

Estudio caso-control de los pacientes infectados por el VIH atendidos en urgencias

SONSOLES CALLEJAS PÉREZ

Hospital de Fuenlabrada. Madrid, España.

CORRESPONDENCIA:

Dra. Sonsoles Callejas Pérez
Hospital de Fuenlabrada
Camino del Molino, 2
28942 Fuenlabrada
Madrid, España
E-mail:
scallejas.hflr@salud.madrid.org
scallejas@eresmas.com

FECHA DE RECEPCIÓN:

4-1-2010

FECHA DE ACEPTACIÓN:

1-3-2010

CONFLICTO DE INTERESES:

Ninguno

AGRADECIMIENTOS:

Al Dr. Pérez de Oteyza, tutor de mi tesis doctoral a la que pertenece este artículo.

Objetivos: Describir el perfil de los pacientes VIH+ que acuden a un servicio de urgencias hospitalario, motivos de consulta, frecuentación, diagnósticos de alta e ingresos, y compararlo con un grupo control.

Método: Se trata de un estudio experimental analítico observacional de casos y controles. La población del estudio fueron 117 pacientes VIH+ y 117 controles VIH negativos. Se calcularon las *odds ratio* con intervalo de confianza del 95% para cada variable y la χ^2 para los datos cualitativos. Se realizó un análisis bivalente contrastando la presencia de asociación y su grado de efecto de las variables dependientes frente a cada una de las independientes y un análisis multivalente, mediante modelo de regresión logística en el que se incluyeron las variables que en el análisis bivalente alcanzaron una significación de $p < 0,2$ con una bondad de ajuste mediante el test de Hosmer y Lemeshow.

Resultados: El perfil del paciente VIH+ es el de un varón español de 40 años, fumador, alcohólico y adicto a drogas por vía parenteral. La fiebre es el motivo de consulta principal y las infecciones no definitorias del sida son los diagnósticos de alta, más frecuentes. Los pacientes VIH+ se ingresan en mayor número que los pacientes control, sin embargo son éstos los mayores frecuentadores de nuestras urgencias.

Conclusiones: En la actualidad los motivos de utilización de nuestra urgencia por parte de los pacientes VIH, no están relacionados con su infección por el virus. [Emergencias 2010;22:259-263]

Palabras clave: VIH. Urgencias. Frecuentación. Consulta.

Introducción

La infección por el VIH representa uno de los problemas de salud pública de mayor gravedad que ha tenido que afrontar nuestro país en los últimos años. Su coste humano, social y económico la ha convertido en uno de los retos sanitarios más importantes para la sociedad española¹. La situación actual refleja una mejora en la calidad y en la esperanza de vida en las personas afectadas pero aún no se ha logrado la eliminación o erradicación completa del virus². Hemos asistido a un cambio en la enfermedad por VIH en los últimos años gracias al tratamiento profiláctico de las diferentes enfermedades oportunistas, así como a la eficacia de los antirretrovirales³.

Sin embargo, ¿hasta qué punto, ha cambiado el perfil de los pacientes VIH+? ¿Realmente son enfermos crónicos, que acuden a urgencias por causas similares al resto de la población con la misma edad y sexo? ¿Su frecuentación en urgen-

cias y sus ingresos son comparables a un grupo de población similar no VIH? Para aclarar estas cuestiones se ha realizado este estudio con los siguientes objetivos: describir el perfil de los pacientes VIH+, sus motivos de consulta, diagnósticos de alta, frecuentación en urgencias e ingresos durante el año 2006 en el servicio de urgencias del Hospital de Fuenlabrada, y lo hemos comparado con un grupo control, de pacientes VIH negativos, de la misma edad y sexo.

Método

Se llevó a cabo un estudio no experimental, analítico y observacional de casos (pacientes VIH+) y controles (pacientes no VIH).

De cada paciente VIH+ que acudía a urgencias de medicina interna o de traumatología, se recogía su número de historia clínica. Las urgencias ginecológicas y psiquiátricas no se incluyeron al no

ser valoradas por los médicos que trabajan en el servicio de urgencias generales de este hospital. Posteriormente, dado que poseemos todas las historias clínicas de urgencias y las diferentes consultas donde acude cada paciente informatizadas en el programa "SELENE", se recogían las diferentes variables a estudio: su motivo de consulta, que es el síntoma o signo por el que el paciente consultaba en urgencias y por el que es clasificado en la puerta de entrada del hospital por enfermería; cuál había sido su diagnóstico de alta de urgencias o tras el ingreso, así como el resto de las variables epidemiológicas a estudio, que si no aparecían en la amnesis de urgencias se podían completar con la historia clínica de las consultas de VIH de medicina interna.

A su vez, se iba recogiendo una "pareja VIH negativa" como el grupo control. Los pacientes no VIH se escogieron en el mismo día o semana de la primera consulta urgente del paciente VIH, de edad similar (más o menos de 5 años de diferencia) y el mismo sexo, así se intentaba evitar el sesgo que pudiera existir por consultar en diferentes épocas del año (enfermedades estacionales), patología relacionada con la edad o asociada al sexo del paciente, respectivamente.

En 2007 se realizó un recuento final retrospectivo en el sistema informático SELENE, de todos los pacientes VIH+, para que no quedara ninguno fuera del estudio, revisar día a día todas las urgencias del año 2006 y además contabilizar cuántas veces habían venido a urgencias en ese año. De cada paciente se recogió:

A. Datos sociodemográficos del paciente: edad, sexo, nacionalidad, antecedentes personales relativos a la infección por VIH (adicción a drogas por vía parenteral, prácticas sexuales de riesgo, homosexualidad, antecedente de transmisión del VIH por transfusión sanguínea, tratamiento anti-retroviral de alta eficacia (TARGA) y cumplimiento), factores de riesgo cardiovascular (hipertensión, diabetes y dislipemia), antecedentes psiquiátricos, si habían tenido ingresos penitenciarios, patología respiratoria crónica, si padecían o habían padecido tuberculosis, coinfección por el virus de la hepatitis B, C y B+C, abuso de alcohol y tabaco.

B. Estado inmunológico: estadio de la enfermedad recogida de última consulta (se escogió de este modo, dado que el estadio puede variar a lo largo de la enfermedad para intentar que el paciente sólo estuviera clasificado en un estadio A, B o C según las diferentes categorías inmunológicas del CDC de 1993 a lo largo del año 2006), lo mismo se realizó con los últimos niveles de linfoci-

tos CD4+, y también se recogió los años de evolución de la enfermedad.

C. Número de consultas anuales a urgencias.

De los pacientes no VIH se recogían los mismos antecedentes sociodemográficos y personales. Aquí nos encontramos un sesgo a la hora de recogida de datos de las historias clínicas donde no se suele preguntar sobre ciertos temas como relaciones sexuales de riesgo, punto a tener en cuenta a la hora de realizar un diagnóstico precoz de enfermedades como el VIH.

Se recogieron los motivos de consulta de cada uno de los pacientes VIH+ y no VIH, y se consideró cada uno de ellos como un motivo independiente para contabilizar, aunque el paciente pudiera ser el mismo el que consultara en diferentes ocasiones. De igual modo se recopilaban los diagnósticos de alta, y se dividieron en infecciosos y no infecciosos, dado que infecciones como las oportunistas han sido el principal diagnóstico de alta clásico en los pacientes VIH, así como de los ingresos (en planta o UCI) y los exitus.

Se dividió a los pacientes en "frecuentadores", los que habían ido 3 o más veces a urgencias frente a los "no frecuentadores" que han ido 2 veces o menos, y se recogió el mes de consulta de cada evento.

Para la descripción de los resultados se utilizaron tablas de frecuencias para las variables tanto cuantitativas como cualitativas.

Se calcularon las *odds ratio* con intervalo de confianza del 95% (IC 95%) para cada variable. Se utilizó la χ^2 para los datos cualitativos. Se procedió a un análisis estadístico bivalente contrastando la presencia de asociación y su grado de efecto de las variables dependientes tanto de los pacientes VIH+ como los no VIH+, frente a cada una de las variables independientes. Se estudió si había relación entre las variables dependientes (frecuentación de urgencias, los ingresos y si el motivo de consulta era infeccioso) y las variables independientes (edad, sexo, si eran españoles, si habían estado en la cárcel, si eran fumadores, drogadictos o alcohólicos, tenían relaciones sexuales de riesgo: enfermedades respiratorias, tuberculosis o hepatitis y el último recuento de linfocitos CD4+, carga viral y estadio en las categorías clínicas).

No se consideraron los factores de riesgo cardiovascular en este análisis estadístico bivalente, dado el pequeño porcentaje de los pacientes que los padecían. Se realizó un análisis multivalente, mediante un modelo de regresión logística en el que se incluyeron las variables que en el análisis bivalente alcanzaron un valor de $p < 0,2$. La bondad del ajuste del modelo final se analizó median-

te el test de Hosmer y Lemeshow. El análisis estadístico se realizó mediante los paquetes SPSS v 11 y R SIGMA.

Resultados

Al final la población del estudio fueron 117 pacientes VIH+ y 117 no VIH que generaron 228 y 256 consultas urgentes respectivamente, dado que algunos de ellos habían consultado varias veces al año.

El perfil del paciente VIH+ era el de un varón español (75%) de unos 40 años, era fumador (66%), alcohólico (32%) y adicto a drogas por vía parenteral (60%). Como antecedentes patológicos, padecía tuberculosis (15%), hepatitis (67%), enfermedades respiratorias (20,5%) y psiquiátricas (22%). Los hombres VIH+ tenían un porcentaje menor de relaciones sexuales de riesgo que las mujeres VIH+ (43% frente al 72%). Padecían la enfermedad desde hace unos 8 años. En su mayoría (37,5%) se encontraban clínicamente asintomáticos (estadio A), con un recuento de linfocitos CD4+ > 500/μL. Presentaban una carga viral indetectable (76%), a pesar de cumplir de forma irregular el tratamiento con TARGA (36% del 66% que estaba en tratamiento). Los pacientes VIH+ tenían escasos factores de riesgo cardiovascular (un 6% tiene dislipemia y un 2% hipertensión). No se encontró ningún paciente que hubiera adquirido el VIH por medio de una transfusión sanguínea.

La fiebre fue el motivo de consulta más frecuente entre los VIH+ (14,8% frente al 6% de los controles, $p < 0,01$). Las infecciones, y dentro de éstas las respiratorias, fueron el diagnóstico de alta más frecuente en los VIH+, con una diferencia estadísticamente significativa, con respecto al grupo control ($p < 0,001$). Ninguna de estas infecciones pertenecía al grupo de "enfermedades definitorias de sida". Éstas sólo han constituido tres diagnósticos de alta: esofagitis candidiásica, neumonía por *Pneumocystis jirovecii* y toxoplasmosis cerebral.

En el análisis multivariante, los pacientes VIH+ en estadio C (OR 3,38, IC 95% 1,60-7,17; $p < 0,001$), los alcohólicos (OR 2,13, IC 95% 1,18-3,85; $p < 0,01$) y los que padecían tuberculosis (OR 3,12, IC 95% 1,30-7,69; $p < 0,01$) se relacionaron con tener "infección" como diagnóstico de alta.

Enero fue el mes en que más consultas urgentes se realizaron por parte de los enfermos VIH+ (13%) y por parte de los controles (19%). El 80% de las visitas a urgencias de los pacientes VIH+ y

el 75% de los pacientes controles se realizaron en medicina interna y el resto a traumatología-cirugía. Han sido "frecuentadores" el 19% de los VIH+ frente al 31% de los controles con una diferencia estadísticamente significativa ($p < 0,05$).

Según el análisis multivariante, los pacientes VIH+ menores de 38 años de edad (OR 3,31, IC 95% 1,70-6,44; $p < 0,0001$), alcoholismos (OR 4,86 IC 95% 2,48-9,55; $p < 0,0001$), portadores de hepatitis (OR 3,59 IC 95% 1,54-8,36; $p < 0,05$), en estadio A de la enfermedad (OR 3,65 IC 95% 1,46-9,15; $p < 0,05$) y que habían estado en la cárcel (OR 3,23 IC 95% 1,20-8,74; $p < 0,05$) fueron significativamente más frecuentadores. Sin embargo, no se encontró ningún factor en el grupo control.

Ingresaron en planta el 30% de los pacientes VIH+ y el 14% de los controles ($p < 0,001$). A la unidad de cuidados intensivos (UCI) fueron 5 pacientes VIH+ (4%) [3 por infarto agudo de miocardio (IAM) y 2 por descompensación hepática (con infectados VIH+ virus de hepatitis C), estos dos últimos fallecieron (1,7%)], y dos del grupo control (dos pacientes con sendos IAM, p no significativa).

En el análisis multivariante VIH+/ingreso, tener CD4+ < 200/μL y una carga viral detectable se asoció a más ingresos en los pacientes VIH+ [OR 3,53, IC 95% 1,63-7,65; $p < 0,001$, y OR 5,41, IC 95% 2,60-11,27; $p < 0,001$], respectivamente.

Discusión

Podemos afirmar que fue en la segunda mitad de los años 90 (es decir, después de tres lustros de sida) cuando se produjo, en los países desarrollados, un cambio espectacular en el manejo de la infección por VIH: aparecieron los primeros inhibidores de la proteasa (1996) y se generalizó en nuestro país el empleo de la carga viral (1997). La combinación de estos factores ha dado lugar a que entre 1996-2000 se haya producido una espectacular disminución de mortalidad por sida en el mundo desarrollado.

Por todo lo anterior, se observa que la edad media de los pacientes VIH+ que consulta en urgencias va en aumento, desde los 29 años de hace una década¹ hasta los 40 años de media que tienen nuestros pacientes. En su mayoría fueron varones (75%) coincidiendo con los estudios publicados por el Registro Nacional del SIDA 2006^{1,3}.

Se aprecia una tendencia de la infección a convertirse en una enfermedad crónica⁴⁻⁶, como se puede apreciar en nuestros pacientes con unos 8

años de evolución y una escasa mortalidad, aunque este punto merezca una atención especial. Los pacientes coinfectados con el VIH y el virus de la hepatitis C tienen más posibilidades de descompensación hepática y que esto les conduzca con más frecuencia a la muerte⁷ como se observaba en los trabajos de los años 98-99 de Bica *et al.*⁸ y de Monga *et al.*⁹ del 2001.

A pesar de todo, el cumplimiento del tratamiento con TARGA sólo lo realizan la mitad de los pacientes. Tengamos en cuenta que esta variable se obtiene revisando los informes de la consulta de infecciosas de medicina interna donde no consta a qué se llama "incumplimiento terapéutico" y, dado que no era objeto del estudio, no se indagó al respecto.

En nuestro país, la forma más frecuente de adquirir el VIH ha sido compartir material de inyección entre los adictos a drogas^{3,8}. Estas prácticas van dejando su primer puesto a las relaciones sexuales de riesgo^{10,11}, como se observa en nuestros pacientes. En el Registro Nacional de 2006-2007¹², el porcentaje de transmisión heterosexual del VIH constituye el 31% en números absolutos, pero ajustando el porcentaje por sexo, es mayor en las mujeres, que llega al 55%. Nuestro porcentaje es mayor (72%) pero no pudimos averiguar con los datos obtenidos por sus historiales clínicos qué tipo de relación sexual de riesgo habían tenido.

Recordemos que el 41% de las personas diagnosticadas de sida en 2007 no eran conscientes de estar infectadas por el VIH en el momento del diagnóstico^{1,3}. Debemos tener muy en cuenta este dato a la hora de realizar la historia clínica de nuestros pacientes. Como podemos observar, en nuestro hospital no se recoge este tipo de antecedentes entre los pacientes controles y debemos reflexionar al respecto: ¿cuántos pacientes VIH+ pasan por urgencias sin saberlo? Por esta razón también deberíamos plantearnos, dada la importancia de la prevención y tratamiento precoz de la enfermedad, tener una fácil disposición a un test rápido de detección de la enfermedad como ocurre en otras comunidades¹³⁻¹⁵.

Por otro lado, a pesar de que nuestros pacientes están en su mayoría en una buena situación inmunológica (estadio A), la fiebre (15%) sigue siendo desde 1993 según los diferentes estudios¹⁵ el principal motivo de consulta urgente. Así mismo ocurre con los diagnósticos de alta que también siguen siendo los infecciosos^{16,17}. Tengamos en cuenta que a pesar de que los pacientes VIH tengan más infecciones que los pacientes control, y éstas se asocien (como se ve en el análisis multi-

variante) a un peor estado inmunológico, éstas no son infecciones oportunistas relacionadas con su enfermedad de base sino otras mucho más banales.

Paradójicamente, los enfermos VIH ingresan en mayor número que los controles. Puede que aún se asocie la palabra sida con "enfermo grave y complicado" *a priori*. Sin embargo, los ingresos se asociaron con un peor estado inmunológico, con lo que finalmente parece que ingresan más a los que realmente tienen diagnósticos más graves.

En los últimos trabajos se ha incidido en que los pacientes VIH tienen un factor de riesgo cardiovascular añadido, constituido por el tratamiento antirretroviral TARGA¹⁸. Son pocos los pacientes que tenemos con factores de riesgo cardiovascular, a pesar de lo cual han sufrido tres IAM, un número similar a los presentados en series americanas¹⁹. Aún no está del todo claro si la aparición de la enfermedad cardiovascular ocurre en pacientes tratados con TARGA a largo plazo, dado que existen estudios en contra como el de David *et al.*²⁰ y otros a favor como el de Maggi *et al.*²¹.

Por último llama la atención que sean los pacientes del grupo control los más frecuentadores de urgencias. Conviene resaltar que este hospital está en funcionamiento desde el 2004. Los pacientes VIH anteriormente eran seguidos por el servicio de infecciosas del Hospital Severo Ochoa y parte de ellos aún lo conservan como su hospital de referencia. Por ello, es posible que los pacientes VIH hayan venido en menor cantidad a nuestro hospital.

La frecuentación en urgencias^{22,23} es debida a la accesibilidad, capacidad de resolución y disminución de los tiempos de espera respecto a la asistencia primaria. Aunque esperen varias horas, al final serán valorados en el mismo día sin cita previa, por unos profesionales que los pacientes creen mejor preparados que su médico de atención primaria, dado el entorno hospitalario y las pruebas complementarias. Por otro lado, los pacientes jóvenes²⁴ son hiperfrecuentadores por desconocimiento del sistema sanitario dado que no saben que existen las urgencias extrahospitalarias, porque les "conviene el horario", conciben la enfermedad "como una urgencia vital" y por la medicalización de la vida diaria. Otro punto en que coincidimos con los estudios consultados, es que la hiperfrecuentación^{25,26}, está condicionada también por las características sociodemográficas del área de residencia²⁷, y se identificaba mayor uso entre los grupos de más bajo nivel socioeconómico²⁸⁻³⁰, como ocurre en Fuenlabrada, localidad del sur de Madrid.

Bibliografía

- Plan Multisectorial frente a la infección por VIH y el sida. España 2008-2012. Ministerio de Sanidad y Consumo. Sanidad 2008. Gobierno de España. (Consultado 20 Diciembre 2009). Disponible en: www.msc.es/sida.
- Waters L, John L, Nelson M. Non-nucleoside Reverse Transcriptase Inhibitors: Review. *Int J Clin Pract*. 2007;61:105-18.
- Vigilancia epidemiológica del VIH en España. Valoración de los nuevos dispositivos del VIH en España a partir de los sistemas de notificación de casos de las CCAA período 2003-2006. Actualizaciones, 30 de Junio del 2007. Ministerio de Sanidad y Consumo. Plan Nacional sobre el sida. (Consultado 20 Diciembre 2009). Disponible en: www.msc.es/sida.
- Rodríguez-Vidigal FF, Habemau A. Motivo de ingreso en pacientes infectados por el VIH en un área rural. Papel de la hepatopatía crónica. *Enferm Infecc Microbiol Clin*. 2004;22:138-41.
- Sherer R, Pulvirenti J, Stieglitz K, Narra J, Jasek J, Green L, et al. Hospitalization in HIV in Chicago. *J Int Assoc Physicians AIDS Care*. 2002;1:26-33.
- Iribarren JA, González J. Ingresos hospitalarios y mortalidad en pacientes con SIDA en la era del TARGA (¿hacia dónde vamos?). *Enferm Infecc Microbiol Clin*. 2004;22:129-32.
- Gebo K, Diener-West M, Moore R. Hospitalization rates differ by hepatitis C status in an urban HIV cohort. *J Acquir Immune Defic Syndr*. 2003;34:165-73.
- 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 HIV infection. *Clin Infect Dis*. 2001;32:492-7.
- Monga HK, Rodríguez-Barradas MC, Breau K, Khattak K, Troisi CL, Vélez M, et al. Hepatitis C virus infection-related morbidity and mortality among patients with HIV infection. *Clin Infect Dis*. 2001;33:240-7.
- Encuesta de Salud y Hábitos Sexuales, del Instituto Nacional de Estadística del 2007. (Consultado 20 Diciembre 2009). Disponible en: www.msc.es/sida.
- Campaña Nacional para la Prevención del VIH/SIDA. Abril 2006. Ministerio de Sanidad y Consumo. (Consultado 20 Diciembre 2009). Disponible en: www.msc.es/sida.
- Vigilancia del SIDA en España. Informe trimestral nº 2/2006. Registro Nacional del SIDA. Instituto de Salud Carlos III, Ministerio de Sanidad y Consumo. www.msc.es/sida.
- Lyons MS, Lindsell CJ, Ledyard HK, Frame PT, Trott AT. Emergency department HIV testing and counselling: an ongoing experience in a low-prevalence area. *Ann Emerg Med*. 2005;46:22-8.
- Gracia I, Tamames S, Eiros JM, Tenorio A, García de la Cruz S, Castrodeza JJ, et al. Seroprevalencia del VIH en población atendida en un Servicio de Urgencias: análisis por lotes de suero. *Rev Clin Esp*. 2009;209:73-7.
- Roberts RR, Kampe LM, Hammerman M, Scott RD, Soto T, Ciavarella GG, et al. The cost of care for patients with HIV from the provider economic perspective. *AIDS Patients Care STDs*. 2006;20:876-86.
- Venkat A, Piontkowsky DM, Cooney RR, Srivastava AK, Soares GA, Heideberger CP. Care of the HIV-Positive Patient in the Emergency Department in the Era of Highly Active Antiretroviral Therapy. *Ann Emerg Med*. 2008;20:350-3.
- Gebo KA, Fleishman JA, Moore RD. Hospitalizations for metabolic conditions, opportunistic infections and injection drug use among HIV patients: trends between 1996 and 2000 in 12 states. *J Acquir Immune Defic Syndr*. 2005;40:609-16.
- Townsend ML, Hollowell SB, Bhalodia J, Wilson KH, Kaye KS, Johnson MD. A comparison of the effectiveness of lipid-lowering therapy between HIV and non-HIV-infected subjects with hyperlipidaemia. *Int J STD AIDS*. 2007;18:851-5.
- Friis-Møller N, Sabin CA, Weber R, d'Arminio Monforte A, El-Sadr WM, Reiss P, et al. Combination antiretroviral therapy and the risk of myocardial infarction. *N Engl J Med*. 2003;349:1993-2003.
- David MH, Fichtenbaum CJ. A case-control study of cardiovascular risk in persons with HIV infection. 38th Annual Meeting of the Infectious Disease Society of America; New Orleans, Louisiana. 2000.
- Maggi P, Serio G, Apifani G, Fiorentino G, Saracino A, Fico C, et al. Premature lesions of the carotid vessels in HIV-1 infected patients treated with protease inhibitors. *AIDS*. 2000;14:F123-28.
- Apiñaniz A, Viñegra G, Quintas J, Elexpuru JL. Perfil del paciente hiperfrecuentador en un servicio de urgencias hospitalarias. El buen gobierno de la sanidad. A Coruña: XXVII Jornadas de Economía de la Salud; 2007.
- Ruger JP, Richter CJ, Spitznagel EL, Lewis LM. Analysis of costs, length of stay and utilization of emergency department services by frequent users: implications for health policy. *Acad Emerg Med*. 2004;11:1311-7.
- Aranaz J, Martínez R, Gea Velázquez T, Rodrigo V, Antón P, Gómez F. ¿Por qué los pacientes utilizan los servicios de urgencias hospitalarias por iniciativa propia? *Gac Sanit*. 2006;20:311-15.
- Afilalo J, Marinovich A, Afilalo M, Colacone A, Léger R, Unger B, et al. Nourgent emergency department patient characteristics and barriers to primary care. *Acad Emerg Med*. 2004;11:1302-10.
- Northington WE, Brice JH, Zou B. Use of an emergency department by nurgent patients. *Am J Emerg Med*. 2005;23:131-7.
- Cunningham CO, Sohler NL, Wong MD, Relf M, Cunningham WE, Drainoni ML, et al. Utilization of health care services in hard-to-reach marginalized HIV-infected individuals. *AIDS Patients Care STDs*. 2007;21:177-86.
- Braun T, García L, Krafft T, Díaz-Regañón G. Frecuentación del servicio de urgencias y factores sociodemográficos. *Gac Sanit*. 2002;16:139-44.
- Masson CL, Sorensen JL, Phibbs CS, Okin RL. Predictors of medical service utilization among individuals with co-occurring HIV infection and substance abuse disorders. *AIDS Care*. 2004;16:744-55.
- Sun BC, Burstin HR, Brennan TA. Predictors and outcomes of frequent emergency department users. *Acad Emerg Med*. 2003;10:320-8.

Human immunodeficiency virus-infected patients in an emergency department: a case-control study

Callejas Pérez S

Objectives: To compare the profiles of human immunodeficiency virus (HIV) infected and uninfected patients who come to our hospital emergency department. Characteristics compared included the reasons for seeking care, frequency of use, and discharge diagnoses.

Material and methods: Analytic, observational case-control study of 117 HIV-infected patients and 117 HIV-negative patients. Odds ratios and 95% confidence intervals were calculated for all variables. The χ^2 statistic was calculated for qualitative variables. Bivariate analysis was used to explore the degree of association between independent and dependent variables. A multivariate logistic regression model was constructed by including variables that reached a significance level of $P < .2$ in the bivariate analysis (Hosmer and Lemeshow goodness-of-fit test).

Results: The average HIV-positive patient was profiled as a 40-year-old Spanish male who was a smoker, an alcoholic, and an intravenous drug user. Fever was the main reason for seeking emergency care. Infections not considered to define AIDS were the most common discharge diagnoses. HIV-infected patients were more often admitted to hospital than were control patients, although control patients came to the emergency department more often.

Conclusions: The reasons HIV-infected patients use our hospital emergency department are currently unrelated to their viral infection. [Emergencias 2010;22:259-263]

Key words: Human immunodeficiency virus (HIV). Emergency health services. Frequency of use. Use of health-care services.