

Oportunidades perdidas en la detección del VIH: experiencia en un hospital de referencia

Missed opportunities in HIV detection: experience in a referral hospital

Sara Gómez-García^{1*} , Elena Tapia-Moral² , Javier Gamazo-Herrero¹ , Laura Rodríguez-Delgado¹ ,
Cristina Novoa-Fernández¹ , Marina García de Vicuña-Oyaga¹ , Laura Rodríguez-Fernández¹ ,
Pablo Tellería-Gómez , Sara Miranda-Riaño¹ , Carlos Dueñas-Gutiérrez¹ 

¹Hospital Clínico Universitario de Valladolid, Valladolid, España

²Hospital Quirónsalud Málaga, Málaga, España

Recibido: 04 marzo, 2026

Aceptado: 17 junio, 2026

Publicado: 08 julio, 2026

*Correspondencia: Sara Gómez-García. sgomezgarci@saludcastillayleon.es

Resumen

Introducción: El diagnóstico tardío de la infección por el VIH continúa siendo un desafío relevante para la salud pública. El objetivo del estudio fue analizar la frecuencia del diagnóstico tardío y de las oportunidades diagnósticas perdidas en nuevos diagnósticos de infección por el VIH.

Material y métodos: Estudio observacional y retrospectivo que incluyó nuevos diagnósticos entre 2017 y 2024, en el que se evaluaron variables demográficas, clínicas y vías de transmisión, así como el contacto previo con el sistema sanitario.

Resultados: Se analizaron 103 pacientes, en su mayoría hombres (86,5%). La principal vía de transmisión fue sexual entre hombres que tienen sexo con hombres (61,2%). El 44,7% de los casos presentó un diagnóstico tardío y el 25,2% enfermedad avanzada. El 87,4% había tenido contacto sanitario previo y en el 49,5% se identificaron oportunidades diagnósticas perdidas.

Conclusiones: Reforzar la detección precoz es esencial para disminuir la morbilidad y frenar la transmisión del VIH.

Palabras clave: Infección por VIH. Diagnóstico precoz. Oportunidades perdidas. Salud pública. Contacto sanitario.

Abstract

Introduction: Late diagnosis of HIV infection continues to be a significant public health challenge. The objective of the study was to analyze the frequency of late diagnosis and missed diagnostic opportunities among newly diagnosed cases of HIV infection.

Materials and methods: A retrospective observational study including newly diagnosed HIV cases between 2017 and 2024 was conducted, evaluating demographic and clinical variables and routes of transmission, as well as previous contact with the healthcare system.

Rev Esp Quimioter 2026; 39(4): 365-368

<http://www.doi.org/10.37201/req/162.2026>

www.revespquimioterapia.com

Results: 103 patients were analyzed, most of whom were men (86.5%). The main route of transmission was sexual among men who have sex with men (61.2%). 44.7% of cases were diagnosed late, and 25.2% had advanced disease. 87.4% had previous healthcare contact, and in 49.5% of cases, diagnostic opportunities had been missed.

Conclusions: Strengthening early detection is essential to reduce morbidity and mortality and curb HIV transmission.

Keywords: HIV infection late diagnosis. Late diagnosis. Missed opportunities. Public health. Healthcare contact.

Introducción

El retraso en el diagnóstico de la infección por el virus de inmunodeficiencia humana (VIH) continúa siendo un problema importante para el control de la enfermedad, ya que se asocia con una mayor morbilidad y un mayor riesgo de transmisión comunitaria [1-4]. El diagnóstico tardío (DT) hace referencia a personas con un recuento de linfocitos CD4 inferior a 350 células/ μ l y/o con un evento definitorio de sida en el momento del diagnóstico [1-9].

Las oportunidades diagnósticas perdidas (ODP) se refieren a contactos previos con el sistema sanitario en los que no se solicitó una serología para el VIH pese a existir una condición indicadora o un factor de riesgo [1,2,5,7,9]. Estas situaciones continúan siendo muy frecuentes incluso en entornos con acceso universal a la atención sanitaria, lo que apoya la implementación de estrategias de cribado del VIH más sistemáticas en la práctica clínica habitual [1-3,5,7,9].

Los objetivos de este estudio fueron analizar la frecuencia del DT y de las ODP en una cohorte de nuevos casos de infección por el VIH, así como describir sus principales características clínicas y sociodemográficas [1,3,5,7].

Material y métodos

Se llevó a cabo un estudio observacional, retrospectivo y unicéntrico, que incluyó los nuevos diagnósticos de VIH de nuestra área de salud entre enero de 2017 y diciembre de 2024.

El estudio se realizó concretamente en el Hospital Clínico Universitario de Valladolid, un hospital universitario de segundo y tercer nivel asistencial perteneciente al sistema público de salud de Castilla y León y centro de referencia del Área de Salud Valladolid Este, con una población asignada aproximada de 235.000 habitantes.

Se recopilaron variables sociodemográficas, clínicas, relativas a las vías de transmisión, así como los recuentos de linfocitos CD4 y la carga viral al diagnóstico.

Se consideró contacto sanitario previo a cualquier atención médica registrada en la historia clínica electrónica del sistema público (atención primaria,

urgencias u hospitalización) en los cinco años previos al diagnóstico. Este periodo de tiempo se seleccionó por ser clínicamente relevante para identificar ODP sin perder fiabilidad en los registros.

Se definió como consulta potencialmente relacionada con el VIH como aquella motivada por una condición clínica compatible con la infección por VIH o una condición indicadora según las recomendaciones de la *European AIDS Clinical Society* y del Ministerio de Sanidad de España. Se consideró ODP la presencia de una consulta potencialmente relacionada en la que no se solicitó una serología para el VIH.

Se realizó un análisis descriptivo de las variables incluidas. Las variables categóricas se compararon mediante la prueba de chi-cuadrado o la prueba exacta de Fisher, y las variables cuantitativas mediante t de Student. Posteriormente, se efectuó un análisis multivariable mediante regresión logística binaria para identificar factores asociados de forma independiente al diagnóstico tardío. Se consideró estadísticamente significativo un valor de $p < 0,05$.

Resultados

Se diagnosticaron 103 pacientes (86,5% hombres, 9,7% mujeres y 3,8% mujeres trans), con una edad media de 37,25 años. El 64% eran de nacionalidad española.

La principal vía de transmisión fue sexual entre hombres que tienen sexo con hombres (HSH) (61,2%), seguida de la heterosexual (12,6%) y la parenteral (3%). El 69% reconoció prácticas sexuales de riesgo; el 17,5% tenía una pareja VIH positiva y el 7,2% refería prácticas de chemsex. Los motivos para solicitar la serología se describen en la **Tabla 1**.

El DT se observó en 46 pacientes (44,7%); 26 (25,2%) tenían un recuento de linfocitos CD4 inferior a 200/ μ l y 12 (11,6%) presentaron una enfermedad definitoria de sida.

Un total de 90 pacientes (87,4%) habían tenido contacto sanitario en los 5 años previos al diagnóstico; el 67% de las consultas correspondió a Atención Primaria (AP) y el 20,4% a Urgencias. De los pacientes con contacto sanitario previo, en el 56,7% de los casos se identificaron consultas potencialmente relacionadas

Tabla 1. Motivos clínicos y epidemiológicos que motivaron la solicitud de serología VIH en la cohorte total (n=103)

Motivo de solicitud, n (%)	n=103
Manifestaciones clínicas compatibles	53 (51,5%)
Infecciones de transmisión sexual	13 (12,6%)
Fiebre	11 (10,7%)
Neumonía	6 (5,8%)
Infecciones orofaríngeas de repetición	7 (6,8%)
Diarrea	4 (3,9%)
Adenopatías	5 (4,9%)
Trombopenia	3 (2,9%)
Pérdida de peso	2 (1,9%)
Prácticas de riesgo	22 (21,4%)
Contacto con VIH	12 (11,7%)
Oferta rutinaria	12 (11,7%)

con el VIH (**Tabla 2**). Además, 30 casos (29,1%) presentaron diagnóstico simultáneo de otra infección de transmisión sexual (ITS), principalmente sífilis.

De los 46 pacientes con DT, 41 (89%) habían tenido contacto sanitario en los 5 años anteriores, 25 (54,3%) presentaron al menos una ODP y solo a 15 (32,6%) se les había realizado una serología previa.

Se encontró una asociación estadísticamente significativa entre la vía de transmisión sexual y el DT ($p = 0,038$). No se observó relación entre el sexo y el DT.

La mayor edad se asoció significativamente con el DT ($p = 0,020$), al igual que la vía de transmisión sexual ($p = 0,038$). En el análisis multivariable mediante

Tabla 2. Condiciones indicadoras identificadas en pacientes con oportunidades diagnósticas perdidas (n=51 pacientes)

Condición Indicadora, n	Pacientes n=51
Infecciones de transmisión sexual	18
Fiebre sin foco	9
Candidiasis oral	8
Pérdida de peso	6
Leucopenia idiopática	4
Dermatitis seborréica	2
Neumonía	1
Diarrea crónica	1
Herpes zoster	1
Síndrome mononucleósico	1

regresión logística binaria, la mayor edad mantuvo una asociación independiente con el DT (OR 1,11; IC95%: 1,01–1,22; $p = 0,032$), mientras que la vía de transmisión no conservó la significación estadística ($p = 0,169$). La nacionalidad y el sexo tampoco mostraron asociación con el DT.

Discusión

El DT en esta cohorte afecta al 44,7% de los pacientes, una cifra que, aunque ligeramente inferior a la descrita en otros países mediterráneos como Italia (60%), se mantiene dentro del rango persistente en Europa Occidental (45-50%) [1,2]. Mientras que clásicamente el DT se asociaba con la transmisión heterosexual, nuestra cohorte muestra que continúa siendo frecuente también entre HSH, en línea con las tendencias internacionales [2,3].

La inclusión de mujeres trans supone un avance respecto a estudios previos realizados en España, donde este grupo frecuentemente se incluía dentro de la categoría de HSH. Este colectivo presenta barreras de estigma específicas que pueden retrasar el acceso a las pruebas diagnósticas [2,4].

Por otro lado, el 87,4% de los pacientes tuvo contacto sanitario previo en los últimos 5 años, una tasa superior a la descrita en estudios clásicos realizados en Estados Unidos (70%). Además, el predominio de contactos en Atención Primaria y Urgencias pone de manifiesto la importancia de implementar estrategias de detección precoz en estos niveles asistenciales [5].

Un hallazgo relevante es que el 54,3% de los pacientes con DT presentó al menos una ODP, a pesar de que el 56,7% de las consultas estaban potencialmente relacionadas con la infección por el VIH. Estos resultados sugieren dificultades en el reconocimiento clínico de las condiciones indicadoras en la práctica habitual [6]. Asimismo, la elevada frecuencia de ITS concomitantes, principalmente la sífilis, refuerza su papel como oportunidad para el cribado sistemático del VIH [6,7].

Finalmente, el análisis multivariable identificó la edad avanzada como el único factor asociado de forma independiente con el DT. Este hallazgo coincide con la literatura internacional y podría relacionarse con una menor percepción de riesgo en pacientes de mayor edad, incluso ante síntomas compatibles con la infección [8,9].

Entre las principales limitaciones del estudio se encuentran su diseño observacional, retrospectivo y unicéntrico, así como el tamaño muestral y el empleo de historias clínicas. Estas limitaciones pueden afectar a la inferencia causal, la generalización de los

resultados y la potencia estadística, además de introducir posibles sesgos de información.

Conclusiones

- El DT de la infección por el VIH continúa siendo frecuente en nuestro medio, ya que afecta a casi la mitad de los pacientes diagnosticados. La elevada proporción de contactos sanitarios previos y de ODP evidencian la necesidad de reforzar las estrategias de detección precoz.
- La Atención Primaria y los servicios de urgencias representan escenarios clave para mejorar el diagnóstico del VIH, especialmente ante la presencia de condiciones indicadoras o ITS concomitantes. La implantación de herramientas de cribado sistemático y oportunista en estos niveles podría reducir el retraso diagnóstico.
- La incorporación de alertas automatizadas en la historia clínica electrónica y la formación específica de los profesionales sanitarios sobre las condiciones indicadoras de infección por VIH podrían facilitar la solicitud precoz de serología y disminuir las ODP.
- Es importante evitar sesgos en la percepción del riesgo y considerar la prueba de detección del VIH independientemente de la edad del paciente.

Financiación

Los autores declaran no haber recibido financiación para la realización de este estudio.

Contribución de autoría

Conceptualización: E.T.M., C.D.G., S.G.G.; Metodología: E.T.M., C.D.G., J.G.H., L.R.D., C.N.F., S.G.G.; Investigación: E.T.M., J.G.H., L.R.D., C.N.F., S.G.G., M.G.V.O.; Recogida de datos: E.T.M., S.G.G.; Recursos: S.M.R., L.R.F., P.T.G., C.D.G.; Visualización: S.M.R., C.D.G., J.G.H., L.R.D., C.N.F., S.G.G.; Validación: S.M.R., L.R.F., C.D.G., S.G.G.; Supervisión: L.R.F., P.T.G., C.D.G.; Gestión del proyecto: C.D.G.; Análisis formal: S.G.G.; Redacción – borrador inicial: S.G.G.; Redacción, revisión y edición: S.G.G. Todos los autores han leído y aceptado la versión publicada del manuscrito.

Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

Uso de IA

Los autores declaran que no se ha utilizado ninguna herramienta de inteligencia artificial (como ChatGPT, Copilot, Gemini, u otras) en la redacción, análisis o revisión de este artículo.

Referencias

1. Narducci A, Vergori A, Borrelli P, Bottalico IF, Ferrara SM, Grillo C, et al. The forgotten test: missed opportunities for HIV diagnosis and survival outcomes in advanced HIV disease. *Viruses*. 2026;18(3):356. Available from: <https://doi.org/10.3390/v18030356>
2. Roussos S, Pantazis N, Protopapas K, Antoniadou A, Papadopoulos A, Lourida G, et al. Missed opportunities for early HIV diagnosis in Greece: the MORFEAS study, 2019 to 2021. *Euro Surveill*. 2024;29(48):2400138. Available from: <https://doi.org/10.2807/1560-7917.ES.2024.29.48.2400138>
3. Boesecke C, Schellberg S, Schneider J, Schuettfort G, Stocker H. Prevalence, characteristics and challenges of late HIV diagnosis in Germany: an expert narrative review. *Infection*. 2023;51(5):1223-1239. Available from: <https://doi.org/10.1007/s15010-023-02064-1>
4. Gbadamosi SO, Trepka MJ, Dawit R, Jebai R, Sheehan DM. A systematic review and meta-analysis to estimate the time from HIV infection to diagnosis for people with HIV. *AIDS Rev*. 2022;24(1):32-40. Available from: <https://doi.org/10.24875/AIDSRev.21000007>
5. Powell M, Krentz HB, Eagles ME, Gill MJ. Missed opportunities within healthcare for an earlier diagnosis of HIV. *Int J STD AIDS*. 2020;31(12):1169-1177. Available from: <https://doi.org/10.1177/0956462420945948>
6. Unidad de vigilancia de VIH, ITS y hepatitis. Vigilancia epidemiológica del VIH y sida en España 2022: Sistema de Información sobre Nuevos Diagnósticos de VIH y Registro Nacional de Casos de Sida. Madrid: Centro Nacional de Epidemiología, Instituto de Salud Carlos III/División de Control de VIH, ITS, Hepatitis Virales y Tuberculosis, Ministerio de Sanidad; 2023. Available from: https://cne.isciii.es/documents/d/cne/informe-vih_sida_2023_nov-2023-pdf-1
7. Mallitt KA, Wilson DP, Jansson J, McDonald A, Wand H, Post JJ. Identifying missed clinical opportunities for the earlier diagnosis of HIV in Australia, a retrospective cohort data linkage study. *PLoS One*. 2018;13(12). Available from: <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0208323>
8. Croxford S, Stengaard AR, Brännström J, Combs L, Dedes N, Girardi E, et al. Late diagnosis of HIV: an updated consensus definition. *HIV Med*. 2022;23(11):1202-1208. Available from: <https://doi.org/10.1111/hiv.13425>
9. García F, Pena MJ, González del Castillo J. Missed opportunities in HIV diagnosis: a need to close the gap. *Enferm Infecc Microbiol Clin (Engl Ed)*. 2024;42(3):121-123. Available from: <https://doi.org/10.1016/j.eimce.2024.01.013>