

TRABAJO FIN DE GRADO



UCAM

UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE MURCIA

FACULTAD DE MEDICINA

Grado en Medicina

Evaluación de las oportunidades perdidas en el diagnóstico del VIH: estrategias para el diagnóstico precoz en Urgencias y Atención Primaria. Proyecto Deja Tu Huella.

Autor/a: María Goicuria Montoro

Director: Dr. Fernando Rodríguez Pérez-Reverte

Murcia, mayo de 2026

TRABAJO FIN DE GRADO



UCAM

UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE MURCIA

FACULTAD DE MEDICINA

Grado en Medicina

Evaluación de las oportunidades perdidas en el diagnóstico del VIH: estrategias para el diagnóstico precoz en Urgencias y Atención Primaria. Proyecto Deja Tu Huella.

Autor/a: María Goicuria Montoro

Director: Dr. Fernando Rodríguez Pérez-Reverte

Murcia, mayo de 2026



UCAM
UNIVERSIDAD CATÓLICA
SAN ANTONIO

DEFENSA TRABAJO FIN DE GRADO

DATOS DEL ALUMNO	
Apellidos: Goicuria Montoro	Nombre: María
DNI: 24409201Z	Grado en Medicina
Facultad de Ciencias de la Salud	
Título del trabajo: Evaluación de las oportunidades perdidas en el diagnóstico del VIH: estrategias para el diagnóstico precoz en Urgencias y Atención Primaria. Proyecto Deja Tu Huella.	

El **Dr.** Fernando Rodríguez Pérez-Reverte, tutor del trabajo reseñado arriba, acredita su idoneidad y otorgo el V, B,^o a su contenido para ir a Tribunal de Trabajo fin de Grado.

En Murcia, a de mayo de 20.

Fdo:

AGRADECIMIENTOS

En primer lugar, agradecer a mi tutor, Fernando Rodríguez Pérez-Reverte, por darme la gran idea de realizar este trabajo, por haberme guiado en cada paso de su desarrollo y por la cercanía, amabilidad y generosidad con las que me ha tratado.

En segundo lugar, agradecer a Alfonso Muñoz Ureña, uno de los mejores médicos de familia que conozco y amigo. Sin duda, el mayor experto en estadística que podría haberme ayudado a entenderla y darle sentido y forma.

En un especial tercer lugar, a mi familia, por haberme apoyado desde el primer día de esta aventura que ha durado seis años.

A mis abuelos que siempre me preguntan cómo voy y me dan fuerzas. Y a los que ya no están; sé que me ven y están orgullosos, me acuerdo mucho de vosotros.

A mi hermana, por ser mi mejor amiga y el mayor ejemplo de lo que significa trabajar con pasión, disfrutar de lo que haces y ser la mejor en ello.

A mi padre, que es de las mejores personas que uno puede conocer, por sacarme siempre una sonrisa, decirme que puedo con todo, que soy una "máquina" y confiar en mí sin dudarlo.

Y, en especial, a mi madre, por ser la mujer más fuerte que conozco y un referente tanto dentro como fuera de la medicina. Por haberme enseñado todo lo que sé y por ser mi ejemplo a seguir, alguien a quien siempre aspiraré a parecerme.

En cuarto lugar, a mis amigas y amigos de toda la vida, que finalmente me han visto cumplir el sueño que tanto repetía de pequeña y que nunca dudaron que lo conseguiría. Ellos siempre serán mi hogar, con ellos estoy en mi lugar seguro.

Y, por último, pero no menos importante, a las siete personas que me han acompañado mano a mano durante todos estos años: Jaime, Nacho, Claudia, Antonio, Miquel, Laura y Eduardo. Por haber reído y llorado juntos todo lo que ha supuesto esta carrera, por habernos ayudado absolutamente en todo: cada examen, cada clase y cada trabajo. Por los viajes que hemos disfrutado, las noches sin dormir estudiando y también aquellas que terminaron entre copas. Sin duda, lo mejor de la carrera ha sido encontrarlos.

ABREVIATURAS

ANOVA: ANalysis Of VAriance (análisis de varianza)

AP: Atención Primaria.

CD4: Linfocitos T-CD4.

CHU: Complejo Hospitalario Universitario.

GESIDA: Grupo de Estudio del SIDA.

HCE: Historia Clínica Electrónica.

IC: Intervalo de confianza.

ITS: Infecciones de Transmisión Sexual.

MIF: Medicina Infecciosa.

NAC: Neumonía Adquirida en la Comunidad.

ONUSIDA: Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA.

OPD: Oportunidades Perdidas de Diagnóstico.

PPE: Profilaxis Post-Exposición.

SEMES: Sociedad Española de Medicina de Urgencias y Emergencias.

SPSS: Statistical Package for the Social Sciences

SUH: Servicios de Urgencias Hospitalarias.

UDVP: Usuario de drogas por vía parenteral.

VHC: Virus de la Hepatitis C.

VIH: Virus de la Inmunodeficiencia Humana

ÍNDICE:

RESUMEN	15
ABSTRACT	17
1. INTRODUCCIÓN	19
2. OBJETIVOS	25
3. MATERIALES Y MÉTODOS	27
4. RESULTADOS	31
5. DISCUSIÓN	35
6. CONCLUSIONES	39
7. ANEXO I	41
8. BIBLIOGRAFÍA	43
9. TABLAS Y FIGURAS	45

RESUMEN

Introducción: El diagnóstico tardío del VIH sigue siendo un reto para la salud pública, estrechamente ligado a las Oportunidades Perdidas de Diagnóstico (OPD) en Atención Primaria (AP) y los Servicios de Urgencias Hospitalarias. El proyecto "Deja Tu Huella" fomenta el cribado oportunista ante diversas condiciones clínicas indicadoras para detectar estas infecciones ocultas.

Objetivos: Estimar la proporción de pacientes con nuevo diagnóstico de VIH en el CHU Santa Lucía-Rosell (2020-2025) que presentaron al menos una OPD previa según los criterios del programa "Deja tu Huella", identificando las condiciones omitidas, su perfil clínico, el entorno diagnóstico y su impacto en la inmunosupresión.

Material y Métodos: Estudio observacional, descriptivo y retrospectivo sobre 89 pacientes con nuevo diagnóstico de VIH. Se extrajeron variables sociodemográficas, analíticas e inmunoviroológicas de las historias clínicas.

El análisis estadístico se realizó mediante SPSS, asumiendo una significación estadística con un valor de $p < 0,05$.

Resultados: El 24,7% de la cohorte presentó al menos una OPD previa. Las principales condiciones indicadoras desapercibidas fueron las Infecciones de Transmisión Sexual (35,7%) y la plaquetopenia no filiada (35,7%).

Se halló una asociación significativa ($p=0,001$) entre sufrir una OPD y presentar inmunosupresión severa al diagnóstico. La AP concentró un gran volumen de diagnósticos, frecuentemente con altas cargas virales.

Discusión: La persistencia de OPD evidencia áreas de mejora en la sospecha clínica ante patologías centinela. La asociación entre OPD e inmunosupresión al diagnóstico subraya la necesidad de reforzar el cribado precoz. Asimismo, la AP se perfila como un entorno estratégico para la detección del VIH antes de la aparición de complicaciones clínicas graves.

Conclusiones: La prevalencia de OPD demuestra una vulnerabilidad diagnóstica persistente, siendo las ITS y la plaquetopenia los mayores puntos ciegos. Al no existir un perfil sociodemográfico de riesgo estereotipado, es imprescindible universalizar la alerta clínica. La AP se confirma como el pilar fundamental para el diagnóstico precoz.

Palabras clave/ descriptores: VIH; Oportunidades Perdidas; Diagnóstico Tardío; Atención Primaria de Salud; Servicios de Vigilancia Epidemiológica; Condiciones Indicadoras.

ABSTRACT

Introduction: Late HIV diagnosis remains a major public health challenge, closely linked to Missed Opportunities for Diagnosis (MOD) in Primary Care and Hospital Emergency Departments. The "Deja Tu Huella" project promotes opportunistic screening for various clinical indicator conditions to detect these hidden infections.

Objectives: To estimate the proportion of patients with a new HIV diagnosis at CHU Santa Lucía-Rosell (2020-2025) who presented at least one previous MOD according to the "Deja tu Huella" program criteria, identifying the omitted conditions, their clinical profile, the diagnostic setting, and their impact on immunosuppression.

Material and Methods: An observational, descriptive, and retrospective study was conducted on 89 patients with a new HIV diagnosis. Sociodemographic, analytical, and immunovirological variables were extracted from medical records. Statistical analysis was performed using SPSS, assuming statistical significance at $p < 0.05$.

Results: 24.7% of the cohort presented at least one previous MOD. The main overlooked indicator conditions were Sexually Transmitted Infections (35.7%) and unexplained thrombocytopenia (35.7%). A statistically significant association ($p=0.001$) was found between experiencing an MOD and presenting severe immunosuppression at diagnosis ($CD4 < 200$ cells/ μ L). Primary Care concentrated a large volume of diagnoses, frequently with high viral loads.

Discussion: The persistence of MOD highlights areas for improvement regarding clinical suspicion in the presence of sentinel pathologies. The association between MOD and immunosuppression at diagnosis underlines the need to reinforce early screening. Furthermore, Primary Care emerges as a strategic setting for HIV detection prior to the onset of severe clinical complications.

Conclusions: The prevalence of MOD demonstrates persistent diagnostic vulnerability, with STIs and thrombocytopenia being the major blind spots. Since there is no stereotyped sociodemographic risk profile, it is essential to universalize clinical alerts. Primary Care is confirmed as the fundamental pillar for early diagnosis.

Keywords: HIV; Missed Opportunities; Delayed Diagnosis; Primary Health Care; Mass Screening; Indicator Conditions.

1. INTRODUCCIÓN

1.1 Epidemiología actual del VIH y el desafío del diagnóstico tardío.

A nivel global, la infección por el Virus de la Inmunodeficiencia Humana (VIH) continúa siendo uno de los mayores desafíos para la salud pública mundial. En este contexto, el Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA (ONUSIDA) trazó el objetivo 95-95-95 para el año 2025: que el 95% de las personas que viven con el VIH conozcan su estado serológico, el 95% de ellas reciban tratamiento antirretroviral y el 95% de las personas tratadas logren la supresión viral (1).

En España, según los datos del Sistema de Información sobre Nuevos Diagnósticos, durante el año 2024 se notificaron 3.340 nuevos casos de infección por VIH, lo que supone una tasa de 6,95 por cada 100.000 habitantes (2).

El perfil demográfico principal corresponde a varones (85,2%), con una mediana de edad de 36 años. La transmisión sexual constituye la principal vía de transmisión de los nuevos diagnósticos (83%). Resulta especialmente destacable el impacto de los flujos migratorios, ya que el 53,7% de los nuevos diagnósticos de VIH en España en 2024 correspondió a personas originarias de otros países, destacando Latinoamérica como la región de procedencia más frecuente (36,7%) (2).

1.2 El problema de la “infección oculta” y el diagnóstico tardío.

A pesar de la gratuidad y universalidad de la prueba, se estima que alrededor del 13% de las personas que viven con el VIH en España desconocen su estado serológico. Esta infección oculta se asocia estrechamente con el diagnóstico tardío, definido por consenso europeo como la confirmación de la infección cuando el recuento de linfocitos T-CD4 es inferior a 350 células/ μ L o en presencia de un evento definitorio de SIDA (3).

En el año 2024, el 51,1% de los nuevos diagnósticos en España fueron tardíos y un 31,5% se diagnosticó en fase de enfermedad avanzada (< 200 células/ μ L) (2).

El diagnóstico tardío genera un doble impacto negativo:

- A nivel individual, compromete la efectividad del tratamiento, incrementa la morbimortalidad y eleva los costes de la atención sanitaria.
- A nivel de salud pública, las personas que desconocen su infección mantienen altas cargas virales y son responsables de una gran proporción de las transmisiones comunitarias.

1.3 Urgencias, Atención Primaria y Oportunidades Perdidas de Diagnóstico (OPD).

El retraso diagnóstico está íntimamente ligado a las OPD, definidas como aquellos contactos previos del paciente con el sistema sanitario en los que, presentando condiciones clínicas indicadoras de VIH, el profesional omitió la solicitud de una serología (4).

Los Servicios de Urgencias Hospitalarias (SUH) y Atención Primaria (AP) constituyen la principal puerta de entrada al sistema de salud (5). Diversos estudios demuestran que gran parte de los pacientes diagnosticados tardíamente acudieron previamente a estos servicios sin ser detectados (6).

Además, los SUH constituyen un entorno estratégico para detectar estas infecciones ocultas, dado que a menudo son el principal o único punto de contacto con el sistema de salud para grupos de alta vulnerabilidad o pacientes sin seguimiento regular en AP. Sin embargo, la presión asistencial, la falta de tiempo, el enfoque centrado en la patología aguda y la ausencia de alertas automatizadas motivan que la sospecha clínica sobre el VIH pase desapercibida.

1.4 Proyecto “Deja Tu Huella” y condiciones indicadoras.

Ante esta problemática, la Sociedad Española de Medicina de Urgencias y Emergencias (SEMES), en colaboración con el Grupo de Estudio del SIDA (GESIDA), impulsó el proyecto “Deja Tu Huella”.

Se trata de una estrategia de cribado oportunista y dirigido que fomenta la petición rutinaria de la prueba del VIH en los SUH ante

patologías agudas específicas que, por su epidemiología, se asocian a una prevalencia de infección oculta superior al 0,1% (umbral a partir del cual el cribado se considera coste-efectivo) (7).

Inicialmente, el consenso recomendó ofertar la serología ante seis condiciones clínicas indicadoras (7):

- a)** Infecciones de Transmisión Sexual (ITS): Por compartir la vía de transmisión y reflejar conductas de riesgo.
- b)** Neumonía Adquirida en la Comunidad (NAC) en pacientes de 16 a 65 años: La alteración de las defensas pulmonares ocurre desde estadios precoces del VIH.
- c)** Profilaxis Post-Exposición (PPE): Escenario de alto riesgo evidente.
- d)** Síndrome mononucleósido: Dado que la primoinfección por VIH puede ser clínicamente idéntica a la producida por Epstein-Barr o Citomegalovirus.
- e)** Herpes Zóster en pacientes de 16 a 65 años: Su aparición en pacientes jóvenes y sin otros factores sugiere una quiebra en la inmunidad celular.
- f)** Práctica de Chem-sex: Vínculo directo con un alto riesgo de adquisición.

Recientemente, tras evaluar los buenos resultados del programa y el alto rendimiento diagnóstico obtenido, SEMES ha actualizado el documento de consenso ampliando las indicaciones a otras tres nuevas situaciones clínicas (7):

- g)** Plaquetopenia de etiología no filiada: Trastorno autoinmunitario o alteración de la megacariopoyesis frecuente en el VIH.
- h)** Fiebre sin origen aparente: Síntoma sistémico presente en la infección aguda y estadios avanzados.
- i)** Procedencia de país de alta prevalencia: Factor epidemiológico crucial según el Ministerio de Sanidad.

La actualización promueve el cribado concomitante del Virus de la Hepatitis C (VHC). Estas herramientas consisten en perfiles analíticos preconfigurados y alertas automáticas en la Historia Clínica Electrónica (HCE), diseñadas para alertar al facultativo ante la presencia de una de las patologías indicadoras y automatizar la petición de la prueba (8,9).

1.5 El papel estratégico y la longitudinalidad de la Atención Primaria.

Lo que define a la AP es la longitudinalidad; es decir, el contacto sostenido en el tiempo y de confianza con el paciente.

Esta posición privilegiada otorga a la AP múltiples oportunidades preventivas para identificar conductas de riesgo, realizar una anamnesis exhaustiva e identificar tempranamente cuadros clínicos indicadores.

Sin embargo, la evidencia demuestra que esta ventaja estratégica a menudo se desaprovecha. La falta de sospecha clínica ante perfiles no estereotipados y la ausencia de alertas automatizadas provocan que muchos pacientes acudan repetidamente a su centro de salud por condiciones indicadoras sin que se les ofrezca una serología de VIH. Como consecuencia, el virus continúa replicándose libremente, lo que se traduce en un deterioro inmunológico y en cargas virales elevadas en el momento diagnóstico.

Estudios recientes implementados a nivel nacional demuestran el elevado rendimiento que tiene la AP cuando se protocoliza el cribado. Por ejemplo, la evaluación de un programa de cribado oportunista llevado a cabo en el Consorcio Hospitalario General Universitario de Valencia evidenció que hasta el 42,2% del total de las nuevas infecciones por VIH fueron detectadas directamente desde las consultas de AP, subrayando el papel esencial de los médicos no especialistas en VIH en el diagnóstico precoz (10).

Por todo ello, los comités de expertos y las redes de vigilancia epidemiológica coinciden en que el éxito de iniciativas como el proyecto "Deja tu Huella" no debe quedar restringido al ámbito hospitalario, siendo necesaria su expansión e integración sistemática en AP (5). La ampliación de este programa a los centros de salud debe fundamentarse en dos pilares: la formación continuada específica y, de forma crucial, la incorporación de alertas electrónicas y perfiles analíticos preconfigurados en la HCE de AP (5).

1.6 Justificación del estudio.

La implementación nacional del proyecto "Deja Tu Huella" ha demostrado un impacto significativo en la detección de nuevos casos: hasta 2025 se ha extendido a 187 SUH, realizando más de 223.000 serologías y descubriendo más de 2.300 nuevos casos de VIH (positividad media del 1,15%). Actualmente, más del 20% de los nuevos

diagnósticos de VIH en España se logran desde los SUH adscritos al programa (8).

A pesar de este éxito global, resulta pertinente evaluar su impacto real a nivel local. Investigar de forma retrospectiva las OPD en la cohorte de nuevos pacientes diagnosticados en el Complejo Hospitalario Universitario (CHU) de Cartagena Santa Lucía-Rosell, puede ayudar a valorar el circuito diagnóstico e identificar puntos en los que sería útil reforzar la sospecha clínica y facilitar el cribado precoz, especialmente en AP y Urgencias. De este modo, es posible delimitar con mayor precisión las áreas de mejora.

2. OBJETIVOS

2.1 Objetivo principal.

Estimar la proporción de pacientes con un nuevo diagnóstico de VIH en el CHU Santa Lucía-Rosell durante los últimos 6 años que presentaron al menos una **OPD** al acudir previamente por condiciones clínicas indicadoras según el programa "Deja tu Huella".

2.2 Objetivos secundarios.

a) Identificar las condiciones indicadoras asociadas con mayor frecuencia a OPD, con el fin de orientar futuras intervenciones de mejora.

b) Describir el perfil sociodemográfico y clínico del paciente con OPD frente a sin OPD.

c) Describir la asociación entre el número de OPD, la gravedad de la inmunosupresión al diagnóstico y el ámbito asistencial en el que se solicitó la serología.

d) Describir la distribución de la carga viral al diagnóstico según el ámbito asistencial peticionario de la serología, con especial atención al papel de AP.

3. MATERIALES Y MÉTODOS

3.1 Diseño y Ámbito del estudio.

Se realizó un estudio observacional, descriptivo y retrospectivo. La investigación se desarrolló en el CHU Santa Lucía-Rosell y abarcó 6 años consecutivos, desde enero de 2020 hasta octubre de 2025.

El protocolo fue diseñado de acuerdo con la normativa vigente de protección de datos y sometido a aprobación por el Comité Ético de Investigación del Área II y VIII del Servicio Murciano de Salud (Anexo I).

3.2 Población y Criterios de Selección.

La muestra estudiada está constituida por la población del Área II de salud a partir de 17 años de edad con serología VIH positiva (2020-2025), identificados a partir de los registros del Servicio de Microbiología del centro.

Se incluyeron aquellos pacientes con nuevo diagnóstico de infección por VIH registrado durante el periodo de estudio.

Se excluyeron los pacientes con diagnóstico de VIH previamente conocido, incluidos los casos correspondientes a traslados desde otros centros o reinicios de seguimiento, así como aquellos con registros clínicos incompletos o inaccesibles.

La selección definitiva de los casos se realizó mediante revisión individualizada de las historias clínicas, aplicando los criterios de inclusión y exclusión previamente definidos.

3.3 Variables del Estudio.

A partir de la revisión de la HCE, se extrajeron de forma anonimizada las siguientes variables:

- Edad al diagnóstico: 17-20; 21-30; 31-45; 46-67.
- Sexo: hombre o mujer.
- Año de diagnóstico (2020-2025).

- Peticionario de la serología: Urgencias, AP, Medicina Infecciosa (MIF), Otras especialidades, Comunitaria/Test Rápido, Prevención de Riesgos Laborales.
- Motivo de la solicitud de la serología.
- Carga viral al diagnóstico: < 50; < 1.000; 1.000-10.000; > 10.000 copias/mL.
- CD4 al diagnóstico: 500-1.200; 200-499; <200 células/ μ L.
- Oportunidades Perdidas (Sí/No).
- Número de OPD.
- Condición indicadora asociada a la OPD, según los criterios definidos por el "Deja Tu Huella".
- Seguimiento de VIH (Sí/No).
- Consumo de tóxicos (y cuál/es).
- Usuario de drogas por vía parenteral (UDVP).

3.4 Análisis Estadístico.

El análisis estadístico de la base de datos se llevó a cabo utilizando el paquete informático SPSS. Se realizó una estadística descriptiva mediante frecuencias absolutas y porcentajes. Las variables se trataron según su naturaleza para establecer comparaciones clínicas sólidas. Para determinar asociación o diferencias significativas entre variables, se emplearon las siguientes pruebas estadísticas:

- Se incluyeron todas las variables clínicas y sociodemográficas como cualitativas (categóricas). Su comparación entre grupos se llevó a cabo utilizando la prueba de **Chi-cuadrado (χ^2)** o prueba exacta de **Fisher** cuando fue necesario.
- El "Número de OPD" se introdujo en el sistema como una variable cuantitativa. Para esta variable se calcularon la media y el intervalo de confianza 95% cuando procedía.
- Para comparar el número de OPD frente a variables cualitativas dicotómicas, como el sexo, consumo de tóxicos o UDVP, se aplicó la prueba **T de Student**.
- Para correlacionar el número medio de OPD frente a variables categóricas con más de dos grupos, como rangos de edad, niveles de CD4 o carga viral, se utilizó un análisis de la varianza (**ANOVA**).
- Se consideró estadísticamente significativo un valor de $p < 0,05$.

3.5 Extracción de datos.

La extracción de datos se realizó mediante revisión retrospectiva de la HCE de los pacientes incluidos en el estudio. Se consultaron los registros disponibles en el sistema de información clínica del centro, incluyendo: informes de Urgencias y AP, consultas externas, hospitalización, resultados de laboratorio, informes del Servicio de Microbiología y documentación relacionada con el seguimiento inicial tras el diagnóstico.

Se recogieron variables sociodemográficas, epidemiológicas, clínicas, analíticas e inmunoviológicas y los datos fueron registrados en una base de datos elaborada específicamente para el estudio. Cada paciente fue identificado mediante un código numérico, sin incluir datos personales directamente identificativos en la base de análisis.

La recogida se llevó a cabo de manera sistemática y homogénea, aplicando los mismos criterios para todos los casos incluidos.

4. RESULTADOS

Partiendo de un listado inicial de 253 historias clínicas correspondientes a pacientes con serología VIH positiva durante el periodo de estudio y tras hacer comprobaciones individuales, se excluyeron 164 casos por no cumplir los criterios establecidos. Finalmente, la muestra quedó constituida por **89 pacientes con nuevo diagnóstico de infección por VIH.**

4.1 Comparativa de la muestra de casos con OPD. (Figura 2)

De los 89 pacientes incluidos en la cohorte, 22 presentaron al menos una OPD en los contactos previos con el sistema de salud, lo que representa el **24,7%** de la muestra.

La media de OPD fue de 1,68 por paciente, con un **IC 95% = [1,29 – 2,06]**. El 54,5% sufrió una única OPD, el 27,3% experimentó dos, el 13,6% llegó a tres y un 4,5% incluso acumuló hasta cuatro.

4.2 Criterios del programa con más OPD.

Teniendo en cuenta que algunos pacientes presentaron más de una OPD, el número total de OPD (28) fue mayor que el número de pacientes con OPD (22). Al analizar las patologías que pasaron desapercibidas, destacaron dos escenarios:

Infecciones de Transmisión Sexual y Plaquetopenia no filiada: ambas entidades constituyeron las principales causas de omisión, representando cada una de ellas un **35,7%** de las OPD. (Figura 3)

Otros criterios con OPD: herpes zóster, 10,8%; fiebre sin origen aparente y síndrome mononucleósido, 7,1%; PPE, 3,6%.

El resto de los criterios del “Deja Tu Huella” no aparecieron como OPD en esta muestra.

4.3 Perfil sociodemográfico y clínico del paciente con OPD vs sin OPD.

(Figura 4)

En cuanto a la **edad al diagnóstico**:

De forma descriptiva, se observa que el **40,9%** de las OPD son pacientes entre **46-67 años**, siendo este el grupo más representado, seguido por el grupo de 31-45 años (27,3%).

Asimismo, entre los pacientes que no presentan OPD, el 53,3% pertenece al grupo de **31-45 años**, lo que indica una mayor concentración de casos sin pérdida en este intervalo de edad. Aquí, los residuos corregidos son superiores a ± 2 , lo que resulta clínicamente representativo aunque esta diferencia no alcance significación estadística.

El **contraste chi-cuadrado** no muestra una asociación estadísticamente significativa entre la edad al diagnóstico y la presencia de OPD (**$p=0,176$**), por lo que no se puede descartar que las diferencias observadas se deban al azar.

En cuanto al **sexo de los pacientes**:

Se observó un claro predominio masculino en la muestra, con **78 hombres frente a 11 mujeres**.

El 81,8% de los pacientes con OPD son hombres y el 18,2% mujeres. Sin embargo, al analizar los porcentajes dentro de cada sexo, se aprecia que las **mujeres** presentan una mayor proporción de OPD (**36,4%**) que los hombres (23,1%).

No obstante, el contraste exacto de **Fisher** no muestra una asociación estadísticamente significativa entre el sexo y la presencia de OPD (**$p = 0,455$**). Este resultado puede estar influido por el reducido tamaño muestral, especialmente en el grupo de mujeres.

En cuanto al **consumo de tóxicos y UDVP**:

La muestra analizada refleja que los pacientes con consumo de tóxicos presentan mayor proporción de OPD (41,2%) que aquellos no consumidores (20,8%). De nuevo, esta diferencia no alcanzó significación estadística ($p=0,116$).

En cuanto al tipo de tóxico, destaca la cocaína (28,1%), seguida de cannabis (25%), alcohol (18,8%), heroína (15,6%) y, en porcentaje menor, opiáceos, benzodiacepinas y anfetaminas. (Figura 5)

Los UDVP presentan una proporción de OPD del 20%, frente al 25% en aquellos que no lo son, sin apreciarse diferencias relevantes entre ambos grupos. Además, no se alcanzó significación estadística en el test exacto de Fisher ($p = 1,000$).

4.4 Correlación entre las OPD, la severidad de la inmunosupresión y el entorno diagnóstico.

OPD y severidad de la inmunosupresión al diagnóstico: (Figura 6)

Al analizar la relación entre estas dos variables, se observa que de los pacientes **con** OPD, la mitad de ellos (**50%**) presentaron un recuento de **CD4 < 200 células/ μ L**, en comparación con el 31,8% correspondiente a los pacientes con un recuento entre 200 y 499 células/ μ L y al 18,2% de ellos con más de 500 células/ μ L.

Se observó una asociación **estadísticamente significativa** entre estas variables (**$p = 0,001$**).

Además, se ha analizado la severidad de la inmunosupresión con el número de OPD, en este caso como un **ANOVA**. Así se observa que la media del número de OPD con CD4 500-1200 células/ μ L es de 1,00 y la media con CD4 < 200 células/ μ L es de **1,91**, es decir, casi se duplica el número de OPD en inmunosupresión severa, con un **IC 95% = [1,28 – 2,54]**. Aunque tengamos una $p = 0,225$.

Entorno diagnóstico y severidad de la inmunosupresión: (Figura 7)

Comparando el nivel de CD4 al diagnóstico con el servicio solicitante de la serología, se observaron diferencias estadísticamente significativas (**$p = 0,011$**). Los pacientes con mayor recuento de CD4 (500-1200 células/ μ L) fueron diagnosticados con mayor frecuencia en servicios como AP, MIF y urgencias, lo que sugiere un diagnóstico más precoz en estos ámbitos.

Por el contrario, los pacientes con CD4 < 200 células/ μ L, indicativo de inmunosupresión avanzada, fueron diagnosticados

predominantemente en ingresos hospitalarios de otras especialidades, específicamente el **66,7%** de ellos.

OPD, entorno diagnóstico y severidad de la inmunosupresión:

Al comparar las **tres variables** en una sola tabla de contingencia se observan matices específicos:

De los pacientes **con** oportunidad perdida diagnosticados en ingresos hospitalarios el **80%** debutaba con < 200 células/ μ L. Estos datos sugieren que los diagnósticos avanzados en este ámbito podrían estar vinculados, al menos en parte, a OPD no aprovechadas en contactos asistenciales previos.

Sin embargo, los pacientes con oportunidad perdida en Urgencias y AP se diagnostican con niveles de CD4 mayores. Por ejemplo, en Urgencias se diagnostica al 50% de pacientes con $CD4 > 500$, y en AP al 37,5%.

4.5 Correlación entre la carga viral en el VIH y el entorno diagnóstico. (Figura 8)

La mayoría de los pacientes presentaron cargas virales superiores a 10.000 copias/mL en el momento del diagnóstico, representando el **83,5%** de la muestra total.

Se observaron diferencias estadísticamente significativas entre el servicio solicitante de la serología y la carga viral al diagnóstico (**$p < 0,001$**). Destaca especialmente el papel de **AP**, donde se concentró un elevado número de diagnósticos en pacientes con cargas virales >10.000 copias/mL, en concreto **34 pacientes**.

Asimismo, otros ámbitos asistenciales como Urgencias, MIF y las especialidades hospitalarias también mostraron un predominio de diagnósticos con cargas virales elevadas, lo que sugiere que una parte importante de los pacientes continúa siendo diagnosticada en fases de elevada replicación viral. Por el contrario, los diagnósticos con cargas virales bajas fueron escasos en todos los niveles asistenciales.

5. DISCUSIÓN

El diagnóstico tardío de la infección por el VIH sigue siendo un reto prioritario a nivel global y nacional. El presente estudio revela que una proporción relevante de pacientes diagnosticados de VIH en el CHU Santa Lucía-Rosell, experimentaron, al menos una OPD. Estos resultados ponen de manifiesto que una realidad ampliamente reconocida a nivel global, también se reproduce en nuestro medio. Incluso en un contexto de protocolos establecidos, continúan existiendo situaciones clínicas en las que la sospecha diagnóstica de infección por VIH no se activa de forma sistemática, favoreciendo la persistencia de OPD.

Dos entidades constituyeron las principales causas de omisión, las Infecciones de Transmisión Sexual (ITS) y la plaquetopenia no filiada:

- El elevado porcentaje de OPD ante **ITS** evidencia un **área de mejora prioritaria**. Omitir la serología de VIH ante una ITS contraviene los protocolos básicos de las guías clínicas, ya que la coexistencia de ambas entidades comparte mecanismos epidemiológicos y vías de transmisión comunes. Este hallazgo concuerda con la literatura, tal y como demostraron Saleem K et al. (11) en su metaanálisis sobre la cantidad de OPD que se acumulan en los servicios de ITS (consultas donde el VIH debería sospecharse especialmente, porque ya están viendo ITS).
- Por otro lado, que en las OPD se destaque la **plaquetopenia no filiada** respalda la inclusión de las alteraciones hematológicas como criterio clave de despistaje, tal como corrobora la actualización de las recomendaciones de SEMES (7) y los estudios del programa "Urgències VIHgila" publicados por Miró et al. (9). No obstante, cabe plantear si hay un sesgo en el dato. En futuros estudios habría que analizar de forma exhaustiva si en estos pacientes existían otras causas evidentes que pudieran inducir a la plaquetopenia y desviar la sospecha diagnóstica inicial.

Aunque no se encontró una asociación estadísticamente significativa entre las OPD y variables como la edad, el sexo, el consumo de tóxicos o los UDPV, sí se observaron tendencias descriptivas clínicamente relevantes:

Pacientes de **46-67 años**, presentaron una mayor proporción de OPD. Esto podría sugerir una menor sospecha diagnóstica o una menor solicitud de pruebas serológicas en pacientes de mayor edad.

Las **mujeres**, pese a representar un significativo menor porcentaje de la muestra total, mostraron proporcionalmente una frecuencia relativamente

elevada de OPD, lo que podría apuntar a posibles diferencias en la atención clínica.

Respecto al **consumo de tóxicos**, se observa una mayor proporción de OPD entre los pacientes consumidores, lo cual podría resultar paradójico, dado que este grupo suele considerarse de mayor riesgo. Este hallazgo podría sugerir que la práctica clínica no siempre se ajusta a los perfiles de riesgo clásicos o que intervienen otros factores no analizados.

En conjunto, los resultados no permiten definir un perfil sociodemográfico o clínico claramente asociado a la presencia de OPD. Aunque hay que tener en cuenta que este resultado podría estar influido por el **pequeño tamaño muestral**, que podría ser insuficiente para detectar diferencias significativas entre los grupos.

El **hallazgo clínico más relevante** de nuestra investigación es la asociación estadísticamente significativa (**p = 0,001**) entre la presencia de OPD y un peor estado inmunológico al diagnóstico. Este hallazgo sugiere que la ausencia de cribado dirigido ante condiciones indicadoras puede tener relevancia clínica, al asociarse con un mayor grado de inmunosupresión al diagnóstico. Se produce un retraso clínico en la detección, favoreciendo la progresión silenciosa del virus, hacia un estado avanzado de la enfermedad.

Estos datos locales corroboran lo evidenciado por la cohorte nacional de Rava et al. (6), que señala que la presentación tardía sigue siendo una de las principales barreras en el control de la epidemia en España y que la tasa de infección oculta sigue siendo elevada a causa de los fallos de sospecha clínica en los niveles iniciales de atención (11).

Es decir, si se incidiera en la práctica clínica, teniendo en cuenta este hallazgo, se conseguiría diagnosticar al paciente no solo de forma precoz, sino con una menor morbimortalidad y con ello un mayor pronóstico vital.

Este resultado se ve reforzado por el análisis del servicio solicitante de la serología, donde también se observaron diferencias estadísticamente significativas (**p = 0,011**). Los pacientes con mayor grado de inmunosupresión (CD4 <200) fueron diagnosticados predominantemente en **ingresos hospitalarios**, lo que sugiere que estos diagnósticos se producen en fases más avanzadas, probablemente tras la aparición de complicaciones clínicas. Esto configura el perfil del **paciente con contactos asistenciales previos no resolutivos**, que transita por el sistema con sintomatología ya instaurada sin que los especialistas incluyan el VIH en el diagnóstico diferencial rutinario.

Además, se observó que el número de OPD tendía a aumentar a medida que disminuía el recuento de CD4, aunque el análisis mediante ANOVA no

alcanzó significación estadística. Esta tendencia va en la misma línea que el hallazgo principal y la falta de significación podría explicarse por el reducido tamaño muestral, que limita la capacidad para detectar diferencias significativas.

Un hallazgo crítico es el de la **carga viral** respecto a la **AP**. La gran mayoría de los pacientes presentaron cargas virales muy elevadas al diagnóstico, existiendo diferencias estadísticamente significativas según el servicio solicitante (**p < 0,001**).

Tal y como hemos observado, la AP asumió una posición central, agrupando gran parte de los diagnósticos con cargas virales elevadas. Investigaciones recientes, como la de Ortega et al. (10), demuestran que, cuando se protocoliza adecuadamente el cribado en AP, este nivel asistencial alcanza un rendimiento extraordinario para la detección temprana.

Este hallazgo pone de manifiesto la enorme relevancia de **AP** como punto estratégico para el diagnóstico, probablemente debido a factores como la **longitudinalidad** asistencial. La capacidad de AP para identificar a pacientes antes de alcanzar estadios avanzados de inmunosupresión refuerza la necesidad de potenciar estrategias de cribado sistemático, implementando alertas informáticas en los centros de salud.

En conjunto, los resultados del presente estudio sugieren que las OPD desempeñan un papel central en el diagnóstico tardío del VIH y en el desarrollo de inmunosupresión avanzada al momento del diagnóstico. La ausencia de un perfil sociodemográfico claro, apoya que la solicitud de la prueba no debe basarse en estereotipos, sino en criterios objetivos. Por tanto, es urgente **sistematizar el cribado oportunista** en todos los niveles de salud, prestando especial atención a la Atención Primaria y a las patologías indicadoras clave, como las Infecciones de Transmisión Sexual (ITS).

Este estudio presenta limitaciones derivadas de su diseño retrospectivo y unicéntrico, así como de la dependencia de la calidad de los registros clínicos.

Durante la revisión de las HCE en Selene, se observó que a menudo el motivo de consulta no quedaba bien reflejado en el triaje, lo que dificultaba la recogida de datos y esto, entre otras cosas, pudo favorecer una infradetección de OPD. Además, el tamaño muestral limitado dificulta obtener resultados extrapolables en algunos subgrupos y dificulta la generalización de los resultados.

A pesar de estas limitaciones, el estudio aporta información útil sobre la realidad asistencial local y permite identificar áreas concretas de mejora en el circuito, especialmente en relación con la aplicación sistemática de los criterios del programa “Deja Tu Huella” y la integración de estrategias de cribado en Urgencias, Atención Primaria y otras especialidades.

6. CONCLUSIONES

En la cohorte analizada **persiste una vulnerabilidad diagnóstica** relevante. A pesar del programa "Deja Tu Huella", la prevalencia significativa de OPD demuestra que aún persisten deficiencias en la sospecha clínica precoz dentro de nuestra cohorte.

Las ITS y la plaquetopenia de etiología no filiada se consolidan como los principales puntos ciegos del programa. Es recomendable sistematizar el cribado ante **escenarios centinela** para no ignorar una vía de transmisión compartida y una oportunidad epidemiológica única.

La ausencia de un perfil sociodemográfico concreto evidencia un **problema sistémico y transversal**. El retraso en perfiles ajenos a los estereotipos clásicos de riesgo, como mujeres y pacientes de edad avanzada, obliga a universalizar la alerta clínica.

Se observa una **correlación entre la existencia de OPD y una mayor severidad de la inmunosupresión**, lo que sugiere que este retraso podría contribuir a que el paciente alcance estadios avanzados de la infección, comprometiendo su recuperación y aumentando la morbimortalidad.

Mientras que el ámbito hospitalario actúa como una red de rescate para casos graves, la **Atención Primaria se confirma como el pilar del diagnóstico precoz** gracias a su longitudinalidad. Resulta necesario extender la cultura del "Deja Tu Huella" para diagnosticar donde comienza el contacto y no donde culminan las complicaciones.

7. ANEXO I



Región de Murcia
Consejería de Salud

INFORME DEL COMITÉ ÉTICO DE INVESTIGACIÓN Áreas II y VIII de Salud del Servicio Murciano de Salud



CERTIFICA QUE,

En reunión celebrada el 24/02/26, el CEI ha valorado la propuesta del Promotor/investigador referida al estudio:

Tipo de estudio: **Observacional Retrospectivo**

Cod. Protocolo	No consta
Nº EudraCT	N/A
Título Evaluación de las oportunidades perdidas en el diagnóstico del VIH: estrategias para el diagnóstico precoz en Urgencias y Atención Primaria. Proyecto Deja tu huella.	
Versión Protocolo	vs. De febrero de 2026
Versión HIP	exención
Promotor:	No procede
IP Local/Autor	María Goicuria Montoro. Estudiante UCAM
Centro/Área Local:	Servicio de Urgencias del Área II

Evaluando la documentación presenta y los aspectos del estudio requeridos por la legislación vigente para este tipo de estudios, emite el siguiente informe

Condiciones requeridas: resueltas

Informe:

Favorable

Fdo.: D^a Laly Gómez Sannicolás
(Fecha y firma electrónica)

Nº Reg./Cód. Interno: **I-AREA2_26-12_TFG_Maria_Goicuria_Montoro**



C/ Mezquita s/n, Paraje los Arcos

Barrio de Santa Lucía, 30202 - Cartagena –
Murcia Tlf 968 110752
hguinvestigacion@gmail.com



El CEI de las Áreas II y VIII tanto en su composición, como en los PNT cumple con las normas de BPC (CPMP/ICH/135/95)

2º La composición actual del CEIC que ha evaluado la propuesta fue la siguiente:

Presidente:	D. A. Javier Trujillo Santos	Jefe Servicio Medicina Interna/Infecciosa.
Secretaria:	D ^a Laly Gómez Sannicolás,	Secretaria Unidad Investigación.
Vocales:	D. Francisco Sánchez Rodríguez	Responsable Farmacia, adscrito a la GAP Área II.
	D. Blas García Rojo	Médico Adjunto Servicio Anestesiología y Reanimación.
	D ^a Marta Romera Martínez	Médico Adjunto Servicio Hematología.
	D ^a Carmen Celdrán Navarro	Enfermera Diplomada.
	D ^a Ruth L. Manrique Medina	Médico Adjunto Gerencia A. Primaria. Técnico de Salud
	D. José M. Allegue Gallego	Jefe S ^o Medicina Intensiva
	D. Luis Escondrillas Gómez	Responsable Farmacia del HGUSL
	D. Manuel Jesús Cuenca Burgos	Médico adjunto S ^o Pediatría, Vocal C. Bioética, Hospital HULAMM.
	D. Ginés Luengo Gil	S ^a d Adjunto S ^o APA
	D ^a Cecilia Egoavil Rojas	Farmacóloga Clínica.
	D. José Balsalobre Yago	Médico Adjunto S ^o Oncología Médica

En el caso de que se evaluara algún proyecto del que un miembro sea investigador/colaborador/tutor, éste se ausentará de la reunión durante la discusión del proyecto.



8. BIBLIOGRAFÍA

1. UNAIDS. Global HIV & AIDS statistics — 2024 Fact Sheet. Geneva: UNAIDS; 2024.
2. Centro Nacional de Epidemiología. Vigilancia Epidemiológica del VIH y sida en España 2024: Sistema de Información sobre Nuevos Diagnósticos de VIH y Registro Nacional de Casos de Sida. Madrid: Ministerio de Sanidad; 2025.
3. Antinori A, Coenen T, Costagiola D, Dedes N, Ellefson M, Gatell J, et al. Late presentation of HIV infection: a consensus definition. *HIV Med.* 2011;12(1):61-4.
4. Vaz-Pinto I, Gorgulho A, Esteves C, Guimarães M, Castro V, Carrodegua A, et al. Increasing HIV early diagnosis by implementing an automated screening strategy in emergency departments. *HIV Med.* 2022;23(11):1202-8.
5. González del Castillo J, Perez Elias MJ, Miguens I, Espinosa B, Juárez R, Piedrafita Lozoya L, et al. Decálogo para promover la implementación y mejora de las recomendaciones para el diagnóstico temprano del VIH en los servicios de urgencias. *Enferm Infecc Microbiol Clin.* 2024;42:267-71.
6. Rava M, Domínguez-Domínguez L, Bisbal O, López-Cortés LF, Busca C, Antela A, et al. Late presentation for HIV remains a major health issue in Spain: Results from a multicenter cohort study, 2004–2018. *PLoS One.* 2021;16(4):e0249864.
7. González del Castillo J, Llorens P, Trenc P, Piedrafita L, Cabrera N, Abellas C, et al. Nuevas recomendaciones de la Sociedad Española de Medicina de Urgencias y Emergencias (SEMES) para el diagnóstico de infección por VIH en los servicios de urgencias a partir del análisis de resultados del programa “Deja tu Huella”. *Emergencias.* 2024;36:447-59.
8. González del Castillo J, Mérida D, Olla I, De Álvaro C, Llaneras Artigues J, Vázquez Lima MJ, et al. Deja Tu Huella: a comprehensive review of a successful emergency department-based, HIV-targeted screening program in Spain and its impact on early diagnosis and public health. *Front Public Health.* 2026;13:1734172.
9. Miró Ò, Miró E, Carbó M, Saura M, Rebollo A, de Paz R, et al. Detección en urgencias de infección por VIH en pacientes que consultan por condiciones potencialmente relacionadas con infección oculta: Resultados

iniciales del programa “Urgències VIHgila”. *Rev Esp Quimioter.* 2023;36(2):169-79.

10. Ortega E, Ocete MD, Martínez-Roma M, Gimeno C, Gómez N, Diago M, et al. Reassessing HIV Detection Strategies: An Analysis of Opportunistic Screening vs. Indicator-Condition-Driven Diagnosis in Valencia, Spain. *J Community Health.* 2024;49:748-54.

11. Saleem K, Ting EL, Loh AJW, Baggaley R, Mello MB, Jamil MS, et al. Missed opportunities for HIV testing among those who accessed sexually transmitted infection (STI) services, tested for STIs and diagnosed with STIs: a systematic review and meta-analysis. *J Int AIDS Soc.* 2023;26:e26049.

12. Gogishvili M, Huang TT, Costa SA, Florez K, Mateu-Gelabert P, Valls MRA, et al. Late HIV diagnosis among immigrants in Spain vs native-born Spaniards. *Eur J Public Health.* 2021;31(6):1123-8.

9. TABLAS Y FIGURAS

FIGURA 1: DIAGRAMA DE FLUJO.

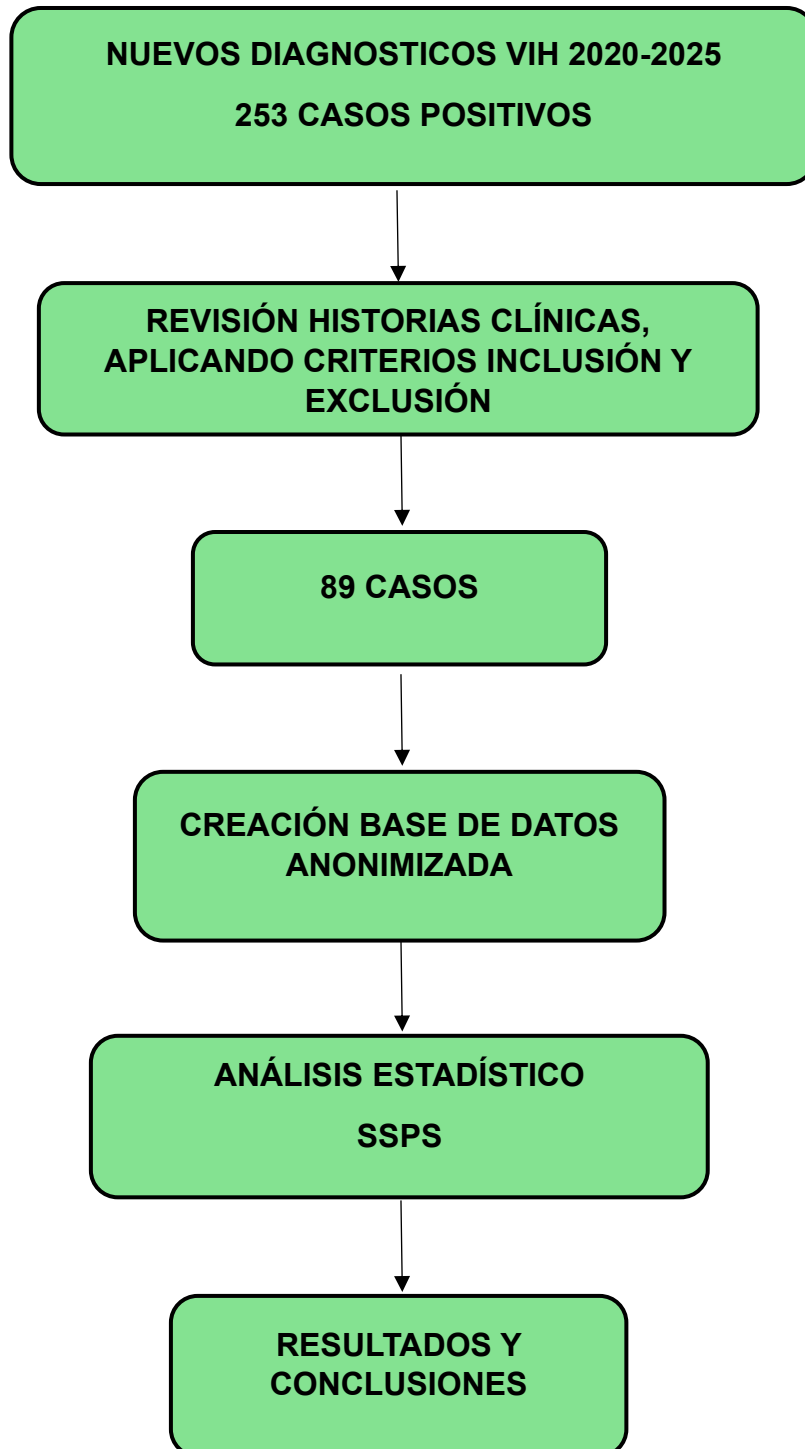


FIGURA 2: NÚMERO DE OPD, PORCENTAJES Y MEDIA.

	Nº OPD	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido
Válidos	1	12	13,5%	54,5%
	2	6	6,7%	27,3%
	3	3	3,4%	13,6%
	4	1	1,1%	4,5%
	Total	22	24,7%	100%
Perdidos	0	67	75,3%	
Total		89	100%	
ESTADÍSTICOS				
N	Válidos		22	
	Perdidos		67	
Media			1,68	
Error típico de la media			0,191	
Moda			1	
Desviación típica			0,894	
Mínimo			1	
Máximo			4	

FIGURA 3: CRITERIOS DEL PROGRAMA CON OPD.

	Frecuencias	Porcentaje Válido
ITS	10	35,7%
PPE	1	3,6%
H. Zóster	3	10,8%
Plaquetopenia no filiada	10	35,7%
Fiebre sin origen aparente	2	7,1%
Sd. Mononucleósido	2	7,1%
Total	28	100%

FIGURA 4: PERFIL SOCIODEMOGRÁFICO Y CLÍNICO DEL PACIENTE CON OPD VS SIN OPD		Oportunidades Perdidas	
		SI	NO
EDAD AL DX			
17-20	Recuento % dentro EDAD al Dx % dentro de OPD Residuos corregidos	1 50,0% 4,5% 0,8	1 50,0% 1,5% -0,8
21-30	Recuento % dentro EDAD al Dx % dentro de OPD Residuos corregidos	6 33,3% 27,3% 0,9	12 66,7% 17,9% -0,9
31-45	Recuento % dentro EDAD al Dx % dentro de OPD Residuos corregidos	6 14,3% 27,3% -2,2	36 85,7% 53,7% 2,2
46-67	Recuento % dentro EDAD al Dx % dentro de OPD Residuos corregidos	9 33,3% 40,9% 1,2	18 66,7% 26,9% -1,2
Total	Recuento % dentro EDAD al Dx % dentro de OPD	22 24,7% 100,0%	67 75,3% 100,0%
Chi-cuadrado de Pearson		p = 0,176	
SEXO			
Hombre	Recuento % dentro SEXO % dentro de OPD	18 23,1% 81,8%	60 76,9% 89,6%
Mujer	Recuento % dentro SEXO % dentro de OPD	4 36,4% 18,2%	7 63,6% 10,4%
Total	Recuento % dentro SEXO % dentro de OPD	22 24,7% 100,0%	67 75,3% 100,0%
Estadístico exacto de Fisher		p = 0,455	
CONSUMO TÓXICOS			
Si	Recuento % dentro de CONSUMO TÓXICOS % dentro de OPD	7 41,2% 31,8%	10 58,8% 14,9%
No	Recuento % dentro de CONSUMO TÓXICOS % dentro de OPD	15 20,8% 68,2%	57 79,2% 85,1%
Total	Recuento % dentro de CONSUMO TÓXICOS % dentro de OPD	22 24,7% 100,0%	67 75,3% 100,0%
Estadístico exacto de Fisher		p = 0,116	
UDPV			
Si	Recuento % dentro de UDPV % dentro de OPD	1 20,0% 4,5%	4 80,0% 6,0%
No	Recuento % dentro de UDPV % dentro de OPD	21 25,0% 95,5%	63 75,0% 94,0%
Total	Recuento % dentro de UDPV % dentro de OPD	22 24,7% 100,0%	67 75,3% 100,0%
Estadístico exacto de Fisher		p = 1,000	

FIGURA 5: FRECUENCIA DE TÓXICOS.

	Frecuencias	Porcentaje Válido
Cocaína	9	28,1%
Cannabis	8	25%
Alcohol	6	18,8%
Heroína	5	15,6%
Opiáceos	2	6,3%
Benzodiacepinas	1	3,1%
Anfetaminas	1	3,1%
Total	32	100%

FIGURA 6: CORRELACIÓN ENTRE OPORTUNIDAD PERDIDA E INMUNOSUPRESIÓN AL DIAGNÓSTICO.

ANOVA		TABLA DE CONTINGENCIA		Oportunidades Perdidas	
N	MEDIA	CD4 AL DX		SI	NO
4	1,00	500-1200	Recuento % dentro de CD4 al Dx % dentro de OPD Residuos corregidos	4 14,3% 18,2% -1,7	24 85,7% 38,1% 1,7
7	1,71	200-499	Recuento % dentro de CD4 al Dx % dentro de OPD Residuos corregidos	7 17,9% 31,8% -1,5	32 82,1% 50,8% 1,5
11	1,91	< 200	Recuento % dentro de CD4 al Dx % dentro de OPD Residuos corregidos	11 61,1% 50,0% 3,8	7 38,9% 11,1% -3,8
22	1,68	Total	Recuento % dentro de CD4 al Dx % dentro de OPD	22 25,9% 100,0%	63 74,1% 100,0%
		Chi-cuadrado de Pearson		p = 0,001	

FIGURA 7: CORRELACIÓN ENTRE LA SEVERIDAD DE LA INMUNOSUPRESIÓN AL DIAGNÓSTICO Y EL PETICIONARIO DE LA SEROLOGÍA.

		CD4 AL DX		
		500-1200	200-499	<200
PETICIONARIO				
Urgencias	Recuento	3	4	1
	% dentro de PETICIONARIO	37,5%	50,0%	12,5%
	% dentro de CD4 al Dx	10,7%	10,3%	5,6%
	Residuos corregidos	0,3	0,2	-0,6
AP	Recuento	18	19	4
	% dentro de PETICIONARIO	43,9%	46,3%	9,8%
	% dentro de CD4 al Dx	64,3%	48,7%	22,2%
	Residuos corregidos	2,1	0,1	-2,5
MIF	Recuento	4	4	1
	% dentro de PETICIONARIO	44,4%	44,4%	11,1%
	% dentro de CD4 al Dx	14,3%	10,3%	5,6%
	Residuos corregidos	0,8	-0,1	-0,8
Especialidades	Recuento	2	9	12
	% dentro de PETICIONARIO	8,7%	39,1%	52,2%
	% dentro de CD4 al Dx	7,1%	23,1%	66,7%
	Residuos corregidos	-2,9	-0,8	4,3
Comunitaria	Recuento	0	2	0
	% dentro de PETICIONARIO	0,0%	100,0%	0,0%
	% dentro de CD4 al Dx	0,0%	5,1%	0,0%
	Residuos corregidos	-1,0	1,6	-0,7
PRL	Recuento	1	1	0
	% dentro de PETICIONARIO	50,0%	50,0%	0,0%
	% dentro de CD4 al Dx	3,6%	2,6%	0,0%
	Residuos corregidos	0,5	0,1	-0,7
Total	Recuento	28	39	18
	% dentro de PETICIONARIO	32,9%	45,9%	21,2%
	% dentro de CD4 al Dx	100,0%	100,0%	100,0%
Chi-cuadrado de Pearson		p = 0,011		

FIGURA 8: CORRELACIÓN ENTRE LA CARGA VIRAL AL DIAGNÓSTICO Y EL PETICIONARIO DE LA SEROLOGÍA.

		CARGA VIRAL AL DX			
		< 50	< 1.000	1.000-10.000	> 10.000
PETICIONARIO					
Urgencias	Recuento	0	0	1	8
	% dentro de PETICIONARIO	0,0%	0,0%	11,1%	88,9%
	% dentro de CARGA VIRAL	0,0%	0,0%	11,1%	11,3%
	Residuos corregidos	-0,6	-0,5	0,1	0,5
AP	Recuento	2	1	3	34
	% dentro de PETICIONARIO	5,0%	2,5%	7,5%	85,0%
	% dentro de CARGA VIRAL	66,7%	50,0%	33,3%	47,9%
	Residuos corregidos	0,7	0,1	-0,9	0,3
MIF	Recuento	0	0	1	8
	% dentro de PETICIONARIO	0,0%	0,0%	11,1%	88,9%
	% dentro de CARGA VIRAL	0,0%	0,0%	11,1%	11,3%
	Residuos corregidos	-0,6	-0,5	0,1	0,5
Especialidades	Recuento	0	0	3	20
	% dentro de PETICIONARIO	0,0%	0,0%	13,0%	87,0%
	% dentro de CARGA VIRAL	0,0%	0,0%	33,3%	28,2%
	Residuos corregidos	-1,1	-0,9	0,4	0,5
Comunitaria	Recuento	0	1	0	1
	% dentro de PETICIONARIO	0,0%	50,0%	0,0%	50,0%
	% dentro de CARGA VIRAL	0,0%	50,0%	0,0%	1,4%
	Residuos corregidos	-0,3	4,5	-0,5	-1,3
PRL	Recuento	1	0	1	0
	% dentro de PETICIONARIO	50,0%	0,0%	50%	0,0%
	% dentro de CARGA VIRAL	33,3%	0,0%	11,1%	0,0%
	Residuos corregidos	3,6	-0,2	1,8	-3,2
Total	Recuento	3	2	9	71
	% dentro de PETICIONARIO	3,5%	2,4%	10,6%	83,5%
	% dentro de CARGA VIRAL	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%
Chi-cuadrado de Pearson		p < 0,001			

