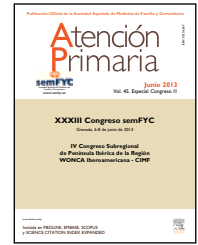


Atención Primaria

www.elsevier.es/ap



ITINERARIO 1. POTENCIANDO LA CAPACIDAD DE RESOLUCIÓN DEL MÉDICO DE FAMILIA

Mesa: Salud reproductiva: nuevas tareas clínicas en atención a la mujer

Moderadora:

Tania Cedeño Benavides

Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria, UGC La Chana, Granada, España. Miembro del GdT Salud Reproductiva de la SAMFyC

Ponentes y contenido:

Anne Webb

Especialista en Medicina Sexual y Reproductiva, National Health Service (NHS), Abacus Clinics for Sexual and Reproductive Health, Liverpool, UK

María Jesús Ordóñez Ruiz

Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria, Directora de la UGC Loja, Distrito Sanitario Metropolitano de Granada, Granada, España

Lorenzo Arribas Mir

Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria, UGC La Chana, Granada. Doctor en Medicina y Cirugía, Tutor en la UD de MFyC de Granada, Granada. Profesor Asociado en la Facultad de Medicina de la Universidad de Granada, Granada, España. Miembro del GdT Atención a la Mujer de la semFYC y del PAPPS

Resumen

Podemos definir la atención a la mujer como un conjunto de actividades que encontramos en la cartera de servicios del médico de familia, y que incluye la atención de la salud sexual y reproductiva de la mujer.

La variabilidad de los modelos de organización de la atención primaria en un mismo país, provincia e incluso dentro de un mismo distrito sanitario, en general tiende a minimizar la capacidad de resolución del médico de familia en esta área.

Como médicos de familia y especialistas en personas debemos implicarnos más en la atención a las mujeres. El manejo de los anti-conceptivos reversibles de larga duración, el estudio básico de esterilidad y el seguimiento del embarazo con un análisis del papel de la ecografía por parte del médico de familia, son tareas de fácil manejo y pueden realizarlas los médicos de familia.

Esta Mesa se ha planteado como una oportunidad para dar a conocer cómo potenciar la capacidad de resolución del médico de familia en 3 áreas concretas de la salud reproductiva:

- Anticoncepción reversible de larga duración (ARLD): elección del método más adecuado para cada mujer según sus necesidades, manejo de los ARLD, manejo de posibles efectos secundarios.
- Esterilidad: estudio básico, pruebas complementarias que se deben solicitar, historia clínica de la pareja, criterios de derivación.
- Embarazo: seguimiento del embarazo de bajo riesgo, ecografía en el embarazo por el médico de familia, indicaciones de derivación a segundo nivel.

La medicina de familia gana mucho con una mayor implicación en este campo.

Manejo de la anticoncepción reversible de larga duración (ARLD) por el médico de familia

Anne Webb

Especialista en Medicina Sexual y Reproductiva, National Health Service (NHS), Abacus Clinics for Sexual and Reproductive Health, Liverpool, UK

¿Qué es la anticoncepción reversible de larga duración?

Son métodos anticonceptivos reversibles de larga duración (ARLD), hay 4: *a)* el inyectable (acetato de medroxiprogesterona [AMPD], Depo-pro-gevera 150[®]) de administración trimestral; *b)* el implante subdérmico (etonorgestrel, Implanon NXT[®], o levonorgestrel Jadelle[®] [ya no se comercializa en España]); *c)* dispositivo intrauterino (DIU) de cobre, y *d)* DIU-LNG (levonorgestrel, MIRENA[®]). Salvo el DIU de cobre, el resto de métodos son métodos anticonceptivos hormonales, que solo usan gestágenos, no son métodos combinados con estrógenos.

Ventajas

Sus principales ventajas son la larga duración y su alta tasa de eficacia, ya que no dependen de la voluntad de la mujer, no hay olvidos. Es usar y olvidar. Además de inhibir la ovulación, tienen un efecto importante de espesamiento del moco cervical.

Duración. AMPD (3 meses); implante etonorgestrel (3 años); implante levonorgestrel (5 años); DIU cobre (5-12 años), y DIU-LNG (5 años).

Eficacia. La tasa de fallos de los otros métodos según las investigaciones realizadas es mayor. El preservativo al año en uso perfecto tiene un 2% de fallos y en uso habitual un 18%; la píldora combinada en uso perfecto un 0,3% y en uso habitual un 9%; el AMPD en uso perfecto un 0,2% y en uso habitual un 6%; el implante subdérmico en uso perfecto y uso habitual un 0,05%; el DIU de cobre en uso perfecto un 0,6% y en uso habitual un 0,8%; el DIU-LNG en uso perfecto y uso habitual un 0,2% de tasa de fallos en el primer año de uso¹. Aunque tienen costes iniciales son rentables, incluso si solo se usan durante 1 año².

Reversibilidad

Los implantes subcutáneos como los DIU son métodos reversibles desde el momento de su retirada. El uso inyectable de AMPD puede tardar unos meses, pero al eliminarse completamente del cuerpo recupera la fertilidad a largo plazo.

Cambios en el patrón de sangrado

El efecto de estos métodos sobre el patrón de sangrado es diferente, lo que permite a la mujer elegir en función del

tipo de sangrado que ella tolere mejor y se adapte a sus circunstancias. La AMPD reduce el sangrado significativamente; por lo general conduce a la amenorrea o a sangrado ocasional tras 1 o 2 inyecciones.

Con el implante subcutáneo, el efecto sobre el sangrado es variable, pero aproximadamente un tercio de las mujeres no tiene prácticamente ningún sangrado, otro tercio un sangrado irregular, y el tercio restante tiene un sangrado prolongado o persistente. Las mujeres que lo usan pueden presentar cualquiera de los patrones de sangrado, sin que se pueda predecir con exactitud. Si el sangrado es continuo o intermitente, y molesta a la mujer. Se puede manejar con anticonceptivos hormonales orales (ACHO) como tratamiento, siempre que no esté contraindicado. El manejo es fácil por parte del médico de familia.

Con el DIU de cobre, el sangrado será igual que el que presentaba previamente la mujer, aunque al inicio del uso puede tener sangrados algo más abundantes. El DIU-LNG reduce significativamente el sangrado, aunque puede tener un manchado mínimo hasta 3 meses después de la inserción. La amenorrea es común. Es una excelente opción en el tratamiento de la menorragia idiopática³.

De ahí que la información y el asesoramiento previos sobre este problema son clave para una buena elección y aceptación por parte de las mujeres.

Desventajas

Se necesita aprendizaje y entrenamiento previo por el médico de familia para la inserción y manejo de implantes y DIU. Y si se opta por la AMPD hay que acudir cada 3 meses para inyección.

¿Qué métodos puede ofertar el médico de familia?

Cuantas más posibilidades de métodos anticonceptivos se ofrezcan a las mujeres según sus necesidades de planificación familiar, mayores serán las posibilidades del mantenimiento del método elegido, y lo detendrá cuando tenga planeado el embarazo.

El médico de familia debe elegir el método en función de los criterios de elegibilidad, según las necesidades y características de la mujer. Se puede consultar información a través de los criterios de elegibilidad médica para el uso de anticonceptivos de la Organización Mundial de la Salud (2009)⁴ en el Libro de la Conferencia de Consenso de la Sociedad Española de Contracepción (2011)⁵. Con el uso de guías basadas en la evidencia se reduce el riesgo de caer en los mitos y tradiciones que tanto limitan las opciones de métodos anticonceptivos a las mujeres (guía clínica en www.fsrh.org).

¿Hasta dónde pueden llegar los médicos de familia en la anticoncepción?

Todos los médicos de familia deben saber cómo manejar problemas de sangrado con cualquier método anticonceptivo y considerar todas las causas posibles, incluyendo infecciones de transmisión sexual. Deben ser capaces de retirar DIU e

implantes, especialmente cuando hay deseo gestacional o la mujer no quiere seguir con ese método. Cualquier médico de familia que lo desee puede ser entrenado para colocar implantes o DIU, siempre y cuando tenga una formación estructurada que abarque la teoría y cuestiones prácticas.

¿Cuál es la formación que en realidad necesitan los médicos de familia?

En Reino Unido, muchos médicos y enfermeras han recibido formación para el manejo de implantes, deben tener un documento que avale la competencia del manejo de este método. La formación teórica es a través de plataforma e-learning⁵. Se hacen prácticas de inserción y retirada en un modelo de brazo. Después se observa la retirada e inserción en pacientes, y se realizan hasta dos inserciones y retiradas satisfactorias. Con Implanon NXT[®] se reduce (aunque no se elimina) la posibilidad de una inserción profunda. Cuanto mejor esté insertado, más fácil será la extracción. Para la inserción de DIU se necesita el informe de competencias en DIU. En la formación en Reino Unido⁶, la teoría es por plataforma e-learning y la práctica en grupo, con inserción de 1 o 2 DIU para asegurar los procedimientos prácticos suficientes. Dicha formación variará dependiendo de la experiencia anterior. Hay que saber realizar un buen examen pélvico para evaluar la posición y el tamaño del útero, y para identificar cualquier anomalía. Se deben insertar por lo menos 10 dispositivos de más de un tipo satisfactoriamente, bajo supervisión de un monitor. Se debe saber hacer una exploración transvaginal para solventar los posibles problemas. La inserción es más fácil en las mujeres multíparas, aunque la paridad no es un requisito para la inserción de DIU. Es necesario mantener las habilidades prácticas con un mínimo de 12 inserciones al año. Se necesita supervisión hasta que el médico se sienta seguro, conociendo los límites de sus competencias y el manejo en caso de algún problema con la inserción, retirada o en el seguimiento. Ambas calificaciones en Reino Unido deben renovarse cada 5 años, por lo que requieren una demostración de la práctica clínica y de la actualización de conocimientos.

Conclusión

El buen conocimiento de las tasas de fallos reales y los criterios de elegibilidad basados en la evidencia de los métodos anticonceptivos le da, a cada médico de familia, la posibilidad de ofrecer a las mujeres una amplia gama de anticonceptivos, que ayudará a elegir el método que mejor se adapte a cada una de ellas en función de los planes de embarazo, patrones de sangrado y uso de hormonas. Una formación estructurada puede permitir, a cualquier médico de familia interesado, proporcionar información y manejo de todos los métodos reversibles de larga duración, de forma segura y fiable,

Bibliografía

1. Trussell J. Contraceptive Efficacy in Contraceptive Technology. En: Hatcher RA, Trussell J, Nelson AL, Cates W Jr, Stewart FH, Kowal D, editors. 20th ed. New York: Ardent Media; 2011.
2. National Institute for Health and Clinical Excellence (NICE). Long-acting reversible contraception. 2005. London [consultado 7-4-2013]. Disponible en: <http://www.nice.org.uk/nicemedia/live/10974/29909/29909.pdf>
3. Hurskainen R, Teperi J, Rissanen P, Aalto AM, Grenman S, Kivelä A, et al. Quality of life and cost-effectiveness of levonorgestrel-releasing intrauterine system versus hysterectomy for treatment of menorrhagia: a randomized trial. *Lancet*. 2001;357:273-7.
4. OMS. Criterios médicos de elegibilidad para el uso de anticonceptivos. 2009. [consultado 7-4-2013]. Disponible en: http://www.who.int/reproductivehealth/publications/family_planning/9789241563888/es/index.html
5. Actualización en el manejo clínico de la contracepción hormonal, intrauterina y de urgencia, Libro de conferencia de consenso de la Sociedad Española de Contracepción. 2011. Disponible en: http://www.sec.es/area_cientifica/conferencias_consenso/Libro/index.html
6. Training requirements for doctors wishing to obtain the letter of competence in subdermal contraceptive implant techniques. Disponible en: <http://www.fsrh.org/pdfs/FormX.pdf>
7. Training requirements for doctors wishing to obtain the letter of competence in intrauterine techniques. Disponible en: <http://www.fsrh.org/pdfs/FormT.pdf>

Manejo del embarazo de bajo riesgo por el médico de familia

María Jesús Ordóñez Ruiz

Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria, Directora de la UGC Loja, Distrito Sanitario Metropolitano de Granada, Granada, España

¿Por qué seguir un embarazo cómo médicos de familia?

Para la Organización Mundial de la Salud (OMS), el control del embarazo es una prioridad dentro del marco de la atención a la mujer y a la infancia¹.

Sabemos que hay sólidas evidencias acerca de los resultados obstétricos obtenidos en el control del embarazo de bajo riesgo (CEBR) por el médico de familia (MF).

El CEBR por el MF es un objetivo *prioritario*, recogido en el Programa Formativo de la Especialidad de Medicina Familiar y Comunitaria².

Son ideales los protocolos de atención compartida MF/obstetra; pero, hay que huir de protocolos con elevado número de proveedores³.

Para nosotros es inconcebible no acompañar y atender a nuestras pacientes en esta etapa tan importante de sus vidas.

Visita preconcepcional

El seguimiento al embarazo comienza cuando la mujer expresa en la consulta el deseo gestacional, es el momento de

identificar riesgos de exposición laboral o ambiental, promocionar estilos de vida saludables, implicando a la pareja. Si hay antecedentes familiares o personales de enfermedades hereditarias se debe proporcionar consejo genético y realizar estudio específico (cariotipo, genética molecular). Informar a las mujeres sobre la necesidad de controlar su enfermedad crónica: diabetes, hipertensión arterial, epilepsia, conectivopatías, etc.

Control de la transmisión vertical de infecciones. Solicitud de serología de lúes (evidencia B), toxoplasma (evidencia B), rubéola y virus de la inmunodeficiencia humana (VIH).

Prevención de defectos del tubo neural (DTN). Mujeres con AP de bebé con DTN: 4 mg al día 3 meses antes de la concepción y los primeros 3 meses del embarazo. Mujer sin AP de DTN: 0,4 mg en los mismos momentos que el anterior. Se recomienda administrarlo como monofármaco, ya que la asociación con hierro dificulta su absorción^{4,5}.

Yodoprofilaxis

Actualmente se trata de un tema controvertido, aunque aún sigue en vigor la recomendación de dar 200 µg de yodo a las gestantes españolas durante el embarazo y la lactancia, aunque las evidencias no son claras y se sigue revisando^{6,7}.

En embarazadas hipotiroideas en tratamiento con levotiroxina hay que aumentar la dosis un 30-50% en cuanto se diagnostica la gestación; posteriormente habrá que controlar los valores de TSH (tirotrófina). Administrar también yoduro potásico. No está indicado el cribado preconcepcional de la función tiroidea^{8,9}.

El embarazo

La primera visita debe realizarse antes de la semana 12 de gestación. Los últimos ensayos clínicos coinciden en realizar menos visitas, los resultados son similares con 4-9 visitas frente a 9-15 (evidencia B).

Recoger la aceptación del embarazo, antecedentes familiares, personales y ginecoobstétricos, así como posibles molestias y hábitos. Peso, talla. La obesidad está relacionada con peores resultados obstétricos¹⁰.

Se debe realizar la toma de presión arterial en todas las visitas¹¹. Los estados hipertensivos inducidos por el embarazo (EHE) son una de las 4 primeras causas de mortalidad materna y de morbilidad perinatal (evidencia A). Determinar uricemia al inicio es una referencia útil, su incremento en el curso de EHE es un marcador precoz de eclampsia.

Se solicitará grupo sanguíneo, Rh y test de Coombs indirecto. Hoy en día es raro ver la enfermedad hemolítica (EH) del recién nacido; sí vemos la EH fetal, causa de abortos espontáneos antes de la semana 28. Los Ac antierytrocitarios detectan isoimmunización general, ya que, además de incompatibilidad Rh, también hay incompatibilidad ABO (puede afectar al primer hijo). La EH ABO es más benigna que la Rh, la más frecuente es la A. Por lo tanto, siempre hay que determinar Ac irregulares en la primera visita. En Rh+ no es necesario repetirlo en el tercer trimestre.

Serologías. Lúes, toxoplasma, rubéola y VIH (si no se realizó en consulta preconcepcional). Cabe citar, en cuanto al

toxoplasma, que en las mujeres embarazadas puede causar infección congénita, por transmisión al feto vía transplacentaria, y provocar retraso mental y ceguera en el recién nacido. El riesgo de infección congénita está relacionado con la edad gestacional en el momento de la infección: la transmisión al feto es más frecuente a partir de la semana 16, pero menos grave cuando se produce en el primer trimestre.

La serología de toxoplasma se debe realizar al inicio de la gestación en todas las embarazadas. En las gestantes Ig G-se deben extremar las medidas preventivas higienicosanitarias. No hay evidencias para hacer un seguimiento buscando la seroconversión^{12,13}.

La prevalencia de diabetes gestacional (DG) en España es del 6-8%, para diagnosticarla es imprescindible el test de O'Sullivan, la glucemia basal no tiene ningún valor. El uso de este test de modo sistemático se está cuestionando actualmente, es posible que cambien las recomendaciones en breve a SOG 75 g (estudio HAPO)¹⁴. La recomendación vigente hoy, no obstante, es realizar el test a todas las mujeres en la semana 24 y a las que sean de riesgo (obesidad, DG en gestaciones previas, etc.), en el primer trimestre.

Informaremos sobre el diagnóstico prenatal con marcadores y ecografía del primer trimestre, si no se hizo en visita preconcepcional, que hay que realizar entre las semanas 9-10 y para todas las edades; se trata del mejor cribado¹⁵. Como diagnóstico, para las mujeres de alto riesgo, el obstetra realizará una amniocentesis o biopsia corial.

No hay pruebas concluyentes de que la realización sistemática de ecografías mejore los resultados obstétricos. Se recomienda la auscultación de latidos fetales mediante Doppler a partir de la semana 12 (evidencia D). No está recomendado el registro cardiotocográfico anteparto de modo sistemático (evidencia A). Se aconseja realizar las maniobras de Leopold a partir de la semana 31 (evidencia C).

El estudio de bacteriuria asintomática (BA) se realizará mediante urocultivo en la semana 16. El cultivo se realiza en las semanas 16 y 28; evidencia pendiente de revisión. La BA en cualquier gestante se debe tratar, basta con un solo cultivo, con cualquier germen, positivo a más de 100.000 UFC¹⁶.

Se recomienda cultivo vaginorrectal sistemáticamente a todas las gestantes entre las semanas 35 y 37. No hay que tratar a las portadoras hasta el momento del parto. Con esta técnica se ha demostrado prevención de meningitis, neumonías y conjuntivitis en recién nacido (evidencia A)¹⁷.

En el embarazo *no* se debe ofrecer suplementos de hierro sistemáticamente. Para el cribado de anemia basta una determinación de hemoglobina y hematocrito en la primera visita, y otra en las semanas 24-28 (evidencia A)^{18,19}.

La serología de hepatitis B (HBsAg) está indicada siempre: se puede hacer al inicio del embarazo en caso de factores de riesgo (trabajar con hemoderivados, conviviente-pareja portadora, usuario de drogas por vía parenteral, reclusas y personal de instituciones penitenciarias), con el fin de determinar el estado inmunitario y, en caso necesario, inmunizar a la gestante. Puede mejorar su rendimiento cuando se realiza entre las semanas 24 y 28.

Durante el embarazo se consideran vacunas seguras aquellas en las que el material utilizado son virus o bacterias muertas o inactivadas (gripe, VHB). Actualmente se recomienda la vacuna tétanos-difteria de adulto. En caso de riesgo de exposición se puede administrar meningocócica,

poliomielitis parenteral, rabia y hepatitis A. No se dispone de información acerca de la seguridad en el embarazo de las vacunas tifoidea parenteral y del cólera, en caso de necesidad se valorará riesgo/beneficio. Durante el embarazo está contraindicada la administración de las vacunas en las que el material usado son virus o bacterias vivos o atenuados (sarampión, rubéola y parotiditis).

Puerperio

También se trata de un período en el que, como médicos de familia, debemos acompañar a la mujer. Revisaremos las mamas y la cicatriz de la episiotomía.

Recordaremos que los antisépticos yodados están contraindicados en la madre y en el recién nacido durante el embarazo, el parto y la lactancia.

Cribado de fenilcetonuria en todos los recién nacidos a partir del quinto día y de hipotiroidismo tras el parto (evidencia A). Los recién nacidos de madres portadoras de anticuerpos frente a hepatitis B deben recibir, además de la vacuna, gammaglobulina específica en las primeras 12 h. Las mujeres Rh- madres de Rh+ deben recibir en posparto gamma anti-D.

Bibliografía

- Organización Mundial de la Salud. Comité de expertos en higiene materno-infantil en los Servicios de Salud. Serie Informes Técnicos n.º 600. Ginebra: WHO; 1976.
- Programa Formativo de la Especialidad de Medicina Familiar y Comunitaria. Comisión Nacional de la Especialidad de Medicina Familiar y Comunitaria. Ministerio de Sanidad y Consumo. Madrid: Ministerio de Educación y Ciencia; 2005.
- Patterns of routine antenatal care for low-risk pregnancy. Oxford: Cochrane Library. 2004;4. Update Software.
- China-U.S. Collaborative Project for Neural Tube Defect Prevention. Prevention of neural-tube defects with folic acid in China. *NEJM*. 1999;341:1485-90.
- Lumley J, Watson L, Watson M, Bower C. Suplementación periconcepcional con folato y/o multivitaminas para la prevención de los defectos del tubo neural. Oxford: Biblioteca Cochrane Plus. 2005;3. Update Software Ltd.
- De Santiago J, Escobar J, Del Rey F, Moreale de Escobar, G. Deficiencia de yodo en la embarazada. *Endocrinología*. 1999;46 Supl:1-7.
- Díaz-Cardona FJ, Delgado Álvarez G. Déficit de yodo en España. *Endocrinol Nutric*. 2004;51:2-13.
- Alexander E, Marqusee E, Lawrence J, Jarolim P, Fischer GA, Larsen PR. Timing and magnitude of increases in levothyroxine requirements during pregnancy in women with hypothyroidism. *N Engl J Med*. 2004;351:241-9.
- Dilemas clínicos ante el incremento de la ingesta de yodo en la población española y la recomendación de prescripción sistemática de IK en la mujer embarazada y lactante. Consenso del grupo de trabajo de TDY de la SEEN. 2004.
- Thurserton RC, Sowers MFR, Sternfeld B, Gold EB, Bromberger J, Chang Y, et al. Effects in body Gain reported in pregnant women. *Am J Epid*. 2009.
- Bergel E, Carollí F, Arthole F. Métodos convencionales para el control de la presión arterial durante el embarazo. *Cochrane Database of Systematic Reviews*.
- Ortega-Benito JM. Cribado prenatal de la toxoplasmosis congénita. *Med Clin (Barc)*. 2001;116:385-9.
- Peyron F, Wallon M, Liou C, Garner P. Tratamientos para la Toxoplasmosis durante el embarazo. Oxford: Biblioteca Cochrane Plus. 2005;3. Update Software Ltd.
- Metzgenr BE, Lowe LP, Trimble ER. Hiperglycemia and adverse pregnancy outcomes. HAPO study. Cooperative Research Group. *N Engl J Med*. 2008;358:1991-2002.
- Cuckle H. Time for total shift to first-trimester screening of Down syndrome. *Lancet*. 2001;358:1658-9.
- Duration of treatment for asymptomatic bacteriuria during pregnancy. Oxford: The Cochrane Library. 2004;3. Update Software.
- Prevención de la infección perinatal por el estreptococo del grupo B. Documento de Consenso: SEGO-SEN-SEIMC-SEQ-SEMFYC. 2003.
- WHO. Department of Reproductive Health and Research. Ginebra: WHO; 2003.
- National health service, antenatal care: Routine care for healthy pregnant women. National Collaborating Centre for Women's and Children's. 2nd ed. London; National Institute for Health and Clinical Excellence (NICE); 2008.

Manejo de la pareja estéril por el médico de familia

Lorenzo Arribas Mir

Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria, UGC La Chana, Granada. Doctor en Medicina y Cirugía, Tutor en la UD de MFyC de Granada, Granada. Profesor Asociado en la Facultad de Medicina de la Universidad de Granada, Granada, España. Miembro del GdT Atención a la Mujer de la semFYC y del PAPPs

Definición de esterilidad

La esterilidad se define como la incapacidad de la pareja para conseguir un embarazo tras 1 año de exposición regular al coito¹. Esterilidad primaria es cuando la pareja nunca ha logrado un embarazo y esterilidad secundaria cuando la pareja ya tiene embarazo previo pero ahora tiene dificultad para conseguir uno nuevo. Infertilidad se reserva para cuando hay imposibilidad de llevar el embarazo a término; en la pareja infértil, la mujer queda embarazada sin problemas, pero después aborta².

Epidemiología. La probabilidad de lograr un embarazo al mes, sin protección, es del 20-30%, a los 3 meses del 57%, a los 6 del 72%, al año del 85% y a los 2 años del 93%³. El inicio del estudio de esterilidad debería ser a partir del año de relaciones sexuales frecuentes y no protegidas.

Etiología. Es de causa desconocida en el 10-15% de las parejas; de causa femenina en el 40% de los casos; de causa masculina en el 35%, y de 2 o más causas en el 30% de los casos.

Anamnesis.

- En la mujer: tipo de ciclo menstrual y antecedentes obstructivos; antecedentes de endometriosis; enfermedad pélvica inflamatoria (EPI), infección de transmisión sexual (ITS) o cirugía ginecológica/abdominal; historia de dolor pélvico; preguntas dirigidas a la función hipofisaria, suprarrenal y tiroidea⁴⁻⁶. Revisar contenidos de consulta preconcepcional⁷.
- En el varón: intervenciones quirúrgicas de genitales, ITS, infecciones urogenitales; disfunción sexual.
- En ambos miembros de la pareja⁸: antecedentes generales, hábitos tóxicos, hábitos dietéticos, relaciones sexuales, impacto emocional. Valorar índice de masa corporal, bajar peso en mujeres obesas⁹.

Exploración física. Exploración general, peso, talla, presión arterial, sin olvidar examen pélvico en la mujer y exploración de los genitales en el varón.

Pruebas complementarias.

- En ambos miembros se deben realizar serologías de lúes, virus de la inmunodeficiencia humana, virus de la hepatitis B, virus de la hepatitis C previas al seminograma, imprescindibles para la manipulación del semen. Añadiendo toxoplasma y rubéola se completaría el estudio preconcepcional.
- Espermograma, siempre debe realizarse. Los criterios de normalidad son los de la OMS 2010^{9,10}.
- Pruebas hormonales, no deben realizarse de manera sistemática. Determinaciones de FSH, LH, testosterona, estradiol (entre el 2.º y 5.º días del ciclo), y una determinación de progesterona sérica (en la 2.ª mitad de la fase lútea), indicada si los ciclos son < 21 o > 35 días; prolactina si hay amenorrea, galactorrea o clínica sugerente.
- Otros test ante otras sospechas de endocrinopatías. Si se sospecha otro tipo de enfermedad sistémica habría que valorar las pruebas específicas.
- Histerosalpingografía, si las valoraciones previas se encuentran dentro de la normalidad debería plantearse su realización^{11,12}.
- Cariotipos y otros estudios genéticos: el estudio del cariotipo en la sangre periférica se considera altamente recomendable si hay azoospermia u oligospermia y consanguinidad¹³.

Criterios de derivación a la unidad de reproducción

- Mujer. Al menos 12 meses de esterilidad, < 35 años, sin otros factores de riesgo. Con 6 meses de esterilidad, con alguno de los factores de riesgo: edad > 35 años; embarazo ectópico previo; EPI previa; ITS previa; endometriosis grados I-II; cirugía abdominal o pélvica con alto riesgo de adherencias; dolor pélvico crónico no filiado; endocrinopatía tratada y controlada. Siempre con alguna de las siguientes: trastornos menstruales (estudiado y tratado); historia de esterilidad tratada sin

éxito mediante técnicas de reproducción asistida; endometriosis grados III-IV; historia de patología genética (estudio genético realizado); anomalías en la exploración genital.

- Varón. Al menos 6 meses de esterilidad con algunos de los factores de riesgo: ITS previa; historia de cirugía y/o patología urogenital relevante. Siempre que existan las siguientes circunstancias: vasectomía; cirugía y/o patología urogenital de alto riesgo; historia de disfunción sexual (estudio previo; historia de esterilidad tratada sin éxito mediante técnicas de reproducción asistida; historia de patología genética; resultados anormales seminograma; exploración física anormal.

Bibliografía

1. Jenkins J, Daya S, Kremer J, Balasch J, Barratt C, Cooke I, et al. European Classification of Infertility Taskforce (ECIT) response to Habbema et al. Towards less confusing terminology in reproductive medicine: a proposal. *Hum Reprod.* 2004;19:1497-501.
2. Matorras R, Hernández J, editores. Estudio y tratamiento de la pareja estéril: Recomendaciones de la Sociedad Española de Fertilidad, con la colaboración de la Asociación Española para el Estudio de la Biología de la Reproducción, de la Asociación Española de Andrología y de la Sociedad Española de Contracepción. Madrid: Adalia; 2007.
3. National Institute for Clinical Excellence. Fertility: assessment and treatment for people with fertility problems. *Clinical Guideline 11.* London; 2004. Disponible en: www.nice.org.uk
4. Barri PN, Caballero P, Carrera C, Coroleu B, López E, Nicolás M, et al. El estudio de la pareja estéril. Documento de Consenso SEGO; 1999.
5. Das S, Chin AJ. A study of pre-referral evaluation of infertile couples. *J Obstet Gynaecol.* 2003;23:70.
6. Emslie C, Grimshaw J, Templeton A. Do clinical guidelines improve general practice management and referral of infertile couple? *BMJ.* 1993;306:1728-31.
7. Bailon E, Arribas L, Landa J. Actividades preventivas en el embarazo. Programa de actividades preventivas y promoción de la salud (PAPPS) de la Sociedad Española de Medicina Familiar (SEMFYC). Disponible en: <http://www.papps.org/upload/file/05%20PAPPS%20ACTUALIZACION%202009.pdf>
8. Makar RS, Toth TL. The evaluation of infertility. *Am J Clin Pathol.* 2002;117 Suppl:595-103.
9. Wilkes S, Murdoch A. Obesity and female fertility: a primary care perspective. *J Fam Plann Reprod Health Care.* 2009;35:181-5.
10. Cooper T, Castilla JA. Workshop "WHO laboratory manual for the examination and processing of human semen-2010". IX International Congress of Andrology. Barcelona; 7-10 de marzo de 2009.
11. World Health Organization. WHO laboratory manual for the examination and processing of human semen. Geneva: WHO; 2010.
12. Wilkes S, Murdoch A, Rubin G, Chinn D, Wilsdon J. Investigation of infertility management in primary care with open access hysterosalpingography (HSG): a pilot study. *Hum Fertil (Camb)* 2006;9:47-51.
13. Wilkes S, Murdoch A, Steen N, Wilsdon J, Rubin G. Open Access Tubal assessment for the initial management of infertility in general practice (the OATS trial): a pragmatic cluster randomised controlled trial. *Br J Gen Pract.* 2009;59:329-35.
14. Alonso C, Cañadas MC, De la Fuente LA, García-Ochoa C, García JM, González V, et al. Recomendaciones para el estudio genético de la pareja con alteraciones en la reproducción. *Rev Int Androl.* 2009;07:172-9.

Actualización: Este paciente... ¿puede tener una conectivopatía? (diagnóstico precoz de las enfermedades difusas del tejido conectivo)

Ponente y contenido:

Vicente Giner Ruiz

Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria, CS Ciudad Jardín, Alicante, España. Especialista en Reumatología, Miembro del GdT Enfermedades Reumatológicas de la semFYC y de la SVMFiC

Resumen

Las enfermedades inflamatorias del tejido conjuntivo o del colágeno, “conectivopatías” o “colagenosis”, son un conjunto heterogéneo de procesos de etiología desconocida con una base etiopatogénica común: la alteración de la inmunidad, con producción de autoanticuerpos y cierta predisposición genética.

Se caracterizan por presentar manifestaciones articulares inflamatorias (artritis) en mayor o menor grado, afectación del estado general y manifestaciones viscerales en uno o varios órganos diana, como corazón, pulmón, riñón, piel, sistema nervioso o aparato digestivo.

Son enfermedades sistémicas, potencialmente graves, que deben ser estudiadas por otras especialidades (reumatología, medicina interna, neumología, etc.). La sospecha inicial, sin embargo, puede y debe hacerse en atención primaria, aunque no está exenta de dificultad; el hecho de realizarla lo más precozmente posible contribuye de forma sustancial a una mejor evolución y pronóstico.

Aquí se repasarán las características clínicas (síntomas, signos —con imágenes—) y las pruebas complementarias de este grupo de enfermedades, y se hará una propuesta para facilitar su sospecha en nuestra práctica diaria.

Este paciente... ¿puede tener una conectivopatía? (diagnóstico precoz de las enfermedades difusas del tejido conectivo)

Vicente Giner Ruiz

Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria, CS Ciudad Jardín, Alicante, España. Especialista en Reumatología, Miembro del GdT Enfermedades Reumatológicas de la semFYC y de la SVMFiC

Las enfermedades inflamatorias del tejido conjuntivo o del colágeno, “conectivopatías” o “colagenosis”, son un conjunto heterogéneo de procesos de etiología desconocida con una base etiopatogénica común: la alteración de la inmunidad, con producción de autoanticuerpos y cierta predisposición genética. Se caracterizan por presentar manifestaciones articulares inflamatorias (artritis) en mayor o menor grado, afectación del estado general y manifestaciones visceral en uno o varios órganos diana como corazón, pulmón, riñón, piel, sistema nervioso, aparato digestivo.

Son enfermedades sistémicas, potencialmente graves, que deben ser estudiadas por otras especialidades. La sospecha inicial puede y debe hacerse en atención primaria y

no está exenta de dificultad; realizarla lo más precozmente posible contribuye de forma sustancial a su mejor evolución y pronóstico. Aunque no existe un acuerdo unánime, el concepto de “conectivopatía” incluye: artritis reumatoide, lupus eritematoso sistémico, esclerodermia, dermatomiositis, polimiositis, enfermedad mixta del tejido conectivo, síndrome de Sjögren y las vasculitis sistémicas. Las conectivopatías pueden presentarse de forma aguda o insidiosa. Las formas de comienzo insidioso son las que plantean mayor dificultad diagnóstica y son de las que vamos a tratar aquí.

La sospecha de conectivopatía empieza con una cuidadosa anamnesis y se confirma con exploración sistemática del paciente.

Tabla 1. Síntomas de sospecha de conectivopatía de inicio insidioso

Malestar
Astenia, cansancio, anorexia
Artralgias y mialgias de carácter inflamatorio
Sequedad de ojos y boca
Disfagia de sólidos
Dificultad para levantarse de las sillas bajas o de la cama
Dificultad para peinarse o alcanzar una botella o libros de la estantería

Tabla 2. Signos de sospecha conectivopatía de inicio insidioso**Generales**

- Febrícula, fiebre
- Pérdida de peso

Piel

- Fotosensibilidad
- Alopecia
- Erupción eritematosa en mejillas (“alas de mariposa”)
- Erupción en párpados (“heliotropo”)
- Eritema en nudillos (“pápulas de Gottron”)
- Telangiectasias
- Úlceras bucales
- Eritema periungueal
- Esclerodactilia
- Edema y/o tumefacción de manos
- Fenómeno de Raynaud
- Púrpura palpable o no (vasculitis)

Los síntomas iniciales de sospecha (tabla 1) son inespecíficos, aparente y frecuentemente banales o asociados a patología menos grave como alteración del ánimo, hipotiroidismo, diabetes, etc. Deben alertarnos de la persistencia de varios de ellos en el tiempo —más de 1 o 2 meses— y el aspecto general de enfermedad, aunque no grave en esta fase de comienzo. La exploración, además de la general, debe centrarse en la búsqueda sistemática de signos poco frecuentes y sutiles que suelen acompañar a las diferentes conectivopatías (tabla 2).

Papel de la analítica

La sospecha de conectivopatía obliga a derivar al paciente de forma preferente. Si no demora en exceso la derivación se puede realizar un estudio analítico previo que ayudará al médico de primaria en su diagnóstico diferencial y al médico de referencia en la visita inicial (tabla 3). En la tabla 4 se referencian las anomalías analíticas inespecíficas que nos pueden orientar a sospechar una conectivopatía.

Tabla 3. Estudio básico, en atención primaria, ante la sospecha de conectivopatía

- Hemograma, glucosa, urea, creatinina, sodio y potasio
- VSG, proteína C reactiva
- GOT
- GPT
- CK, proteinograma
- TSH, AAN
- Orina elemental y sedimento

AAN: anticuerpos antinucleares; CK: creatin fosfocinasa; GOT: transaminasa glutámico oxalacético; GPT: transaminasa glutámico pirúvico; TSH: tirotrófina; VSG: velocidad de sedimentación globular.

Tabla 4. Anomalías analíticas que pueden orientar, ante la sospecha clínica, a la existencia de una conectivopatía

- Leucopenia con o sin linfopenia
- Trombopenia
- Anemia
- Hipergammaglobulinemia
- AAN positivos
- Proteinuria, cilindruria

AAN: anticuerpos antinucleares.

Conclusiones

La sospecha de las formas de inicio insidioso de las conectivopatías es responsabilidad del médico de atención primaria. Debe ser lo más precoz posible, y se basa en la anamnesis y exploración sistemáticas y rigurosas.

Ante la sospecha de una conectivopatía, el paciente se debe derivar, con carácter preferente o urgente, a reumatología.

Bibliografía recomendada

- Enfermedades del sistema autoinmune (V): conectivopatías. *Medicine*. 2009;10:2117-83.
- Manual SER de las enfermedades reumáticas. *Enfermedades del tejido conectivo*. Madrid: Editorial médica Panamericana; 2008.
- Reumatología en Atención Primaria. Madrid: Biblioteca Aula Médica; 2006.

Talleres de habilidades

T 1. Manejo de los síntomas de alarma y marcadores tumorales

Docentes:

Ángel Manuel Mateos Vázquez
Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria,
CS de Almadén, Almadén, Ciudad Real, España.
Miembro del GdT Atención Oncológica de la SAMFyC

Roberto Bernal Bernal
Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria,
CS de Puerto Real, Cádiz, España. Doctor en Medicina
y Cirugía, Tutor de Residentes de MFyC, Miembro
del GdT Atención Oncológica de la SAMFyC

Contenido

La trascendencia de los procesos oncológicos en la consulta diaria hace necesario que el médico de familia se mantenga

alerta sobre los síntomas y signos que pueden implicar un posible diagnóstico de cáncer.

El objetivo de este taller es conocer cuáles son esos signos, cómo actuar ante ellos, y aclarar el proceso de toma de decisiones frente a la posibilidad de estudiar o derivar el caso.

También se abordarán los conceptos clave en el uso clínico de los marcadores tumorales. Es necesario conocer su utilidad en cada momento del proceso y utilizarlos de forma responsable no solo para un uso correcto, sino también para poder aclarar e informar a los pacientes.

T 2. Ecografía vascular carotídea y abdominal en atención primaria

Docentes:

José Manuel Ramírez Torres
Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria, CS Puerta Blanca, Málaga, España

Juan Carlos Villalobos Martín
Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria, CS Puerta Blanca, Málaga, España

Antonio López Téllez
Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria, CS Puerta Blanca, Málaga, España

Contenido

Los objetivos generales de esta actividad son:

1. Difundir la utilidad de las técnicas ecográficas vasculares en atención primaria.
2. Resaltar el valor de la ecografía carotídea en la estratificación del riesgo vascular.
3. Destacar la importancia de la ecografía en el diagnóstico precoz de aneurismas de aorta abdominal.

T 3. Índice tobillo-brazo. Métodos de determinación (Doppler vascular, instrumentos oscilométricos)

Docentes:

José Manuel Ramírez Torres
Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria, CS Puerta Blanca, Málaga, España

Juan Carlos Villalobos Martín
Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria, CS Puerta Blanca, Málaga, España

Antonio López Téllez
Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria, CS Puerta Blanca, Málaga, España

Contenido

Los objetivos del taller son actualizar los aspectos diagnósticos de la enfermedad arterial periférica (EAP) en atención primaria, con especial referencia al índice tobillo-brazo (ITB), y promover el uso del Doppler portátil y los dispositivos oscilométricos como procedimiento de determinación del ITB.

Los objetivos específicos del taller son:

- Conocer los aspectos epidemiológicos y fisiopatológicos de la EAP.
- Saber identificar los signos y síntomas de la EAP.
- Comprender la importancia del ITB en el pronóstico cardiovascular del paciente.
- Conocer las aplicaciones de los ultrasonidos en el diagnóstico vascular.
- Valorar la utilización de los dispositivos oscilométricos como alternativa al Doppler en la determinación del ITB.
- Aplicar los conocimientos sobre el diagnóstico de la EAP a la resolución de casos clínicos frecuentes.
- Manejar tanto el Doppler vascular como los dispositivos oscilométricos en la determinación del ITB.

T 4. Prevención de recaídas en deshabituación tabáquica

Docentes:

Auxiliadora Mesas Rodríguez
Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria, Técnica de Promoción de la Salud, Distrito Sanitario Costa del Sol, Mijas Costa, Málaga. Docente y Coordinadora del Programa Formativo en Prevención y Tratamiento del Tabaquismo, Distrito Sanitario Costa del Sol, Mijas Costa, Málaga, España. Miembro de la Red de Formadores del Plan Integral de Tabaquismo de Andalucía

M. Carmen Luque López
Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria, UGC Las Albarizas, Marbella, Málaga. Coordinadora de residentes de MFyC y responsable de la Unidad de Atención al Tabaquismo, UGC Las Albarizas, Marbella, Málaga, España. Miembro de la Red de Formadores del Plan Integral de Tabaquismo de Andalucía

Contenido

El objetivo general es adquirir los conocimientos y las habilidades necesarias para:

- Diferenciar el consumo regular del dependiente, adaptando la intervención según cada caso.
- Diagnosticar y establecer el pronóstico de la persona fumadora.

- Identificar las causas más frecuentes de recaída.
- Incorporar las técnicas de prevención de recaídas como parte de la intervención avanzada individual o grupal en atención primaria.

T 5. Incidentes críticos en el medio rural

Docentes:

Juan Jesús García Fernández
Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria,
Responsable Docente del CS de Siero-Sariego, Área
Sanitaria IV, Oviedo. Tutor de Residentes de MFyC,
Consultorio Periférico de Carbayín Bajo, Carbayín Bajo,
Oviedo, España

Antonio García López
Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria,
CS Cantillana, Distrito Sanitario de Sevilla Norte-Aljarafe,
Sevilla, España. Director de la UGC Cantillana, Tutor
de Residentes de MFyC

Contenido

El objetivo del taller es mejorar la competencia del médico de familia y del residente de medicina familiar y comunitaria en el abordaje y manejo de los episodios inesperados que puedan surgir en el medio rural:

- Identificar los incidentes críticos.
- Comprender algunas de las dificultades del trabajo del médico en el medio rural que pueden dar lugar a un incidente crítico: aislamiento, falta de medios, expectativas de la población rural.
- Elaborar y desarrollar un marco teórico de un incidente crítico.
- Aprender a elaborar de forma constructiva un esquema sobre los incidentes críticos que pueden aparecer en nuestras consultas, de forma que nos sirvan para fortalecer nuestros valores personales, modificar actitudes, detectar los problemas de comunicación y las necesidades de formación.
- Contextualizar mediante la elaboración de un informe las experiencias laborales difíciles vividas de una forma traumática e inesperada.
- Considerar las peculiaridades del medio rural como una oportunidad para el desarrollo de una atención integral.

Encuentros con el experto

EE1. El paciente diabético en un entorno de crisis: ¿efecto boomerang?

Moderador:

Domingo Orozco Beltrán
Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria,
CS Cabo Huertas, Alicante. Cátedra Medicina de Familia,
Universidad Miguel Hernández, San Juan de Alicante,
España. Miembro del Grupo de Cardiovascular del PAPPS

Ponentes y contenido:

1. *Imagen cardiovascular del paciente diabético*
Almudena Castro
2. *Cómo y por qué alcanzar los objetivos de control lipídico y glucémico*
Carlos Guijarro y Francisco Merino

Patrocinado por: MSD

EE5. Estrategias para la promoción del diagnóstico precoz del VIH en el contexto de atención primaria en España

Moderador:

Juanjo Mascort Roca
Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria, Societat
Catalana de Medicina Familiar i Comunitària (CAMFiC),
Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria
(semFYC), Departament de Ciències clíniques, Facultat de
Medicina, Universitat de Barcelona (UB), Barcelona, España

Ponentes y contenido:

1. *Diagnóstico precoz del VIH con pruebas rápidas y mediación intercultural en los centros de salud de Madrid*
Carmen García Riobobos
Dirección General de Atención Primaria, Consejería de
Sanidad, Comunidad de Madrid, España

2. Criterios para la oferta de la prueba del VIH en entornos sanitarios: el uso de condiciones indicativas de infección por VIH

Jens Lundgren

Iniciativa HIV in Europe, Dinamarca

3. Oportunidades y barreras para la intensificación de la oferta de la prueba del VIH en la consulta del médico de familia

Cristina Aguado Taberné

Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria (semFYC), Coordinadora del GdT semFYC de VIH Sida

4. El uso de pruebas rápidas como estrategia para promover el diagnóstico precoz del VIH en el contexto de atención primaria

Cristina Agustí Benito

Centre d'Estudis Epidemiològics sobre les Infeccions de Transmissió Sexual i Sida de Catalunya (CEEISCAT)

Contenido

El diagnóstico precoz de infección por el VIH tiene claros beneficios para el individuo y para la comunidad ya que permite disminuir la morbilidad de las personas afectadas, así como modificar las conductas que favorecen su transmisión.

En España todavía hay mucho margen para mejorar el diagnóstico precoz de la infección por VIH o, dicho de otra forma, para disminuir el número de personas VIH positivas que no saben que están infectadas. En 2010, El 45,4% de los nuevos diagnósticos fueron tardíos, es decir, presentaban en el momento del diagnóstico una cifra de CD4 < 350 células/ml.

El actual entorno epidemiológico obliga a adoptar una nueva estrategia que incluya la normalización del cribado del VIH. Nos enfrentamos entonces a un reto operacional. Se nos plantean una serie de preguntas: ¿cuál es el entorno más adecuado para ofrecer la prueba del VIH? ¿Cuándo ofrecerla? ¿A quién? ¿Cómo?

Los centros de atención primaria (CAP), como primer punto de contacto de la población con el sistema sanitario, son clave para plantear intervenciones preventivas, puesto que la mayor parte de la población acude exclusivamente a este tipo de servicios. Estudios recientes han demostrado que los médicos de familia a menudo pierden oportunidades para testar.

El diagnóstico precoz de la infección por VIH y la derivación de los nuevos diagnosticados a recibir atención especializada debería ser una de las principales estrategias para mejorar el pronóstico de los pacientes VIH positivos así como disminuir la incidencia de la infección en la comunidad. El colectivo de MF debe jugar un papel relevante en la prevención y el cribado de la infección por VIH.

El objetivo de la presente Mesa será fomentar la discusión y el debate sobre la promoción de la detección precoz de la infección por el VIH en el contexto de atención primaria en España. Se presentarán los resultados del proyecto europeo HIDES 2 sobre el uso de condiciones indicativas para la oferta de la prueba del VIH, experiencias sobre la introducción de los tests rápidos para la detección del VIH en la consulta del médico de familia e intervenciones para incrementar la

captación de personas con mayor riesgo de adquisición de la infección en centros de atención primaria.

Organizada por: CEEISCAT

Patrocinada por: OraSure Technologies, Alere

Estrategias para la promoción del diagnóstico precoz del VIH en el contexto de atención primaria en España

Antecedentes

El diagnóstico precoz de infección por el VIH tiene claros beneficios para el individuo y para la comunidad ya que permite disminuir la morbilidad de las personas afectadas¹, así como modificar las conductas que favorecen su transmisión².

En España todavía hay mucho margen para mejorar el diagnóstico precoz de la infección por VIH o, dicho de otra forma, para disminuir el número de personas VIH positivas que no saben que están infectadas. En 2010, desde las 15 comunidades autónomas notificantes en el sistema de información sobre nuevos diagnósticos del VIH del Centro Nacional de Epidemiología, se recibió la notificación de 2.907 nuevos diagnósticos de infección por el VIH, 8,8 por 100.000 de habitantes³. El 45,4% de los nuevos diagnósticos fueron tardíos, es decir, presentaban en el momento del diagnóstico una cifra de CD4 < 350 células/ml³.

El actual entorno epidemiológico obliga a adoptar una nueva estrategia que incluya la normalización del cribado del VIH. Nos enfrentamos entonces a un reto operacional. Se nos plantean una serie de preguntas: ¿cuál es el entorno más adecuado para ofrecer la prueba del VIH? ¿Cuándo ofrecerla? ¿A quién? ¿Cómo? Las políticas de cribado del VIH son un tema controvertido. En los Estados Unidos los CDC recomiendan la realización del test por exclusión optativa (*opt-out*) a todos los pacientes de 13 a 64 años que acuden a centros sanitarios⁴. En la mayoría de países europeos, excepto Francia, los programas de cribado se focalizan en aquellos grupos de riesgo de infección, siguiendo las recomendaciones del European Centre for Disease Prevention and Control⁵.

Los centros de atención primaria (CAP), como primer punto de contacto de la población con el sistema sanitario, son clave para plantear intervenciones preventivas⁶, puesto que la mayor parte de la población acude exclusivamente a este tipo de servicios. Un reciente estudio realizado en el Reino Unido ha demostrado que los médicos de familia (MF) a menudo pierden oportunidades para testar⁷.

El diagnóstico precoz de la infección por VIH y la derivación de los nuevos diagnosticados a recibir atención especializada debería ser una de las principales estrategias para mejorar el pronóstico de los pacientes VIH positivos así como disminuir la incidencia de la infección en la comunidad. El colectivo de MF debe jugar un papel relevante en la prevención y el cribado de la infección por VIH.

Objetivo

Fomentar la discusión y el debate sobre la promoción de la detección precoz de la infección por el VIH en el contexto de atención primaria en España.

Bibliografía

1. Aldaz P, Castilla J, Moreno-Iribas C, Irisarri C, et al. Cambios en la mortalidad y en las causas de defunción en las personas con diagnóstico de infección por el VIH, 1985-2004. *Enferm Infecc Microbiol Clin*. 2007;25:5-10.
2. Marks G, Crepaz N, Senterfitt JW, Janssen RS. Meta-analysis of high-risk sexual behavior in persons aware and unaware they are infected with HIV in the United States: implications for HIV prevention programs. *J Acquir Immune Defic Syndr*. 2005;39:446-53.
3. Centro Nacional de Epidemiología. (2011). Vigilancia epidemiológica del sida en España. Nuevos diagnósticos de VIH en España.

Actualización a 30 de junio de 2011. Madrid: Instituto de Salud Carlos III, 2011 [citado 27 de julio de 2012]. Disponible en: http://www.msc.es/gl/novedades/docs/InformeVIH-sida_Junio2011.pdf

4. Branson BM, Handsfield HH, Lampe MA, Janssen RS, Taylor AW, Lyss SB et al. Centers for Disease Control and Prevention (CDC). *MMWR Recomm Rep*. 2006;55:1-17; quiz CE1-4.
5. European Centre for Disease Prevention and Control. HIV testing: increasing uptake and effectiveness in the European Union. Stockholm: ECDC; 2010.
6. García San Miguel L, Busto Martínez MJ, Bermúdez Moreno E. El problema del retraso en el diagnóstico de la infección por el VIH en España. ¿Podemos hacer un mejor abordaje de la epidemia desde atención primaria? *Aten Primaria*. 2009;41:215-7. Epub 2009 Mar 25.
7. Burns FM, Johnson AM, Nazroo J, et al. Missed opportunities for earlier HIV diagnosis within primary and secondary healthcare settings in the UK. *AIDS*. 2008;22:115-22.

Organizada por: CEEISCAT/semFYC/CAMFiC

Patrocinada por: OraSure Technologies, Gilead Sciences, In-vernness Medical

Sesiones prácticas

SP1. Sesión práctica de espirometrías e inhaladores

Moderador:

Jesús Molina Paris

Especialista en Medicina de Familia y Comunitaria. Coordinador del GdT de Enfermedades Respiratorias de la semFYC, Madrid, España

Ponentes y contenido:

1. **Taller de espirometrías para atención primaria**
Francisco Casas Maldonado
Especialista en neumología con formación específica en EPOC, asma y fisiopatología respiratoria. Coordinador de Consultas Externas, Unidad de Gestión Clínica de Neumología, Hospital Universitario San Cecilio, Granada, España. Presidente de Neumosur (Asociación de Neumología y Cirugía Torácica del Sur)
2. **Dispositivos de inhalación: de la teoría a la práctica**
Jesús Molina Paris
Especialista en Medicina de Familia y Comunitaria, Coordinador del GdT de Enfermedades Respiratorias de la semFYC, Madrid, España

Patrocinada por: MSD

Dispositivos de inhalación: de la teoría a la práctica

Jesús Molina Paris

Especialista en Medicina de Familia y Comunitaria. Coordinador del GdT de Enfermedades Respiratorias de la semFYC, Madrid

El tratamiento farmacológico por vía inhalatoria de las enfermedades broncopulmonares ha pasado a ser, en el momento actual, una forma de administración definitivamente establecida en el tratamiento de estas enfermedades, al permitir administrar fármacos que actúan directamente sobre el árbol bronquial y el pulmón. Y esto es así porque la inhalación tiene 3 grandes ventajas:

- Permite la acción directa del medicamento sobre el órgano diana.
- Consigue un mayor efecto terapéutico con menos dosis.
- Disminuye a su mínima expresión la aparición de posibles efectos adversos debidos a los fármacos utilizados.

Pero la vía inhalatoria también tiene importantes inconvenientes. Su eficacia está demostrada, pero esta forma de administrar sustancias ha de utilizarse correctamente, por lo que necesita un obligado adiestramiento, aspecto básico de la educación sanitaria del paciente. De no ser así, esa eficacia puede reducirse sustancialmente, o incluso llegar a ser nula. Sus ventajas son muy grandes, pero el desconocimiento de cómo debe usarse también lo es.

A pesar de los avances en terapia inhalada, existen evidencias de un beneficio subóptimo de esta, debido fundamentalmente a la incorrecta utilización de los inhaladores. Numerosos trabajos observan que, con adiestramiento, la técnica mejora sustancialmente. Este aspecto es importante en atención primaria, pues los médicos de familia y los profesionales de enfermería somos quienes damos con más frecuencia las instrucciones necesarias para su correcto uso. Y debe tenerse en cuenta, además, que este adiestramiento debe realizarse en los controles posteriores en los que se valore nuevamente a los pacientes, pues habitualmente se van introduciendo errores en la técnica que es necesario corregir.

SP5. Estrategias de insulización: una pauta para cada paciente (*sesión interactiva*)

Moderador:

Luis Ávila Lachica

Especialista en Medicina de Familia y Comunitaria, Médico Titular del Consultorio de Almachar, UGC Axarquía Oeste, Málaga, España. Coordinador del Grupo de Trabajo de Diabetes de la SAMFYC

Contenido

La actividad constará de un taller con preguntas de respuesta múltiple que, mediante un sistema electrónico, recogerá todas las respuestas de los asistentes que quieran votar de forma anónima. Se preparará, en primer lugar, una batería de 5 preguntas que se pasarán al inicio y al final del taller para verificar las modificaciones existentes entre ambas.

Posteriormente se plantearán casos clínicos en los que la insulización siempre sea una opción, aunque no siempre será la mejor opción entre las propuestas, y se procederá en primer lugar a votar las diferentes opciones, entrando posteriormente en un turno de discusión abierta en la que todo el mundo tenga la opción de opinar, favorecido desde la moderación de la sesión y controlado por el mismo sistema electrónico que solo concede la posibilidad de hablar a una sola persona.

Se intentará profundizar en la existencia de varias posibilidades de tratamiento para cada paciente y que en virtud de sus circunstancias especiales de cada momento, la elección del tratamiento puede ser diferente para conseguir el fin último, que es el control del paciente, no solo desde el punto de vista de la glucemia, sino como sujeto con unas circunstancias biopsicosociales diferentes a las de los demás, y como un conjunto de factores de riesgo cardiovascular que debemos controlar.

Patrocinada por: LILLY

SP6. Taller práctico de acné

Ponente:

María Rosa Senan Sanz

Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria, CAP El Clot, Barcelona, España. Miembro del Grupo de Cirugía Menor y Problemas de la Piel de semFYC y del Grupo de Dermatología de la CAMFiC

Contenido

Actividad teórico-práctica de 2 h de duración dirigida a médicos de familia, con el objetivo de mejorar los conocimientos y las habilidades en el manejo de los pacientes con acné en atención primaria. Dicha actividad se divide en 2 partes, de 1 h de duración cada una.

Primera hora: actualización en patología y enfoque terapéutico del acné:

Concepto. Importancia del problema. Epidemiología. Fisiopatología. Manifestaciones clínicas. Clasificación. Diagnóstico y diagnóstico diferencial. Pruebas complementarias. Abordaje terapéutico. Motivos de derivación a dermatología.

Segunda hora: casos prácticos con preguntas tipo test con las que se repasarán los conceptos que se han desarrollado en la primera hora de teoría.

Patrocinada por: GSK

SP7. Prevención de la fractura osteoporótica (*sesión interactiva*)

Moderador:

Fernando León Vázquez

Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria, CS Universitario San Juan de la Cruz, Pozuelo de Alarcón, Madrid. Licenciado en Derecho, Máster en Derecho Sanitario. Miembro del Grupo Lex Artis de la SoMaMFyC. Miembro del GdT Enfermedades Reumatológicas de la semFYC

Ponentes y contenido:

1. Epidemiología. Factores de riesgo

Fernando León Vázquez

Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria, CS Universitario San Juan de la Cruz, Pozuelo de Alarcón, Madrid, España. Licenciado en Derecho. Máster en Derecho Sanitario, Miembro del Grupo Lex Artis de la SoMaMFyC, Miembro del GdT Enfermedades Reumatológicas de la semFYC

2. Pruebas diagnósticas**Francisco Vargas Negrín**

Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria, CS Dr. Guigou, Tenerife, España. Fisioterapeuta, Especialista en Educación para la Salud, Tutor en la Unidad Docente Multiprofesional de Atención Familiar y Comunitaria de Tenerife Zona Sur, Tenerife, España. Coordinador del GdT del Aparato Locomotor de la SoCaMFyC y Miembro del GdT de Enfermedades Reumatológicas de la semFYC

3. Tratamiento no farmacológico**Álvaro Pérez Martín**

Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria, CS Centro, Santander, España. Miembro del GdT Enfermedades Reumatológicas de la semFYC

4. Tratamiento farmacológico**Vicente Giner Ruiz**

Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria, CS Ciudad Jardín, Alicante, España. Especialista en Reumatología, Miembro del GdT Enfermedades Reumatológicas de la semFYC y de la SVMFiC

Contenido

El objetivo principal de este taller interactivo es actualizar el conocimiento en osteoporosis (OP): epidemiología y factores de riesgo, diagnóstico, criterios y opciones terapéuticas, seguimiento.

Los objetivos específicos de la actividad son:

- Conocer los factores de riesgo de fractura.
- Ser capaz de indicar la realización de densitometría conforme a los criterios de utilidad.
- Ser capaz de utilizar las herramientas de cálculo del riesgo: el FRAX.
- Conocer las indicaciones para el tratamiento preventivo de fracturas.
- Seleccionar las diferentes opciones terapéuticas disponibles, conforme a sus ventajas e inconvenientes.
- Ser capaz de realizar un adecuado seguimiento de la OP.

Patrocinada por: MSD

SP9. Asma: del diagnóstico al control (sesión interactiva)

Moderador:**Jesús Molina Paris**

Especialista en Medicina de Familia y Comunitaria. Coordinador del GdT de Enfermedades Respiratorias de la semFYC, Madrid, España

Ponentes y contenido:**1. Controlando el asma en 2013****Antolín López Viña**

Especialista en neumología, Hospital Universitario Puerta de Hierro, Majadahonda, Madrid, España. Coordinador del GdT de Asma de la Sociedad Española de Neumología y Cirugía Torácica (SEPAR)

2. Importancia de la adherencia al inhalador en el control del asma**Eduardo Calvo Corbella**

Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria, Centro de Salud Universitario Pozuelo de Alarcón, Madrid, España. Miembro del GdT de Respiratorio semFYC. Profesor Asociado de la Universidad Autónoma de Madrid, Madrid, España

Patrocinada por: CHIESI

SP11. Utilidad de la ecografía en atención primaria: Ecografía de hombro y rodilla – Ecografía tiroidea

Ponentes y contenido:**1. Utilidad de la ecografía en atención primaria****Antonio Ruiz Serrano**

Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria, CS Ciudad Real II, Ciudad Real, España. Coordinador Grupo de Ecografía de Ciudad Real. Miembro del GdT de Ecografía de la semFYC

2. Ecografía del hombro y ecografía de rodilla**José Andrés Delgado Casado**

Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria, CS Ciudad Real II, Ciudad Real, España. Miembro del Grupo de Ecografía de Ciudad Real

3. Ecografía de tiroides**Carmen Hidalgo Fernández**

Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria, CS Ciudad Real II, Ciudad Real, España. Miembro del Grupo de Ecografía de Ciudad Real

Patrocinada por: BIOIBÉRICA