



Medicina de Familia **SEMERGEN**

www.elsevier.es/semergen



SEMINARIOS

Control del embarazo. Abordaje del parto imprevisto en atención primaria

Mercedes Abizanda González^a y Elena Martínez Prats^b

^aMédico de Familia y Ginecóloga, PAMEN, Barcelona, España. Coordinadora del Grupo de Trabajo Atención a la Mujer de SEMERGEN

^bMédico de Familia, Centro de Atención Primaria de la Barceloneta, Barcelona, España. Responsable del Grupo de Trabajo de Adolescencia de SEMERGEN

Los últimos datos sobre natalidad del INE destacan que en el año 2008 se producen 518.967 nacimientos, 26.440 más que el año anterior. La tasa bruta de natalidad (que refleja el número de nacimientos por cada 1.000 habitantes) se sitúa en 11,4, alcanzando el valor más alto desde el año 1986¹.

El seguimiento del embarazo de bajo riesgo (EBR) en atención primaria es una más de las actividades contempladas en el Programa de la especialidad de medicina de familia². A pesar de ello, la proporción de gestantes controladas en este nivel es menor de la deseada.

La captación precoz, la atención integral, la continuidad asistencial, la mayor accesibilidad horaria y geográfica, la posibilidad de intercambio bidireccional de información, la intervención eficaz sobre factores de riesgo sociales y la valoración de recursos familiares y extrafamiliares, son características básicas propias de la atención primaria de salud que le confieren valor añadido al seguimiento del embarazo desde AP.

El seguimiento de EBR desde atención primaria supone beneficios tanto para la embarazada (mejor accesibilidad horaria y geográfica, mayor contacto con actividades complementarias del centro de salud, mejor integración del proceso dentro de la historia clínica) como para el servicio de salud (disminución del coste económico, optimización de recursos y elevada rentabilidad de las medidas preventivas durante el embarazo).

En consecuencia, los programas dirigidos a este grupo de población son considerados como prioritarios desde la mayoría de instituciones gestoras de salud y, de hecho, en algunas comunidades autónomas (Andalucía, Cantabria, Murcia y Ceuta) el control del proceso desde atención primaria está ya ampliamente establecido³. Este hecho demuestra la

posibilidad de aumentar el número de EBR controlados por AP si se establece un modelo asistencial protocolizado.

Además del control propio del embarazo y aunque éste es una situación fisiológica de la mujer, surgen múltiples motivos de consulta que tienen como primer nivel asistencial al médico de atención primaria. Será, pues, importante que el equipo de atención primaria conozca cómo manejar ciertas patologías y tratamientos en la mujer embarazada.

El médico de atención primaria, con una formación básica en estos aspectos, puede ser capaz de realizar el seguimiento del embarazo, que es una de las actividades preventivas fundamentales en la salud de la mujer y del niño.

El control de la gestación en atención primaria debe comprender la atención integral al embarazo, mediante la vigilancia de la salud de la mujer embarazada, la aplicación de medidas preventivas, la educación para la maternidad/paternidad y la vigilancia de la salud de la puerpera y su rehabilitación psicofísica, aunque no debemos olvidar la atención preconcepcional que se debe brindar a la pareja con deseo genésico.

Asimismo, el médico de primaria ha de estar preparado para enfrentarse a la atención de un parto imprevisto, por lo que debe conocer la técnica básica de soporte a esta situación.

Bibliografía

1. Mujeres y hombres en España 2010. N° INE 387. NIPO web 605-10-011-5.
2. www.boe.es/boe/dias/2005/05/03/pdfs/A15182-15225.pdf
3. Arribas Mir L, Bailón Muñoz E, De la Iglesia López B. El médico de familia y el control del embarazo en las distintas comunidades autónomas. *Aten Primaria*. 2002;29:233-6.

Detección del daño renal desde atención primaria

Eduardo Hevia Rodríguez^a y Francisco Fernández Vega^b

^aMédico de Familia, Centro de Salud Vallobín-La Florida, Oviedo, España

^bNefrólogo, Hospital Universitario Central de Asturias, Oviedo, España

La enfermedad renal crónica (ERC) se define como la disminución de la función renal, expresada por un filtrado glomerular (FG) < 60 ml/min/1,73 m² o como la presencia de daño renal de forma persistente (proteinuria, alteraciones en el sedimento de orina o en las pruebas de imagen renal) durante al menos 3 meses. Está ya reconocida como un problema mundial de salud pública. Estudios recientes confirman que la ERC es muy frecuente, afectando aproximadamente al 10% de la población adulta, infradiagnosticada y de una importante morbilidad.

La prevalencia de ERC en la población hipertensa es elevada. De hecho, la HTA se reconoce como factor de riesgo de desarrollar ERC y, por otra parte, el grado de control de la TA en la población con ERC es habitualmente subóptimo.

La clasificación de la ERC más utilizada es la propuesta por la National Kidney Foundation (AJHD) e incluye cinco estadios (tabla 1). Esta clasificación del año 2002 tiene dos limitaciones, por lo que se han propuesto dos modificaciones (tabla 1) que permiten identificar mejor los pacientes en riesgo de progresión. La primera es subdividir el estado 3 en estadio 3a (FG 45-59 ml/min) y 3b (30-44 ml/min), ya que el riesgo de progresión y de complicaciones cardiovasculares es distinto en estos dos subestadios. La segunda es incluir la presencia o ausencia de proteinuria significativa (cociente proteínas/creatinina en muestra simple de orina > 1 mg/mg), ya que la proteinuria es el principal factor de progresión de la ERC.

Entre más de 40 ecuaciones de estimación del FG publicadas hasta la fecha, las más conocidas y validadas en distintos grupos de población son la ecuación de Cockcroft-Gault y la ecuación del estudio MDRD ("Modification of Diet in Renal Disease"). Recientemente se ha publicado la ecuación CKD-EPI, que en los estudios iniciales parece más precisa que el MDRD, especialmente para FG > 60 ml/min.

En el año 2006 la Sociedad Española de Química Clínica y la Sociedad Española de Nefrología publicaron un documento de consenso que proporciona recomendaciones para el cálculo del filtrado glomerular. Entre estas recomendaciones destacan:

- La estimación del filtrado glomerular es el mejor índice para evaluar la función renal.
- El filtrado glomerular debe ser estimado a partir de ecuaciones que tengan en cuenta la concentración sérica de creatinina. Se recomienda la utilización de la ecuación MDRD-4.
- En los informes del laboratorio clínico la determinación de creatinina sérica debe acompañarse de una estimación del filtrado glomerular obtenido a partir de ecuaciones de estimación.
- Los valores de filtrado glomerular superiores a 60 ml/min/1,73 m² deben ser informados como > 60 ml/min/1,73 m².
- Los valores de filtrado glomerular estimado inferiores o iguales a 60 ml/min/1,73 m² deben expresarse con el valor numérico calculado a partir de la ecuación de estimación. La proteinuria es un signo cardinal de enfermedad renal. Es, además un factor pronóstico independiente tanto de progresión de la eRC como de enfermedad cardiovascular. Es por ello que la monitorización de la proteinuria es un elemento básico en la evaluación rutinaria de los pacientes en riesgo de ERC, lo que incluye a todo paciente hipertenso. Finalmente, los objetivos del seminario serán:
- Interpretar de forma adecuada las pruebas de diagnóstico de enfermedad renal crónica (ERC).
- Reconocer la población susceptible de riesgo de ERC. Importancia del cribado en la población hipertensa.
- Conocer los temas actualmente en controversia sobre el diagnóstico y evaluación del paciente con ERC.

Tabla 1 Clasificación de la enfermedad renal crónica (ERC)

Estadio	FG (ml/min/1,73 m ²)	Descripción
1	≥ 90	Daño renal con FG normal
2	60-89	Daño renal, ligero descenso del FG
3a	45-59	Descenso moderado del FG
3b	30-44	Descenso moderado del FG
4	15-29	Descenso grave del FG
5	< 15 o diálisis	Prediálisis/diálisis

El TDAH (trastorno por déficit de atención con/sin hiperactividad) del niño al adulto, del pediatra al médico de atención primaria

Marcelino García-Noriega Fernández^a y Josep Antoni Ramos Quiroga^b

^a*Pediatra en Atención Primaria, Centro de Salud de Sotrondio-Blimea, Consulta de Neuropediatría, Hospital Valle del Nalón, Asturias, España*

^b*Psiquiatra, Hospital Vall d'Hebron, Barcelona, España*

El trastorno por déficit de atención/hiperactividad (TDAH) es una afección neurobiológica que se caracteriza por un nivel inapropiado de atención (concentración, distraibilidad), hiperactividad e impulsividad que es incoherente con el nivel de desarrollo del individuo y que se produce en varios entornos de la vida, como en la escuela, en el trabajo, en casa y en contextos sociales.

Se estima que lo padece entre un 3 y un 7% de la población infanto-juvenil a nivel mundial, y los últimos estudios en España han demostrado una prevalencia del 4,6% en los niños de edad escolar. El 80% de los niños que presentan el trastorno continuarán padeciéndolo en la adolescencia, y entre el 30-65% lo presentarán también en la edad adulta; por lo tanto, la prevalencia en el adulto estará en torno a un 4%.

Muchos de los adultos con TDAH han compensado sus deficiencias y han aprendido a controlar las consecuencias negativas, que no constituyen un impedimento importante en el desarrollo de buena parte de su actividad. Sin embargo,

otros no han desarrollado adecuadamente algunas de las facetas básicas de la persona, sufriendo trastornos de la personalidad, alteraciones emocionales graves, problemas afectivos o laborales, mayores tasas de accidentes de tráfico, dificultades en las relaciones sociales, etc.

Nos encontramos ante un trastorno con un diagnóstico claramente establecido y unas importantes consecuencias si se deja evolucionar libremente. Aun hoy el diagnóstico se realiza muy tardíamente, con años de retraso, cuando ya surgen las complicaciones.

El presente curso-taller presentará una visión global del problema con la participación del pediatra, que presentará la niñez y principios de adolescencia, y del psiquiatra, que proseguirá una continuidad hasta la adultez. Todo ello para despejar mitos y prejuicios sociales, ofreciendo herramientas para un diagnóstico y mostrar evidencias de su origen biológico y sobre los tratamientos eficaces que podrían reducir las graves consecuencias de futuro para los pacientes y su entorno, así como evitar importantes costes sociales.

Manejo de las infecciones de transmisión sexual más frecuentes en atención primaria

M.^a Luisa Junquera Llana^a y José Antonio Varela Uria^b

^a*Jefa de Sección de la Unidad ETS, Servicio de Dermatología, Hospital Monte Naranco, Oviedo, España*

^b*Médico, Casa del Mar, Servicio de Dermatología, Hospital de Cabueñes-Naranco, Oviedo, España*

Las ITS son todas las infecciones que se transmiten en la relación sexual no protegida (vaginal, anal, oral) y de madre a hijo durante el embarazo y la lactancia.

De las ITS, incluido el VIH, pueden derivarse infecciones crónicas, síntomas agudos y efectos graves diferidos, entre ellos infertilidad, embarazo ectópico, cáncer cervicouterino y muerte prematura de niños y adultos. La presencia de otras ITS en un individuo aumenta el riesgo de adquirir o transmitir el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH).

Se calcula que todos los años se producen más de 340 millones de casos nuevos de infecciones de transmisión sexual curables, como la sífilis, la gonorrea, la clamidiasis y la tricomoniasis. También se producen todos los años millo-

nes de ITS de origen vírico. Entre ellas figuran la infección por el VIH, las infecciones por el herpes simple genital, el papilomavirus genital humano y el virus de la hepatitis B. A escala mundial, las ITS suponen una inmensa carga sanitaria y económica, especialmente para los países en desarrollo.

La clínica de las ITS es bastante limitada y demostrativa, con una escasa serie de signos y síntomas: úlcera, secreción y tumor (chancros o úlceras genitales, uretritis, cervicitis y condilomas). Un mismo signo puede estar causado por varios agentes etiológicos. Además las infecciones asintomáticas o con escasa sintomatología son frecuentes, en especial en la mujer.

Las infecciones de transmisión sexual pueden diagnosticarse según su etiología o según el síndrome que producen.

La elección dependerá de la disponibilidad de pruebas de laboratorio que haya en el medio asistencial.

En base a ello se utilizó el conjunto de signos y síntomas para determinar el manejo medicamentoso sin hacer un diagnóstico etiológico definitivo, a lo que se conoce como manejo sindrómico de las ITS.

El acceso a las pruebas rápidas de diagnóstico de VIH y sífilis mejoraría las áreas que no disponen de laboratorio.

Como idea general, el objetivo sería que no existan las ITS (reducir la tasa de infección); si existen que sean pocas, las menos posibles (reducir la eficacia de la transmisión); que quien sufre una ITS pueda ser atendido pronto; impedir la transmisión de las ITS (disminuir la duración de la enfermedad).

En el seminario se presentarán casos prácticos para analizar el diagnóstico sindrómico y etiológico, y resumen teórico de las ITS.

Bibliografía

1. Proyecto de Estrategia Mundial de Prevención y Control de las ITS 2006-2015. WHO/RHR/05.16.
2. Bases sobre el conocimiento del VIH/ETS. Curso abierto y a distancia sobre Sida y ETS CONASIDA. Consejo Nacional para la Prevención Calz. México-Xochimilco 4900 y Control del SIDA Col. San Lorenzo Huipulco, 1999.
3. Curso de ITS Fundacion Alfredo da Matta. Manaus. Brasil. Test rápido para la sífilis.
4. Módulos de capacitación para el manejo sindrómico de las ITS. OMS, 2008.
5. Enfoques de salud pública para el control de las ETS. Actualización técnica del ONUSIDA, 1998.
6. Pautas para la vigilancia de las infecciones de transmisión sexual. UNAIDS/00.03S.WHO/CHS/HSI/99.2.
7. Nuevos retos de las infecciones sexualmente transmisibles: retomando el papel de los centros de infecciones/enfermedades de transmisión sexual. Vall M, por el Grupo de Estudio de los Centros de Infecciones de Transmisión Sexual (GECITS).