

TABLA 1. Distribución de los pacientes con serología positiva para el virus de la hepatitis C, según serología VIH y consumo de drogas por vía parenteral

	UDVP	Ex UDVP	No UDVP	Total
VIH+	28	10	6	44
VIH-	15	14	17	46
VIH desconocido	1	8	35	44
Total	44	32	58	134

virus (usuarios de drogas por vía parenteral [UDVP], pacientes con múltiples parejas sexuales y antecedentes de enfermedades de transmisión sexual) no se recomienda de forma sistemática en las distintas guías que se han revisado sobre seguimiento de pacientes infectados por el VHC¹⁻³.

En el estudio presentado, sobre el total de 134 pacientes, 76 eran o habían sido UDVP (56,7%). No se determinó el VIH a 44 pacientes (32,8%), de los cuales sólo 9 eran UDVP o lo habían sido anteriormente (tabla 1). De estos 9 pacientes, a 5 no fue posible localizarlos tras varios intentos. En los otros 4 casos restantes (5,3% del total de UDVP y ex UDVP) no se determinó el

VIH, por razones que no están registradas. En general, se trata de una población a la que es difícil acceder por su baja aceptación de la realización de actividades preventivas y de seguimiento de procesos no agudos. Tampoco debemos olvidar la obligación de solicitar el consentimiento para determinar esta serología.

El porcentaje de pacientes UDVP o ex UDVP a los que no se ha solicitado la serología del VIH (5,3%), aunque bajo, no es despreciable, dado el alto riesgo de estos pacientes y la importancia de establecer medidas lo antes posible, tal como destacan Alastraú et al. También coincidimos con los autores en la necesidad de mejorar las habilidades de comunicación con estos pacientes para lograr modificar en lo posible la aceptación de las medidas diagnósticas, preventivas y terapéuticas.

Sin embargo, si bien algunos pacientes no pudieron ser localizados o no aceptaron realizarse la serología durante el período de estudio, la atención longitudinal que caracteriza a la atención primaria debe permitir a medio-largo plazo conocer su estado serológico y proceder a implementar aquellas

actividades preventivas y terapéuticas que se precisen en cada caso.

**M. Sans, E. Comín,
A. Ezpeleta y C. Batalla**
Médicos de Familia. ABS Dr. Pujol
i Capsada. El Prat de Llobregat (Barcelona).
España.

1. Centers for Disease Control and Prevention. HIV infection: detection, counseling, and referral. Sexually transmitted diseases treatment guidelines 2002. MMWR 2002;51:1-11,64-6.
2. Clinical Effectiveness Group (Association of Genitourinary Medicine and the Medical Society for the Study of Venereal Diseases). 2002 national guideline on the management of the viral hepatitis A,B, and C [consultado 20/09/02]. Disponible en: <http://www.agum.org.uk/ceg/2002/viralhepatides0802.htm>
3. National Institutes of Health Consensus Development Panel. NIH Consensus Development Conference Statement. Management of hepatitis C:2002. On line 2002, September 12 [consultado 20/09/02]. Disponible en: <http://consensus.nih.gov/cons/116/hepa091202.pdf>

Fe de errores

En la revista ATENCIÓN PRIMARIA 2002; 30 (supl. 1) se han detectado los siguientes errores:

En la comunicación titulada «Acontecimiento vital estresante: ¿factor de riesgo para enfermedad mental?» la frase «La *odds ratio* (OR) de presentar enfermedad mental para los C es 12,5 (IC del 95%, 2,54-61,54). Al realizar la regresión logística, la OR de presentar enfermedad mental para los C es 9,09 (IC del 95%, 1,98-62,89)» debe sustituirse por la siguiente: «La *odds ratio* (OR) de presentar enfermedad mental es 12,5 (IC del 95%, 2,54-61,54) para pacientes con ≥ 250 unidades de cambio vital en RS. Al realizar la regresión logística la OR de presentar enfermedad mental es de 9,09 (IC del 95%, 1,98-62,89)».

En el panel titulado «Medicina alternativa en una zona básica de salud. ¿Conocemos realmente su existencia?», el Centro de Salud Camarzana de Tera debe reemplazarse por Centro de Salud La Victoria.