



Atención Primaria

www.elsevier.es/ap



ITINERARIO 4. AQUELLAS COSAS QUE CUANDO APARECEN EN LA CONSULTA SIEMPRE NOS PREGUNTAMOS: “¿Y AHORA QUÉ HAGO YO?”

Mesa: Planificación anticipada de decisiones al final de la vida

Moderador:

Manuel Lubián López

Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria, Director de la UGC Rodríguez Arias, San Fernando, Cádiz. Gerente del Distrito Sanitario Bahía de Cádiz-La Janda, Cádiz, España. Presidente de la Sociedad Andaluza de Bioética

Ponentes y contenido:

1. Planificación anticipada: más allá del testamento vital

Pablo Simón Lorda

Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria, Profesor del Área de Ciudadanía, Ética y Participación, Escuela Andaluza de Salud Pública. Director de la Estrategia de Bioética, Sistema Sanitario Público de Andalucía, Consejería de Salud y Bienestar Social, Junta de Andalucía

2. Guía de planificación anticipada para profesionales

M. Sagrario Esteban López

Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria, Asesora Técnica del Área de Bioética, Dirección General de Calidad, Investigación, Desarrollo e Innovación, Consejería de Salud y Bienestar Social, Junta de Andalucía

3. Visión de la planificación anticipada desde los ciudadanos

Jose M. Zafra Flores

Miembro lego del Comité de Ética Asistencial de Granada, Granada, España

Resumen

Los testamentos vitales consisten en declaraciones escritas acerca de la forma en que el sujeto desea que se maneje su proceso de muerte.

A pesar del adecuado desarrollo legislativo y del esfuerzo del Sistema Sanitario por favorecer la implantación de los documentos de voluntad vital anticipada, la realidad es que el porcentaje de ciudadanos que hacen uso de este derecho es bajo. Esto puede explicarse por diferentes factores culturales, personales, institucionales, profesionales, etc.

En los últimos años ha ido surgiendo un nuevo modelo acerca de la toma de decisiones, sobre todo en el final de la vida, al que se le ha dado el nombre de planificación anticipada en la toma de decisiones sanitarias. Se plantea la necesidad de reorientar la estrategia de implantación de las voluntades anticipadas, dejando de estar centrados en los documentos en sí, para favorecer amplios procesos comunicativos y deliberativos entre profesionales, pacientes y familiares que ayuden a mejorar la calidad moral de las decisiones al final de la vida. Las voluntades anticipadas juegan, de esta manera, un papel importante, pero no serán un objetivo sino una útil herramienta de trabajo. La consideración del contexto emocional, psicológico, cultural, familiar y comunitario en el que se produce la toma de decisiones se convierte así en un elemento clave.

La experiencia en el camino de la planificación anticipada es que solo mediante la educación es posible avanzar. Información y motivación, tanto de los profesionales de la salud como de los pacientes, de sus familias y de la sociedad en su conjunto.

Actualización: “Doctor, queremos tener un hijo sano”. El protocolo preconcepcional para atención primaria

Moderador:

Miguel García Ribes

Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria, Servicio de Urgencias de Atención Primaria del CS Cotoño II, Castro-Urdiales, Santander, España. Coordinador del GdT Genética Clínica y Enfermedades Raras de la semFYC

Ponente:

Ismael Ejarque Doménech

Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria, Departamento de Salud de Requena, Requena, Valencia, España. Miembro del GdT Genética Clínica y Enfermedades Raras de la semFYC

Resumen

Cuando una pareja busca descendencia quiere que sus hijos estén sanos. Mediante el presente protocolo se puede evitar que la pareja transmita enfermedades hereditarias, y preserve al máximo la salud de la madre y del futuro bebé. La identificación temprana de individuos con un riesgo aumentado de sufrir y/o transmitir una enfermedad genética/hereditaria desde la atención primaria permitiría acelerar el diagnóstico, evitar recurrencias de enfermedades genéticas en una misma familia y situaría a los pacientes en un circuito de atención integral a las familias con dichas patologías.

Hace unos años, cuando una pareja portaba una enfermedad hereditaria se le decía que se quedara embarazada y que luego acudiera a un servicio de genética clínica. Hoy por hoy esto ha cambiado. La existencia del diagnóstico genético preimplantación hace que hayan cambiado los paradigmas. Ahora hay que derivar a la pareja a los servicios de genética clínica antes de que se quede embarazada para poder “cortar” la transmisión de la enfermedad hereditaria.

Con este protocolo se pretende desarrollar una herramienta asistencial que ayude al médico de familia, a la matrona y al pediatra de atención primaria a llevar a cabo la primera fase del asesoramiento preconcepcional. Para ello hemos elaborado un cuestionario que permitiría identificar las situaciones de riesgo de transmitir una enfermedad genética, y hemos desarrollado un texto para ayudar a interpretar dichas situaciones y para establecer la conveniencia de derivación de la pareja a una unidad de referencia de genética clínica.

“Doctor, queremos tener un hijo sano”. El protocolo preconcepcional para atención primaria

Ismael Ejarque Doménech

Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria, Departamento de Salud de Requena, Requena, Valencia, España. Miembro del GdT Genética Clínica y Enfermedades Raras de la semFYC

Ante todo quiero dar las gracias al Comité Científico así como al Comité Organizador de la SEMFYC por haber aceptado en este congreso este trabajo, una actualización que lleva por título: “Doctor, queremos tener un hijo sano. El protocolo preconcepcional para atención primaria”.

Este protocolo está elaborado por un grupo de trabajo multidisciplinar del ámbito de la genética clínica, la embriología, la ginecología, la pediatría, la enfermería, y la medicina familiar y comunitaria.

El encuadre de dicho protocolo es el de una pareja que acude a su profesional de atención primaria (médico de familia, matrona o pediatra) con la intención de evitar transmitir enfermedades hereditarias, y preservar al máximo la salud de la madre y su descendencia.

Cuando una pareja busca cumplir su deseo y tener una familia quiere que sus hijos estén sanos. Mediante el presente protocolo se pretende evitar transmitir dichas enfermedades mediante la prevención y/o la detección precoz.

La identificación temprana de individuos con un riesgo aumentado de sufrir y/o transmitir una enfermedad hereditaria desde la atención primaria permitiría, en ocasiones, conseguir una prevención primaria de la enfermedad evitando la aparición de novo o de recurrencias de enfermedades hereditarias en una misma familia, y en otras realizar una prevención secundaria acelerando el diagnóstico, situando a los pacientes en un circuito de atención integral a las familias con dichas patologías.

Hace unos años era paradigma habitual que cuando un profesional de atención primaria se encontraba con un miembro de la pareja con una enfermedad hereditaria que buscaba una gestación, se le decía que ella se quedara embarazada y así luego se derivaría a la unidad de genética co-

rrespondiente. Pero se les aseguraba la posibilidad de hacer un diagnóstico prenatal, una vez gestante, derivándola a su ginecólogo o la consulta de genética correspondiente, donde le harían las pruebas pertinentes (cribado bioquímico, ecográfico y amniocentesis).

Pero los paradigmas cambian con el tiempo porque pueden darse avances científicos. Ahora existe la técnica denominada diagnóstico genético preimplantación. Por lo tanto, ahora hay posibilidades de identificar a la pareja con riesgo de transmitir una enfermedad hereditaria antes de la concepción, implantación y futura gestación. Y así derivarla a la unidad de genética de zona y poder prevenir la cadena de transmisión de la enfermedad hereditaria detectada en la genealogía familiar de uno o ambos progenitores, así como de los posibles factores de riesgo de malformaciones genéticas.

Lo que es también novedoso de este protocolo es que tareas que venían realizando genetistas y ginecólogos, a partir de ahora podrán llevarlas a cabo los profesionales de atención primaria con la implementación y desarrollo de éste en sus consultas, puesto que ofrece herramientas que así lo permiten, aunque en estos momentos parte de ellas están aún en proceso de validación.

Voy a proceder a explicar más detenidamente el contenido de este protocolo. Consta, en primer lugar, de una pequeña introducción para situar al profesional en el contexto adecuado, seguido de los objetivos y metodología a seguir. A continuación se dan una serie de anexos, en concreto 6, que guiarán los pasos a seguir:

– Anexo I: *Programa de visitas (mínimas)* necesarias para llevar a cabo el programa y las actividades a realizar en

cada una de ellas. Esto no impide que el profesional se autogestione los tiempos de otra manera en caso de ser necesario debido a la espera de resultados de algunas pruebas.

- Anexo II: *Una anamnesis completa*, tanto para ella como para su pareja, donde se recogen aspectos de tipo socio-demográfico, socioambientales (exposiciones laborales, situación familiar y estilo de vida) de antecedentes familiares de ambos miembros de la pareja (con la realización de un árbol genealógico), así como, y no podía ser de otra manera, los antecedentes clínicos de los 2.
- Anexo III: *Pruebas y exploraciones* que se deben solicitar y realizar a la pareja o a alguno de los miembros.
- Anexo IV: *Información complementaria para el profesional*, donde se aportan todas las explicaciones de cada uno de los ítems para su mejor comprensión y correcta aplicación. Para facilitar esto, los ítems de los anexos II y III vienen con superíndices que guían el presente anexo IV.
- Anexo V: *Información necesaria para la pareja* que se les entregará en la consulta, en formato de papel, junto con el consentimiento informado para realizar todas las pruebas o exploraciones necesarias. En este documento informativo se dan todas las recomendaciones y consejos higienicoalimentarios así como de estilos de vida necesarios antes incluso de buscar la gestación.
- Anexo VI: *Criterios de derivación* desde la atención primaria hacia las unidades de genética. Consta de 30 ítems que el profesional sanitario de atención primaria debe identificar y así poder derivar, si procede, a las unidades de genética correspondientes.

Talleres de habilidades

T 8. ¿Pacientes raros o médicos incómodos? Las enfermedades raras en la consulta de atención primaria

Docentes:

Miguel García Ribes

Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria, Servicio de Urgencias de Atención Primaria del CS Cotoño II, Castro-Urdiales, Santander, España. Coordinador del GdT Genética Clínica y Enfermedades Raras de la semFYC

Mónica Blanco Marengo

Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria, CS Aravaca, Madrid, España. Coordinadora del GdT Genética y Enfermedades Raras de la SoMaMFyC y Miembro del GdT Genética Clínica y Enfermedades Raras de la semFYC

M. Patrocinio Verde González

Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria, CS Barrio del Pilar, Madrid, España. Licenciada en Sociología (Antropología Social). Miembro del GdT Genética y Enfermedades Raras de la SoMaMFyC

Sonia Grandes Velasco

Especialista en Medicina de Familia y Comunitaria, CS Puerta Bonita, Madrid, España. Miembro del GdT Genética y Enfermedades Raras de la SoMaMFyC

Contenido

El taller que presentamos sumerge al asistente durante 2 h en un recorrido interactivo en el que descubriremos la realidad cotidiana de los pacientes con enfermedades raras. Asimismo nos permitirá conocer lo cerca que los tenemos en nuestra vida real, aprendiendo en primera persona por qué nuestra práctica diaria con ellos a veces se vuelve complicada y por qué ellos nos ven a menudo tan complicados. ¿Quién es más raro, el médico o el paciente?

T 9. Aprendiendo a prescribir ortesis, prótesis y ayudas técnicas en patologías del aparato locomotor

Docentes:

Francisco Vargas Negrín

Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria, CS Dr. Guigou, Tenerife. 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

Rocío Pozuelo Calvo

Medicina Física y Rehabilitación, Hospital Universitario Virgen de las Nieves, Granada, España

Contenido

Mejorar o adquirir los conocimientos básicos sobre tipos, materiales e indicaciones de las prótesis, ortesis y ayudas técnicas. Aprender a prescribir estos elementos en las patologías más frecuentes del aparato locomotor en la consulta del médico de familia y conocer la normativa legal actual que regula su prescripción.

Los objetivos específicos del taller son:

- Conocer los diferentes materiales que se utilizan para elaborar estos elementos. Identificar los diferentes tipos de prótesis, ortesis y ayudas técnicas. Conocer sus indicaciones generales y específicas. Realizar la prescripción básica de bastón, muletas, andador, silla de ruedas, ortesis de descarga articular y de corrección y mostrar práctica simulada de la marcha con estos elementos.
- Conocer la normativa legal fundamental que regula la prestación ortoprotésica en el Sistema Nacional de Salud. Realizar la prescripción según dicha normativa.

Sesiones prácticas

SP3. Actualización en terapia compresiva para insuficiencia venosa crónica

Docente:

Rodrigo Rial Horcajo

Cirujano Vascular, Hospital Clínico San Carlos, Madrid, España

Contenido

El objetivo de este programa es actualizar los conocimientos de los profesionales sanitarios de atención primaria en insu-

ficiencia venos crónica (IVC) para poder realizar un correcto abordaje terapéutico, principalmente mediante la prevención y tratamiento con soporte elástico.

Programa:

- Actualización en la fisiopatología y terapia de la IVC.
- Prevención y tratamiento de la IVC mediante terapia compresiva: actualización en tipos de soporte elástico.
- Terapia compresiva: medias, cómo y cuándo realizar una correcta recomendación.
- Foro de discusión.

Patrocinada por: CINFA