
CMV, retinitis	6	(2.1)	4	(1.7)	0.76
Candidiasis esofágica	3	(1.0)	-		0.12
CMV, esofagitis	1	(0.3)	-		0.37
Encefalopatía por HIV	4	(1.4)	2	(0.9)	0.57
Micobacteriosis atípica	5	(1.7)	3	(1.3)	0.68
Criptosporidiasis crónica	-		2	(0.9)	0.11
Linfoma 1° de cerebro	-		1	(0.4)	0.26
Sarcoma de Kaposi	1	(0.3)	1	(0.4)	0.88
Síndrome de desgaste por HIV	2	(0.7)	2	(0.9)	0.83
Carcinoma de cuello invasivo	-		2	(0.9)	0.11
Diarrea crónica sin diagnóstico	6	(2.1)	2	(0.9)	0.25
Masa cerebral sin diagnóstico	4	(1.4)	3	(1.3)	0.92
Enfermedades relacionadas					
Total	38	(13.1)	37	(15.9)	0.38
Candidiasis oral	1	(0.3)	-		0.37
Herpes zoster	2	(0.7)	-		0.20
Infecciones pulmonares sin diagnóstico	3	(1.0)	1	(0.4)	0.41
Neumonía bacteriana	26	(9.0)	21	(9)	0.99
Síndrome retroviral agudo	1	(0.3)	1	(0.4)	0.87
Síndrome febril	4	(1.4)	11	(4.7)	0.02
Púrpura trombocitopénica idiopática	1	(0.3)	3	(1.3)	0.22
No relacionadas					
Total	85	(29.4)	57	(24.5)	0.21

LEMP: *Leucoencefalopatía multifocal progresiva*; CMV: *Citomegalovirus*;
PTI: *Púrpura trombocitopénica idiopática*.

(24.9% vs. 15.9%; $p < 0.05$). Al mismo tiempo, aumentaron los casos de criptococosis extrapulmonar (3.5% vs. 7.3%; $p < 0.05$), pneumocistosis (5.9% vs. 10.3%; $p = 0.06$) y linfoma no-Hodgkin (1.4% vs. 5.2%; $p < 0.05$). Clasificamos los motivos de internación en tres categorías: pacientes que fueron diagnosticados en esa internación, pacientes que poseían tratamiento antirretroviral al ingreso y pacientes que conocían su infección pero no tenían tratamiento. Los resultados se muestran en la Figura 1.

La coinfección HIV/virus de la hepatitis C (HCV) en los pacientes internados muestra un aumento durante el segundo período (Tabla 1). No se ha observado un aumento en la cantidad de internaciones debidas a la infección por HCV o por insuficiencia hepática.

La estadía media en el hospital de los pacientes infectados por el HIV, fue de 14.5 días (rango: 1-114 días) en el período 1 y de 15.8 días (rango: 1-160 días) en el período 2 (p : N/S). Los pacientes internados por enfermedades marcadoras estuvieron internados por un período levemente mayor, con una media de 17.4 días (rango: 1-160 días) y 18.2 días (rango: 1-114 días) en los períodos 1 y 2 respectivamente (p : N/S).

Durante el período 1, 97 pacientes (58.4%) fueron internados una sola vez, mientras que 69 (41.6%) pacientes se internaron dos o más veces. En el período 2 se observó una diferencia en esta proporción: 120 (73.2%) se internaron sólo una vez y 44 (26.8%) dos o más veces. La comparación de proporciones entre los pacientes que sólo se internaron una vez en ambos períodos es estadísticamente significativa ($p < 0.05$). Del total de internaciones, 113 (39%) y 94 (40%) fueron reinternaciones durante los períodos 1 y 2 respectivamente. La

TBC fue la enfermedad que produjo mayor cantidad de reinternaciones en ambos períodos: 20 (17.6%) y 12 (12.8%) respectivamente.

Durante los períodos estudiados, 86 pacientes fallecieron, 47 de ellos durante el primer período y 39 durante el segundo, con una mortalidad global de 28.3% y 23.8% respectivamente. Los motivos de internación de los pacientes que fallecieron no mostraron diferencias importantes en ambos períodos estudiados (Tabla 3). Se puede ver una leve tendencia al aumento de las internaciones por cuadros no relacionados a la infección por el HIV que causan el fallecimiento de los pacientes, no a expensas de la disminución de las enfermedades marcadoras, sino de las enfermedades relacionadas. En el grupo de pacientes que fallecieron durante la internación, la TBC fue la principal causa de hospitalización en ambos períodos. Durante el período 1, se internaron 52 pacientes diferentes con TBC (72 internaciones), de los cuales 16 fallecieron, con una mortalidad del 30.7%. En el período 2 se internaron 25 pacientes con TBC (37 internaciones), falleciendo 6 de ellos (mortalidad: 24%). Durante el período 2, puede observarse un aumento en la cantidad de muertes por pneumocistosis y por linfoma no-Hodgkin.

Durante las hospitalizaciones ocurridas en los períodos estudiados, se realizó el diagnóstico de infección por HIV en 93 pacientes: 45 durante el período 1 (27.1% del total de pacientes de este período) y 48 (33.1%) durante el período 2. En ambos períodos, la causa más importante de internación fueron nuevamente las enfermedades marcadoras (55.6% vs. 70.8%); 4 pacientes de este grupo fallecieron durante el período 1. Las causas fueron: TBC, infección pulmonar sin diagnóstico, metástasis ósea de tumor desconocido y linfoma no-Hodgkin. En el período 2 fallecieron 3 pacientes con diagnóstico durante esa internación, todos ellos por enfermedades marcadoras: toxoplasmosis cerebral, linfoma no-Hodgkin y neumonía por *Pneumocystis jirovecii*.

En nuestro trabajo podemos observar un aumento en el porcentaje de pacientes que son internados con tratamiento antirretroviral instituido. Durante el primer período, 20 (6.6%) pacientes ingresados tenían tratamiento antirretroviral, mientras que en el período 2, el número fue de 52 pacientes (22.7%). Con respecto a los tratamientos indicados, en el primer período 11 pacientes utilizaban monoterapia con nucleósidos (7 con AZT, 3 con ddC, 1 con d4T) y 9 con biterapia (2 pacientes con AZT + ddI, 6 con AZT + ddC, 1 con AZT + d4T). Durante el segundo período, 2 pacientes utilizaban biterapia (uno con ddI + IDV y otro con AZT + 3TC) y 50 HAART (29 pacientes con 2 NTRI + IP, 17 con 2 NTRI + 1 NNRTI, 1 con NTRI + NNTRI + IP, 2 con 3 NTRI, 1 con 5 drogas).

Los datos de nuestro servicio muestran que el número absoluto de internaciones durante los últimos 8 años se ha mantenido constante, a pesar de un incremento sustancial en el número de pacientes y consultas

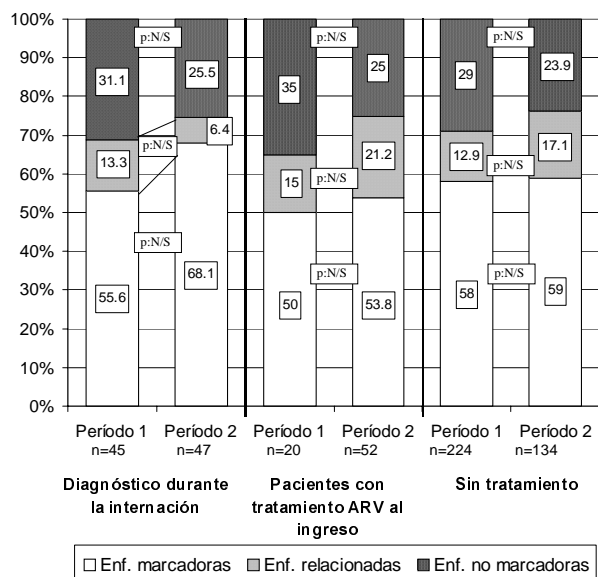


Fig. 1. – Motivos de internación de pacientes infectados por el HIV clasificados según si fueron diagnosticados durante la internación, si poseían tratamiento antirretroviral (ARV) al ingreso o si no poseían tratamiento instituido.

TABLA 3. – *Motivos de internación de pacientes que fallecieron durante su estadía intrahospitalaria*

Motivo de internación	Período 1 (n=47)		Período 2 (n=39)		p
	n	(%)	n	(%)	
Enfermedades marcadoras					
Total	33	(70.2)	26	(66.7)	0.72
Tuberculosis	16	(34.0)	6	(15.4)	
Toxoplasmosis	5	(10.6)	3	(7.7)	
Masa cerebral sin diagnóstico	2	(4.3)	2	(5.1)	
LEMP	2	(4.3)	-		
Linfoma no-Hodgkin	2	(4.3)	5	(12.8)	
<i>Pneumocystis jiroveci</i>	2	(4.3)	4	(10.3)	
Síndrome de desgaste	1	(2.1)	-		
Diarrea crónica sin diagnóstico	1	(2.1)	1	(2.6)	
Linfoma primario de cerebro	-		1	(2.6)	
Criptococosis	-		2	(5.1)	
Micobacteriosis atípica	2	(4.3)	1	(2.6)	
Carcinoma de cuello invasivo	-		1	(2.6)	
Enfermedades relacionadas					
Total	5	(10.6)	2	(5.1)	0.34
Infección pulmonar sin diagnóstico	3	(6.4)	-		
Neumonía bacteriana	2	(4.3)	1	(2.6)	
Síndrome febril	-		1	(2.6)	
Enfermedades no-relacionadas					
Total	9	(19.2)	11	(28.2)	0.32
Carcinoma verrugoso de ano	-		1	(2.6)	
Hepatopatía sin diagnóstico	1	(2.1)	-		
Hemorragia digestiva alta	1	(2.1)	2	(5.1)	
Herida por arma de fuego	-		1	(2.6)	
Insuficiencia hepatorrenal	-		1	(2.6)	
Intoxicación por psicofármacos	1	(2.1)	-		
Metástasis ósea	1	(2.1)	-		
Neutropenia febril	1	(2.1)	-		
Shock séptico	1	(2.1)	2	(5.1)	
Síndrome ascítico edematoso	-		2	(5.1)	
Síndrome de abstinencia	1	(2.1)	-		
Síndrome meníngeo	2	(4.3)	1	(2.6)	
Úlcera yuxtapilórica	-		1	(2.6)	
Total	47		39		

LEMP: *Leucoencefalopatía multifocal progresiva*

ambulatorias de pacientes infectados por el HIV: en el año 1995: 1678; en 1996: 2512; en 2001: 5670; en 2002: 7074 (Fig. 2).

Discusión

De acuerdo a los resultados obtenidos, los motivos de internación más frecuentes en pacientes infectados por el HIV no variaron en los períodos estudiados. Las enfer-

medades marcadoras fueron la principal causa de internación en todos los años. En nuestra serie, la TBC se mantuvo como principal causa de internación y de mortalidad de los pacientes estudiados, aunque observamos una disminución sensible en el segundo período. Esta caída en el número de internaciones por TBC y en su mortalidad hospitalaria no está vinculada a una disminución en el número total de pacientes con TBC (con o sin infección por HIV) diagnosticados en ambos períodos en nuestro centro (datos no mostrados). El análisis de las

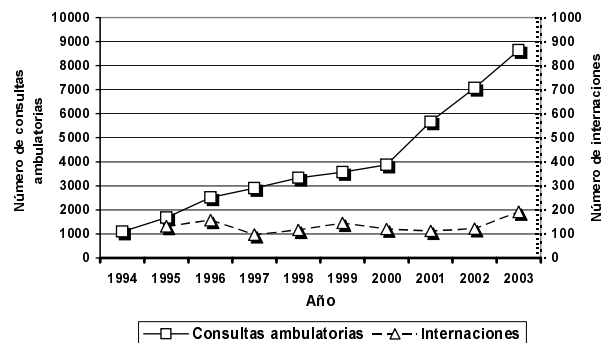


Fig. 2. – Cantidad de consultas ambulatorias e internaciones de pacientes infectados por el HIV en el Hospital José María Ramos Mejía. 1994-2003.

razones que pueden explicar esta observación está más allá de los objetivos de este estudio, aunque varios factores concurren para determinar la alta mortalidad de los pacientes con TBC. Aun cuando nuestro trabajo no posee datos sobre el estado inmunológico de los pacientes estudiados, la serie de pacientes enfermos de TBC seguidos por nuestro servicio entre los años 1997 y 2002 muestra que esta población posee un estado de inmunodeficiencia avanzado. La media de CD4 y carga viral fue de 117 células/mm³ y 4.79 log₁₀ copias/ml respectivamente (datos no publicados). El deficiente estado inmunológico de estos pacientes y sus consecuencias creemos que determinan la alta mortalidad de esta población⁹. La mejora en el diagnóstico temprano y en la calidad de la atención, además del control de la inmunodeficiencia y de otras comorbilidades en los pacientes con sida pueden quizás explicar la disminución de la mortalidad^{10, 11} de los pacientes infectados con TBC y HIV que muestra nuestro estudio, aun cuando esta diferencia no ha sido estadísticamente significativa. La sensibilidad a drogas antituberculosas de los aislamientos de esta serie no mostró cepas resistentes que pudieran determinar una influencia negativa en la sobrevida de estos pacientes, al contrario de lo observado en otros centros¹².

Contrariamente a lo publicado por otros autores¹³, las 6 primeras causas de internación en pacientes que fallecieron son las mismas en ambos períodos, siendo todas ellas marcadoras de sida. Varios estudios muestran cambios importantes en los motivos de internación de pacientes con infección por el HIV, con aumento en la cantidad de admisiones por insuficiencia hepática y toxicidad por drogas antirretrovirales. Estos motivos de internación siguen siendo bajos en nuestro hospital, y no hemos observado variaciones en la cantidad de casos.

De acuerdo a los resultados de este trabajo, los motivos de internación más frecuentes en los pacientes que conocen su infección son también los eventos definidores de sida. En este grupo de internaciones, 149 (66.5%) y 90 (67%) pacientes fueron internados con antecedentes

previos de enfermedades marcadoras en los períodos 1 y 2 respectivamente. En este estudio no exploramos los determinantes de este fenómeno. Publicaciones previas sostienen que factores socioeconómicos, marginalidad, pobreza y falta de acceso al sistema de salud, podrían ser algunas variables implicadas en la internación de los pacientes con infección por HIV¹⁴. Todos estos elementos actuarían en forma negativa en la adherencia al tratamiento de los pacientes infectados con el HIV y su seguimiento adecuado, trayendo como consecuencia un aumento en la mortalidad de esta población¹⁵. De esta forma, los datos de nuestro trabajo muestran que existe una población que conoce su infección y que se interna con un estado de inmunocompromiso avanzado, probablemente debido a factores que comprometen el seguimiento adecuado por el equipo de salud.

Nuestro estudio no mostró variaciones importantes en lo que respecta a la mortalidad intrahospitalaria de los pacientes con infección por HIV. Podemos observar una leve tendencia a su disminución en el período 2.

Las enfermedades marcadoras fueron la principal causa de muerte en nuestro hospital, de manera similar a lo observado en otros centros¹⁶ de características similares al nuestro en lo que respecta a la atención pública y estado socioeconómico de los pacientes atendidos. En nuestro trabajo se observa una tendencia al aumento de las causas de muerte no relacionadas con el HIV, pero esto no se acompaña de una disminución en la proporción de defunciones por eventos definidores sino en las enfermedades relacionadas^{4, 17}.

La cantidad de casos de coinfección HIV/HCV muestra en el período 2 un aumento importante. Creemos que este aumento se debe a una mejor pesquisa de la coinfección en los pacientes con infección por HIV que se internan en nuestro centro. Las consecuencias de la historia natural de la infección por HCV no han motivado todavía en nuestro centro una cantidad significativa de internaciones.

Aun cuando no podemos cuantificar el efecto del HAART sobre la incidencia de internaciones y muerte de la población infectada con el HIV, la relación entre los datos sobre internaciones, cantidad de consultas ambulatorias y pacientes en seguimiento en nuestro centro sugieren una disminución relativa de las internaciones de pacientes con infección por el HIV. De esta relación puede inferirse una disminución en la necesidad de hospitalización de las personas viviendo con HIV que concurren a nuestro hospital.

Nuestro estudio tiene algunas limitaciones. Se trata de un estudio realizado en un Centro que no necesariamente representa a la cohorte de pacientes con infección por HIV que se atienden en la ciudad de Buenos Aires. La naturaleza de nuestro trabajo no nos permite calcular tasas de mortalidad o asociaciones de causalidad entre el aumento en el uso del HAART y la mortalidad.

La escasez de datos sobre el estado inmunológico y virológico de los pacientes hospitalizados es una limitación importante de nuestro estudio, pues ya ha sido documentada la relación entre los niveles de CD4 y la posibilidad de enfermar.

El eventual impacto de la crisis socioeconómica de diciembre de 2001 sobre el acceso a la internación en nuestro hospital no puede descartarse. Pensamos que esta eventual influencia no explica que el número de internaciones se mantenga estable, dado que el número de consultas ambulatorias continuó creciendo, y a que el número de admisiones vinculadas a la infección por HIV continuó estable en el año 2003 (n=191) y 2004 (n=174).

En conclusión, las características de las internaciones de los pacientes con infección por HIV no han cambiado significativamente con la disponibilidad del HAART en nuestro medio, en lo que respecta a motivos de internación, mortalidad, causas de muerte y estadía intrahospitalaria. Sin embargo, la relación entre un aumento significativo en el número de pacientes ambulatorios y un número de internaciones estable muestra que esta población requiere internación con una frecuencia significativamente menor.

El apoyo y seguimiento de los pacientes que conocen su infección y el desarrollo de estrategias que disminuyan la pérdida de seguimiento y aumenten la accesibilidad a los servicios de salud deben ser objetivos importantes en la agenda de los equipos de salud especializados en el seguimiento de las personas que viven con HIV/sida.

Bibliografía

1. Palella FJ, Delaney KM, Moorman AC, et al. Declining morbidity and mortality among patients with advanced human immunodeficiency virus infection. *N Engl J Med* 1998; 338: 853-60.
2. Hogg RS, Heath KV, Yip B, et al. Improved survival among HIV-infected individuals following initiation of antiretroviral therapy. *JAMA* 1998; 279: 450-4.
3. Sepkowitz KA. Effect of HAART on natural history of AIDS-related opportunistic disorders. *Lancet* 1998; 351: 228-30.
4. Jain MK, Skiest DJ, Cloud JW, Jain CL, Burns D, Berggren RE. Changes in mortality related to human immunodeficiency virus infection: Comparative analysis of inpatient deaths in 1995 and in 1999-2000. *Clin Infect Dis* 2003; 36: 1030-8.
5. Nuesch R, Geigy N, Schaedler E, Battegay M. Effect of highly antiretroviral therapy on hospitalization characteristics of HIV/infected patients. *Eur J Clin Microbiol Infect Dis* 2002; 21: 684-687
6. Boletín sobre VIH/sida en la Argentina. Ministerio de Salud y Ambiente de la Nación, Año XI, N° 23, Octubre 2004
7. Situación epidemiológica del HIV/sida en la Ciudad de Buenos Aires. *Infosida* 2004; 4: 4-17.
8. Revised classification system for HIV infection and expanded surveillance case definition for AIDS among adolescents and adults. *MMWR Recomm Rep* 1992; 41(RR-17): 1-19.
9. Del Amo J, Perez-Hoyos S, Hernandez Aguado I, Diez M, Castilla J, Porter K. Impact of tuberculosis on HIV disease progression in persons with well-documented time of HIV seroconversion. *J Acquir Immune Defic Syndr* 2003; 33: 184-90.
10. Waisman JL, Palmero DJ, Alberti FA, Güemes Gurtubay JL, Francos JL, Negroni R. Mejoría pronóstica de pacientes con tuberculosis multirresistente asociada a enfermedad por HIV/sida tratados con terapia antirretroviral de alta eficacia. *Medicina (Buenos Aires)* 2001; 61: 810-14.
11. Dheda K, Lampe FC, Johnson MA, Lipman MC. Outcome of HIV-associated tuberculosis in the era of highly active antiretroviral therapy. *J Infect Dis* 2004; 190: 1670-6.
12. Ritacco V, Di Lonardo M, Reniero A, et al. Nosocomial spread of human immunodeficiency virus-related multidrug-resistant tuberculosis in Buenos Aires *J Infect Dis* 1997;176: 637-42.
13. Bonnet F, Morlat P, Chene G, et al. Causes of death among HIV infected patients in the era of highly active antiretroviral therapy, Bordeaux, France, 1998-1999 *HIV Medicine* 2002; 3: 195-199.
14. Weber AE, Yip B, O'Shaughnessy MV, Montaner JS, Hogg RS. Determinants of hospital admission among HIV-positive people in British Columbia. *CMAJ* 2000; 162: 783-6.
15. García de Olalla P, Knobel H, Carmona A, Guelar A, López-Colomé JL, Caylà JA. Impact of adherence and highly active antiretroviral therapy on survival in HIV-Infected patients. *JAIDS* 2002; 30: 105-110.
16. Folch EH, Hernández I, Vetter T, et al. AIDS-related mortality: improved survival with HAART but causes of death unchanged [abstract 756-W]. In: Programs and abstracts of the 9th Conference on Retroviruses and Opportunistic Infections (Seattle), February 24-28, 2002.
17. Rodríguez BV, Valdez H, Salata H, et al. Changes in causes of death in a cohort of HIV-infected individuals: analysis of the last 6 years [abstract 755-W]. In: Programs and abstracts of the 9th Conference on Retroviruses and Opportunistic Infections (Seattle), February 24-28, 2002.

4.116. Cuanto puede siquiera ser pensado, puede ser pensado claramente. Cuanto puede expresarse, puede ser expresado claramente.

Ludwig Wittgenstein (1889-1951)

Tractatus Logico Philosophicus (1922). Traducción castellana de Jacobo Muñoz e Isidoro Reguera. Barcelona: Altaya, 1994, p 67