

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 estable<sup>1</sup>. 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 Madrid<sup>5</sup>. 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 médico<sup>1</sup>. Esta decisión puede ser cuanto menos cuestionable cuando el coste medio de una serología VIH en nuestro país es de 3€<sup>4</sup>, 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 realización<sup>3</sup>. 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»<sup>6</sup>.

## 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<sup>a,\*</sup> y Rosa Martín de Cabo<sup>b</sup>

<sup>a</sup> Sección de Enfermedades Infecciosas, Unidad de Medicina Interna, Hospital Universitario Fundación Alcorcón, Universidad Rey Juan Carlos, Alcorcón, Madrid, España

<sup>b</sup> Centro de Salud Pedro Lain Entralgo, Alcorcón, Madrid, España

\* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: [jelosa@fhalcorcon.es](mailto: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 europeas<sup>1</sup> que modifica la aproximación diagnóstica y el abordaje terapéutico de

esta enfermedad<sup>2,3</sup>. 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 bradicininas (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

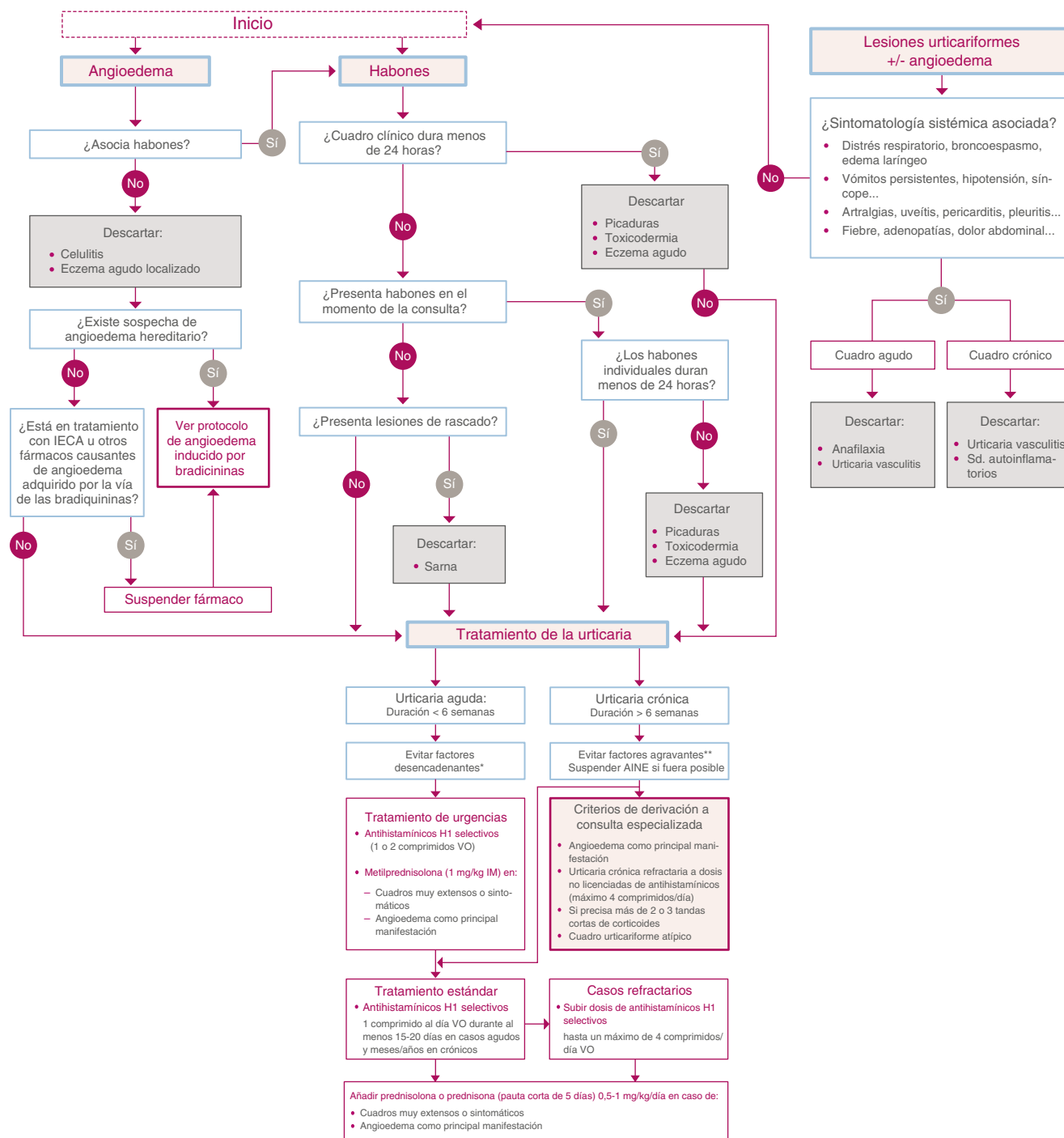


Figura 1 Algoritmo diagnóstico-terapéutico para la urticaria aguda y crónica.

clínica para Urgencias<sup>4</sup>. Por otra parte, creemos que existe un sobrediagnóstico de urticaria tanto en Urgencias como en Atención Primaria. Pensamos que existe una dificultad diagnóstica en los cuadros cutáneos agudos y sobre todo en las primeras 24 h, donde es difícil precisar que las lesiones son fugaces, peculiaridad clínica única del habón de la urticaria. Hemos establecido un algoritmo diagnóstico y una tabla de diagnóstico diferencial con las entidades clínicas frecuentes que pueden ser confundidas con la urticaria. Estas son la celulitis y el eczema agudo localizado en el

caso del angioedema, y las toxicodermias, las picaduras, el eczema agudo difuso y la sarna para los habones. Se establecen diferencias con base en la sintomatología (dolor en la celulitis, picor en el eczema agudo localizado, quemazón en el angioedema, picor nocturno en la sarna, etc.), la duración del cuadro y de las lesiones elementales (el habón dura menos de 24h) y la distribución de las lesiones (agrupación lineal en las picaduras, generalizada y simétrica en las toxicodermias, carácter artefacto en el eczema de contacto).

La nuevas guías recomiendan no realizar ninguna exploración complementaria de forma sistemática en la urticaria aguda y tan solo un hemograma con VSG y una suspensión de AINE en la crónica. Solo solicitaríamos otras pruebas diagnósticas ante una clínica indicativa de otras enfermedades asociadas. Cabe destacar que la mayoría de las urticarias crónicas no son de naturaleza alérgica y, por tanto, no sería necesaria la realización de pruebas de alergia de manera sistemática.

El tratamiento de la urticaria se fundamenta en 2 pilares: la evitación de los factores desencadenantes y agravantes, y el tratamiento farmacológico. Se estima que los AINE provocan una exacerbación de la urticaria en el 20-30% de los pacientes que tienen urticaria crónica y, por tanto, su uso debería ser evitado. Respecto al tratamiento farmacológico, los antihistamínicos no sedantes o de nueva generación son de elección. Se deben administrar diariamente, y no a demanda. En los casos refractarios, las guías recomiendan aumentar la dosis hasta cuadruplicarla. El tratamiento puede durar meses o años. No se recomiendan los antihistamínicos sedantes, solos ni asociados a no sedantes, dados sus efectos secundarios. La utilización de corticoides orales debe ser en tandas cortas, evitando su cronicidad. Entre un 25-40% de las urticarias crónicas van a ser refractarias y precisarán tratamiento sistémico (omalizumab, ciclosporina o antileucotrienos, según las guías) en una unidad especializada. Proponemos remitir a estas unidades aquellos pacientes con: 1) angioedema como principal manifestación; 2) urticaria crónica refractaria a dosis altas de antihistamínicos; 3) si precisa más de 2-3 tandas cortas de corticoides, o 4) cuadros urticariformes atípicos.

## Bibliografía

1. Zuberbier T, Aberer W, Asero R, Bindslev-Jensen C, Brzoza Z, Canonica W, et al. The EAACI/GA<sup>2</sup>LEN/EDF/WAO guideline for the definition, classification, diagnosis, and management of urticaria: The 2013 revision and update. *Allergy*. 2014;69:868-87.
2. Zuberbier T, Asero R, Bindslev-Jensen C, Walter Canonica G, Church MK, Giménez-Arnau A, et al. EAACI/GA<sup>2</sup>LEN/EDF/WAO guideline: Definition, classification and diagnosis of urticaria. *Allergy*. 2009;64:1417-26.
3. Garriga-Compañs S, Labrador-Hornillo M. Urticaria crónica espontánea. *Med Clin (Barc)*. 2014;142:275-8.
4. De León Marrero FJ, Berbegal de Gracia L, Marín Porriño JM, Silvestre Salvador JF. Protocolo de actuación a la urticaria en urgencias. *Emergencias*. 2015;27:351-2.

Juan Miguel Marín Porriño<sup>a,\*</sup>,  
Francisco José de León Marrero<sup>b</sup>,  
Laura Berbegal de Gracia<sup>b</sup>  
y Juan Francisco Silvestre Salvador<sup>b</sup>

<sup>a</sup> *Medicina Familiar y Comunitaria, Centro de Salud San Blas, Hospital General Universitario de Alicante, Alicante, España*

<sup>b</sup> *Dermatología y Venereología, Hospital General Universitario de Alicante, Alicante, España*

\* Autor para correspondencia.  
Correo electrónico: [jmmporrino@gmail.com](mailto:jmmporrino@gmail.com)  
(J.M. Marín Porriño).

<http://dx.doi.org/10.1016/j.aprim.2016.01.011>