

en poner en valor y abordar el lazo social, es decir, la capacidad del sujeto para establecer vínculos con los otros². Este abordaje permite evitar la cronificación asociada a las instituciones de salud, generándose simultáneamente procesos de atención dirigidos a la terapéutica individual³ y a la construcción de vínculos comunitarios. El vínculo se posiciona como intermediario necesario para lograr la adaptación activa a la realidad, porque existe una interrelación dialéctica constante entre el sujeto y su medio social.

Los profesionales que desarrollaron su formación en el medio hospitalario difícilmente puedan operar en el campo de la SMC⁴.

A continuación se expone una experiencia de una médica que ha comenzado su formación profesionalizante en el campo de la SMC junto con la medicina familiar (MF), dado que ambos campos poseen similares perspectivas en el proceso de atención y cuidado.

La MF es una especialidad médica que tiene características pragmáticas diferentes a otras especialidades médicas. El médico de familia es un especialista capacitado especialmente para trabajar en el primer nivel de atención (PNA) con perspectiva de atención primaria, en el cuidado del grupo familiar, con estrategias puramente ambulatorias, territoriales, y con habilidades para desarrollar estrategias comunitarias de prevención de las enfermedades y promoción de la salud.

Dentro de la residencia (p. ej., especialización) de la MF en la ciudad de Bahía Blanca, Argentina, se desarrolló una orientación en SMC. La misma consistía en dedicar un porcentaje de horas a la SMC bajo supervisión profesional, con competencias a desarrollar, proyectos a concretar y material de lectura predefinido. A partir de la propuesta de orientación, en función del escenario propuesto y las necesidades técnico-políticas, se realizaron las siguientes actividades en el primer año de trabajo en la orientación (tabla 1).

El modelo Zaragoza⁵ es la primera experiencia llevada a cabo en España respecto a la formación de la SMC en el marco de la MF, y ha servido como basamento para llevar a cabo la presente experiencia. Tal como explican los colegas españoles, no se trata de proponer modelos definitivos de

formación, sino de compartir prácticas que colaboren con otras formas de abordaje destinado a personas con sufrimiento mental.

Financiación

No se recibió financiación de ningún tipo para la realización del presente artículo.

Conflicto de intereses

No hubo conflictos de intereses durante la realización del presente artículo, ni surgieron en la experiencia de formación que se detalla.

Bibliografía

1. Organización Panamericana de la Salud - Oficina Regional de la Organización Mundial de la Salud. Marco de referencia para la implementación de la estrategia regional de salud mental. Washington, 2011.
2. Galende E, Ardilla S. El concepto de comunidad en la salud mental comunitaria. *Revista Salud Mental y Comunidad*. 2011;1:39-50.
3. Merhy E. *Salud: cartografía del trabajo vivo*. Buenos Aires: Lugar editorial; 2006.
4. Organización Panamericana de la Salud - Oficina Regional de la Organización Mundial de la Salud. Salud mental en la comunidad. Washington: Serie PALTEX, 2009.
5. García-Campayo J, Claraco LM, Orozco F, Lou S, Borrell F, Arévalo E, et al. Programa de formación en salud mental para residentes de medicina de familia y comunitaria: el modelo Zaragoza. *Aten Primaria*. 2001;27:667-72.

Paola Buedo

Medicina Familiar, Secretaría de salud, Municipalidad de Bahía Blanca, Buenos Aires, Argentina
Correo electrónico: paolabuedo@gmail.com

<http://dx.doi.org/10.1016/j.aprim.2016.02.003>

Serología del virus de inmunodeficiencia humana (VIH) en atención primaria, ¿debe ser rutinaria en España?



Human Immunodeficiency Virus (HIV) testing in primary care. Should it be routine in Spain?

Sr. Editor:

En relación con el estudio VIH-AP recientemente publicado en esta revista¹, nos gustaría realizar los siguientes comentarios:

Las recomendaciones de nuestro Ministerio de Sanidad para el diagnóstico precoz del VIH contemplan la realización rutinaria de la prueba VIH a personas de 20-59 años sexualmente activas que, habiendo solicitado asistencia en

un centro de atención primaria (CAP), se les haya indicado una extracción de sangre por cualquier motivo, y residan en provincias cuyas tasas de nuevos diagnósticos sean superiores al percentil 75 en este grupo de edad².

El estudio VIH-AP se basa en esta estrategia y concluye que la serología VIH tiene una alta aceptación (93%) entre los usuarios que acuden para hacerse un análisis de sangre a los CAP¹. Este grado de aceptación es acorde al 98% observado en 2 intervenciones llevadas a cabo en nuestro país y encaminadas a promocionar el diagnóstico precoz del VIH en atención primaria (AP) con los criterios que recomienda el Ministerio^{3,4}. En el trabajo de Puentes Torres et al., no se analiza el grado de aceptación de esta estrategia entre los médicos de AP, pero en los estudios de Martín-Cabo et al.³ y Chocarro Martínez et al.⁴, es superior al 70% y conlleva un consumo de tiempo de consulta asumible.

En el estudio VIH-AP, nos parece muy relevante que más de la mitad de los sujetos no se habían realizado nunca,

con anterioridad, la prueba de detección del VIH porque no consideraban que estuviesen en riesgo, y en uno de cada 3 participantes era el médico o la enfermera la que no se lo había propuesto nunca; todo ello teniendo en cuenta que solo el 21% de los participantes tenían pareja estable¹. En nuestra opinión estos datos traducen que, en nuestro país, tanto la percepción de la población sobre el riesgo de adquirir el VIH como el grado de concienciación de los profesionales sanitarios de AP sobre las personas en riesgo de adquirir la infección son preocupantemente bajos.

En el estudio VIH-AP la prevalencia de infección oculta es 0,24%, que se aproxima bastante al 0,35% encontrada por Moreno et al., en la Comunidad de Madrid⁵. Nada se detalla sobre los 7 pacientes en los que se diagnosticó el VIH, por lo que respecta a sus características epidemiológicas, pero hubiera sido extraordinariamente interesante conocer, entre otras cosas, el motivo por el que esas personas no se habían realizado la prueba con anterioridad.

Como Puentes Torres et al., expresan, y es sobradamente conocido, el cribado de la infección VIH es coste-efectivo. Tiene interés, pues, que al comienzo de su discusión comentan que la Comunidad de Madrid (de donde provienen la tercera parte de los participantes) limitó, por razones de coste, el estudio entre sus trabajadores estableciendo un máximo recomendado de 5 pacientes a reclutar por médico¹. Esta decisión puede ser cuanto menos cuestionable cuando el coste medio de una serología VIH en nuestro país es de 3€⁴, el mismo que, por ejemplo, la determinación de TSH, una prueba analítica que se realiza con la misma técnica y de frecuente indicación en atención primaria para cribar una enfermedad no transmisible.

Para finalizar, está demostrado que ofrecer sistemáticamente la prueba VIH en AP aumenta de forma significativa su realización³. Por consiguiente, como concluye Fauci y Marston en un reciente editorial sobre el abordaje de la pandemia VIH en el que se menciona la necesidad de diagnosticar más, «...la ciencia ha hablado. Ahora no puede haber excusa para no hacer nada»⁶.

Financiación

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

Bibliografía

1. Puentes Torres RC, Aguado Taberné C, Pérula de Torres LA, Espejo Espejo J, Castro Fernández C, Fransi Galiana L. Aceptabilidad de la búsqueda oportunista de la infección por el virus de la inmunodeficiencia humana mediante serología en pacientes captados en centros de atención primaria de España: estudio VIH-AP. Aten Primaria. 2015; <http://dx.doi.org/10.1016/j.aprim.2015.07.005>.
2. Dirección General de Salud Pública, Calidad e Innovación. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Guía de Recomendaciones para el diagnóstico Precoz del VIH en el ámbito sanitario [consultado 7 Dic 2015] Disponible en: <http://www.msssi.gob.es/ciudadanos/enfLesiones/enfTransmisibles/sida/docs/GUIADXXVIH.pdf>
3. Martín-Cabo R, Losa-García JE, Iglesias-Franco H, Iglesias-González R, Fajardo-Alcántara A, Jiménez-Moreno A. Promoción de la detección del virus de la inmunodeficiencia humana en atención primaria. Gac Sanit. 2012;26:116–22.
4. Chocarro Martínez A, Ochoa Sangrador C, Brezmes Valdivieso MP, Martín Gómez C. Cribado de la infección por el virus de la inmunodeficiencia humana en Atención Primaria: aceptación por pacientes y médicos. Enferm Infecc Microbiol Clin. 2015;33:424–31.
5. Moreno S, Ordobás M, Sanz JC, Ramos B, Astray J, Ortiz M, et al. Prevalence of undiagnosed HIV infection in the general population having blood tests within primary care in Madrid, Spain. Sex Transm Infect. 2012;88:522–4.
6. Fauci AS, Marston HD. Ending the HIV-AIDS pandemic. Follow the science. N Engl J Med. 2015;373:2197–9.

Juan E. Losa^{a,*} y Rosa Martín de Cabo^b

^a Sección de Enfermedades Infecciosas, Unidad de Medicina Interna, Hospital Universitario Fundación Alcorcón, Universidad Rey Juan Carlos, Alcorcón, Madrid, España

^b Centro de Salud Pedro Lain Entralgo, Alcorcón, Madrid, España

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: jelosa@fhalcorcon.es (J.E. Losa).

<http://dx.doi.org/10.1016/j.aprim.2015.12.005>

Guía clínica de urticaria en Atención Primaria



Clinical guidelines for urticaria in Primary Care

Sr. Editor:

La urticaria es una enfermedad común con una prevalencia del 20% para la urticaria aguda y del 0,5-1% para la crónica (definida por su duración mayor a 6 semanas), que afecta a la calidad de vida del paciente y que supone un motivo frecuente de consulta. Recientemente se ha publicado una actualización de las guías europeas¹ que modifica la aproximación diagnóstica y el abordaje terapéutico de

esta enfermedad^{2,3}. Consideramos que estos cambios deben conocerse en Atención Primaria, motivo por el que hemos elaborado una guía clínica para el manejo en dicho nivel de atención (fig. 1).

La urticaria consiste en la aparición de habones y/o angioedema por la liberación de histamina y otros mediadores por los mastocitos. La nueva clasificación de urticaria excluye los angioedemas mediados por bradisininas (hereditarios y adquiridos secundarios a fármacos) y las reacciones anafilácticas o anafilactoides, que pueden cursar con lesiones habonosas y angioedema pero siempre acompañadas de sintomatología sistémica y con potencial riesgo vital. Esta diferenciación es importante, pues el manejo terapéutico de estas es distinto y así lo hemos reflejado en una guía