

Análisis de la situación de salud en el Consultorio Médico de la Familia Comunales II, Sagua de Tánamo

Yenisleidis Tamayo Sánchez

yenisleidistamayosanchez@gmail.com

Universidad de Ciencias Médicas de Holguín (Cuba)

Resumen: Se describió la situación de salud de 30 familias del Consultorio Médico de la Familia Comunales II, perteneciente al policlínico Jorge Fernández Arderí, de Sagua de Tánamo, provincia Holguín, en el periodo comprendido entre mayo y junio de 2022. Se identificaron los principales problemas de salud que afectan a las familias estudiadas. El trabajo sirve de base para la prevención de salud en el consultorio y contribuye al fortalecimiento de la atención primaria de la comunidad.

Palabras claves: factores de riesgos; medicina comunitaria; medicina familiar; prevención de salud

Analysis of the health situation in the Comunales II Family Medical Office, Sagua de Tánamo

Abstract: The health situation of 30 families from the Comunales II Family Medical Clinic, belonging to the Jorge Fernández Arderí polyclinic, in Sagua de Tánamo, Holguín province, was described in the period between May and June 2022. The main health problems were identified. Health problems that affect the families studied. The work serves as a basis for health prevention in the office and contributes to the strengthening of primary care in the community.

Keywords: risk factors; community medicine; Family Medicine; health prevention

Introducción

La medicina cubana está asentada en un proyecto de enfoque sociológico-preventivo, y tiene en la atención primaria de salud su escenario principal (Mesa-Trujillo, Espinosa-Ferro & García-Mesa, 2022). Se enfoca no solo en curar las enfermedades, sino en la prevención, mediante sus dos bases: la medicina comunitaria y la medicina familiar; estas conforman la atención primaria de salud, que esta a su vez es un conjunto de servicios de promoción, prevención y rehabilitación, dirigido a la sociedad.

La medicina familiar es la especialidad médica efectora de la atención primaria, brinda atención integral al individuo y la familia en el contexto de la comunidad (Abril-Collado & Cuba-Fuentes, 2013). Desde la perspectiva de la práctica clínica a través de la Medicina familiar se proporciona atención sanitaria de forma continua e integral a la persona y a su grupo familiar, permitiendo la conexión entre diferentes ciencias biológicas, sociales y de la conducta; además, abarca todos los grupos etarios, independientemente del sexo, con un enfoque multisistémico y contempla un planteamiento pluripatológico (Tavera-Vilchis & Ruíz-Mauricio, 2023).

Según Tavera-Vilchis & Ruíz-Mauricio (2023) la medicina familiar observa los fenómenos complejos en su totalidad sin limitarse a ver de forma reduccionista su realidad. Ve a las personas como un ente integrado y dependiente de su ambiente. La importancia de la medicina familiar dentro de los sistemas de salud se ve reflejada en el decremento del uso de los servicios de urgencias, hospitalizaciones y tasas de mortalidad Sandvik *et al.*, 2022; Río de la Loza-Zamora & López-Ortiz, 2022).

La concepción del carácter biopsicosocial del hombre como problema central de las ciencias médicas parte del análisis materialista dialéctico de la condición humana y del proceso salud-enfermedad, en el que se dan estrechamente ligados los fenómenos genéticos, los sociales y las condiciones materiales en las que el hombre vive y que tiene también una influencia decisiva en la salud humana (Rojas-Betancourt & Marcheco-Teruel, 2018; Mesa-Trujillo, Espinosa-Ferro & García-Mesa, 2022).

La medicina comunitaria abarca procedimientos preventivos y curativos dirigidos a las familias o a grupos de la población que no son provistos adecuadamente por otras agencias existentes. Es un derecho natural y social, inherente al hombre (Benítez, 2018; Loor & Pérez, 2022).

Entre los principios de la medicina comunitaria, los principales elementos son la evaluación activa y detallada de las necesidades de salud de la comunidad y la respuesta a esas necesidades, considerando la comunidad en su conjunto (Segura del Pozo, 2021).

La medicina comunitaria es un derecho que el Estado y la sociedad deben garantizar, trascendiendo el concepto de cuidado del funcionamiento biológico individual, para introducirse en la relación de los individuos entre sí, en su condición de integrantes/residentes de un lugar geográfico determinado (comunidad) capaces de actuar con autonomía, tomar decisiones, acceder a servicios de salud de buena calidad y ejercer el derecho a participar (Loor & Pérez, 2022).

La salud comunitaria es un enfoque a través del cual se implementan estrategias orientadas a intervenir en el proceso salud-enfermedad-atención de una comunidad en específico; siendo primordial este aspecto ya que el diseño, implantación y seguimiento de las estrategias a utilizar deberán considerar las necesidades y participación de los miembros de dicha comunidad. Se deberán considerar diversos factores sobre la génesis y mantenimiento de factores de riesgo en diferentes niveles: individual, colectivo, cultural, estructural, entre otros (Cotonieto-Martínez & Rodríguez-Terán, 2021).

El médico de familia es el profesional responsable de proveer atención integral y continua a cualquier individuo que busca atención médica a través de sus servicios o coordinando el uso apropiado de estos con otros niveles de atención teniendo en cuenta tanto las necesidades de su población, como los recursos disponibles en la comunidad a la que sirve (Rubistein, 2006; Abril-Collado & Cuba-Fuentes, 2013). La formación del médico de familia exige de un personal flexible, responsable, participativo, con un profundo enfoque humanista, que desde el desempeño profesional brinde solución a los problemas, con calidad, equidad y compromiso social, sea, este especialista, desde una preparación permanente y continuada, debe enfrentar los desafíos de la sociedad contemporánea y cumplir el compromiso histórico de contribuir al desarrollo social, económico, político, cultural y ecológico en un contexto donde el problema salud-enfermedad exige nuevos enfoques de atención en salud (Ramírez, 2022).

En el ámbito de la atención primaria, la información es la base para el conocimiento, para establecer diagnósticos y para la toma de decisiones (Saura, 2022). El médico de familia debe tener habilidades para un correcto diagnóstico, para el manejo y la valoración de pruebas diagnósticas que le permitirá establecer un plan diagnóstico, terapéutico y de seguimiento (Ramírez, 2022).

En este trabajo se analiza la situación de salud de 30 familias del Consultorio Médico Comunales II con el objetivo de caracterizar su entorno y verificar los principales problemas de salud que las afectan.

Materiales y métodos

Se realizó un estudio observacional en el Consultorio Médico de la Familia Comunales II, perteneciente al policlínico Jorge Fernández Arderí, de Sagua de Tánamo, provincia Holguín en el periodo comprendido entre mayo y junio de 2022.

Se estudiaron 30 familias, integradas por 86 habitantes. Todas manifestaron su conformidad para el estudio.

Se realizaron entrevistas a:

- Enfermera y Médico de la familia del consultorio Comunales II.
- Pacientes pertenecientes al consultorio
- Miembros de las familias objeto de estudio.

Se realizó una revisión documental de:

- Historias clínicas familiar de los integrantes de las familias estudiadas y la historia clínica individual de cada uno de los miembros.
- Tarjetas de vacunación de todos los miembros de las familias escogidas para el estudio.
- Hojas de consultas del consultorio médico estudiado.

Se realizaron visitas a las viviendas familiares para conocer el entorno familiar, físico y psicológico, las condiciones higiénicas sanitarias y el medio social en el que se desarrollan.

Análisis de los resultados

Estructura de las familias:

Según número de miembros se clasifican en:

Grande: 3 familias

Mediana: 6 familias

Pequeña: 21 familias

Según su ontogénesis:

Nuclear: 26 familias

Extensa: 4 familias

Según el número de generaciones:

Unigeneracional: 9 familias

Bigeneracional: 12 familias

Trigeneracional: 5 familias

Multigeneracional: 3 familias

Se analizaron en las familias estudiadas los factores riesgos, situaciones, características, condiciones físicas y sociales o comportamientos que aumentan la susceptibilidad de la persona a contraer una enfermedad o sufrir una lesión, estos se pueden presentar individualmente. Se clasifican en biológicos, ecológicos, socioeconómicos, así como los relacionados con el estilo de vida.

Se agrupan en la categoría de biológicos:

Mujeres: 44

Hombres: 42

Adolescentes: 2

Escolar de riesgo: 3

Transicional de riesgo: 1

Lactante: 1

Ancianos que viven solos: 5

Relacionados con el estilo de vida:

Obesos: 5

Fumadores: 5

Alcohólicos: 1

Dentro de las mujeres de las familias, cinco se encuentran en el rango de riesgo preconcepcional (RPC), puesto que las mismas presentan edad de reproducción aunque en este momento se encuentran protegidas por anticoncepción (DIU), por lo que manifiestan RPC controlado.

Socioeconómicos:

Labor que realiza: 47 personas presentan riesgos de accidentes debido a su condición laboral, (7 choferes, 28 médicos, 9 constructores, 3 trabajadores de la fábrica de refresco).

Tres familias viven en hacinamiento, aunque las casas se encuentran en buen estado.

Se pudo constatar que todos viven en un ambiente ecológicamente sano, alejados de micro vertederos y de contaminación ambiental.

De la población objeto de estudio 43 pacientes presentan enfermedades crónicas no transmisibles: hipertensión arterial (25), epilépticos (4), asma bronquial (8), cardiopatía isquémica (4), artrosis generalizada (1), así como un paciente con diabetes mellitus.

Las pacientes con diabetes mellitus y con hipertensión arterial tienen mayor incidencia de complicaciones, llegando a desarrollar problemas cardiacos o renales, por lo que un comportamiento adecuado es necesario, como lo son mantener una dieta apropiada, balanceada en frutas, verduras y contenidos reducidos en grasas saturadas, evitar los malos hábitos como lo son el tabaquismo y el alcohol, así como realizar ejercicios físicos, para mejorar la condición de vida del paciente.

Análisis de las relaciones familiares y crisis de familia en la población estudiada

La crisis de familia ha sido definida como la condición en la que se ubica una familia, colectividad o grupo, en la cual los afectados experimentan tensiones o alto grado de estrés (Lovo, 2020). Son desorganizaciones producidas en el seno de las familias provocadas por las contradicciones entre las funciones de las familias y las demandas derivadas de los nuevos acontecimientos producidos en el hogar, las cuales se organizan en transitorias o normativas y no transitorias o paranormativas.

Las crisis normativas son las relacionadas con los acontecimientos normales y esperables en el desarrollo familiar, que se rigen como puntos críticos de transición a lo largo del ciclo vital. Se debe valorar que, aun siendo normativas, tienen el potencial para generar serios trastornos en la familia, ante lo cual es medular para la atención integral su comprensión y abordaje por parte del médico de familia (Lovo, 2021).

Según el estudio se comprueba que:

Familias con jubilados: 12

Familias con adolescentes: 2

Una familia concibe a su primer hijo

Familias que ejercen el rol de padres: 5

Entrada a instituciones escolares: 1 familia

Rol de abuelos: presentes en 8 familias

El envejecimiento se evidencia en 25 familias

Las crisis paranormativas se encuentran relacionadas con el acontecimiento de carácter accidental y no guardan relación directa con las etapas del ciclo vital. Los eventos que no se prevén que ocurran pueden ser desmembramiento, adición, desorganización y desmoralización de la familia (Lovo, 2020). En las familias estudiadas esta se evidencia de la siguiente forma:

La crisis por desmembramiento se observa en 6 familias, pues 2 habitantes se encuentran fuera del país cumpliendo misión internacionalista y 4 habitantes se encuentran fuera de su municipio por motivos laborales.

La crisis por desmoralización se percibe en una familia, puesto que se encuentra un integrante alcohólico, provocando continuamente escándalos en la sociedad.

La crisis por desorganización se muestra en una pareja donde ambos se presentan como infértiles ante la sociedad.

Vacunación

Con el proceso de pesquisa realizado a las 30 familias con el fin de garantizar que la población se encuentre vacunada contra la COVID-19, se evidenció que:

Fueron vacunados con Abdala 65 pacientes, de ellos 48 presentan el esquema de vacunación completo (3 dosis y 3 refuerzos) y los 17 restantes tienen pendiente su tercer refuerzo, pues se encontraban fuera de su municipio y con afecciones virales.

Fueron vacunados con Soberana Plus 15 pacientes, los que presentan su esquema de vacunación completo (1 dosis y 2 refuerzos), donde se incluyen a 3 pacientes alérgicos al tiomerozal y a 12 pacientes con PCR positivo.

Fueron vacunados con Soberana-02 6 niños los que presentan su esquema de vacunación completo (2 dosis y 2 refuerzos).

Los seis niños presentes en el área de estudio presentan las vacunas correspondientes a su vida como lactantes, así como de su reactivación en su fecha acorde. De ellos dos adolescentes presentan la vacuna A.T (Vi) antitifoídica contra la fiebre tifoidea puesta a sus 10 años de edad, esperando para ser reactivada al arribar a los 13 y 16 años de edad y la TT (toxoides tetánico) contra el tétano puesta a los 14 años. La vacunación con OPV en los menores de 3 años y 9 años se realizará por campaña de vacunación anual en el policlínico o consultorio.

En el caso del lactante de 11 meses de edad presente en el estudio se constató que tiene todas las vacunas correspondientes a su tiempo, puesto que:

Recibió su primera dosis de B.C.G contra la tuberculosis y HB contra la Hepatitis B al nacer.

A los 2 meses de edad recibió la primera dosis de la vacuna Pentavalente (D.P.T+ H.B+ HiB) contra la difteria, tosferina, el tétano, la hepatitis B, haemophilus e influenza b, así como recibe su segunda dosis al alcanzar los 4 meses de edad y su tercera dosis a los seis meses de vida.

Presenta su primera dosis de la vacuna AM-BC a los tres meses edad contra el Meningococo B y C y su segunda dosis establecida a sus cinco meses.

Recibió la vacuna IPV contra la poliomielitis a los cuatro meses.

Se encuentra en espera de la vacuna PRS contra la rubeola, parotiditis y sarampión al cumplir el año de edad.

Discusión de los resultados

La prevención es la adopción de medidas encaminadas a impedir que se produzcan deficiencias que tengan consecuencias físicas, psicológicas y sociales negativas, es la disposición que se hace de forma anticipada para minimizar un riesgo.

La medicina familiar por su integralidad permite contribuir con la salud de la comunidad. El estudio sobre situación de salud ayuda a la toma de decisiones que contribuyen a disminuir y evitar los factores de riesgo.

Se deben tomar medidas para revertir las crisis familiares y mantener un control de las mismas a través de los propios pacientes y de líderes sociales. Se sugiere brindar ayuda psicológica para las que la requieran.

Las vacunas contra el COVID-19 ayudan a la población estudiada a generar protección contra el virus, reduciendo significativamente el riesgo de enfermarse gravemente, por lo que las personas deben mantenerse al día con las vacunas contra dicha enfermedad, deben mejorar la ventilación del hogar impidiendo que se acumulen partículas de virus en el aire en espacios cerrados, así como pasar tiempo al aire libre y usar el nasobuco en espacios conglomerados.

Conclusiones

El estudio de situación de salud llevado a cabo en el Consultorio Médico de la Familia Comunales II, perteneciente al policlínico Jorge Fernández Arderí, de Sagua de Tánamo permitirá la oportuna toma de decisiones por parte del médico y la enfermera de la familia para el trabajo de prevención de salud en la población estudiada y en la comunidad en general.

Referencias bibliográficas

- ABRIL-COLLADO, R.O. & CUBA-FUENTES, M.S. (2013). Introducción a la Medicina Familiar. *Acta Médica Peruana*, 30(1), 31-36. http://www.scielo.org.pe/scielo.php?pid=S1728-59172013000100006&script=sci_arttext.
- BENÍTEZ, E.P. & GUEVARA, S.H. (2018). Escenarios de práctica De medicina comunitaria. *Carta Comunitaria*, 6(148), 72-9. [file:///C:/Users/scarralero/Downloads/admin,+Noticomunitaria_148%20\(2\).pdf](file:///C:/Users/scarralero/Downloads/admin,+Noticomunitaria_148%20(2).pdf).
- COTONIETO-MARTÍNEZ, E. & RODRÍGUEZ-TERÁN, R. (2021). Salud comunitaria: Una revisión de los pilares, enfoques, instrumentos de intervención y su integración con la atención primaria. *Journal Of Negative & No Positive Results*, 6(2), 393-410. <http://10.19230/jonnpr.3816>.
- LOOR, M.L. & PÉREZ, V. (2022). La medicina comunitaria para la salud colectiva. *Dominio de las Ciencias*, 8(3), 1146-1158. <http://dx.doi.org/10.23857/dc.v8i3>.
- LOVO, J. (2020). Crisis familiares paranormativas. *Archivos de medicina familiar y general*, 17(2), 36-41. <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/biblio-1293069>.
- LOVO, J. (2021). Crisis familiares normativas. *Atención Familiar*, 28(2), 132-138. <http://dx.doi.org/10.22201/fm.14058871p.2021.2.78804>.
- MESA-TRUJILLO, D., ESPINOSA-FERRO, Y. & GARCÍA-MESA, I. (2022). Reflexiones sobre bioética médica. *Revista Médica Electrónica*, 44(2), 413-424. <http://www.revmedicaelectronica.sld.cu/index.php/rme/article/view/4358/5428>.

- RAMÍREZ, B. (2022). Apuntes históricos sobre del proceso de formación del médico general integral en Cuba. *MEDISAN*, 26(2), 475-487. http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S1029-30192022000200475&script=sci_arttext&tlng=pt.
- RÍO DE LA LOZA-ZAMORA, J. G. & LÓPEZ-ORTIZ, G. (2022). Barreras para el desarrollo de investigación en medicina familiar en Iberoamérica: revisión sistemática. *Revista Mexicana de Medicina Familiar*, 9, 49-58. https://www.scielo.org.mx/scielo.php?pid=S2696-12962022000200049&script=sci_abstract&tlng=en.
- ROJAS-BETANCOURT I.A. & MARCHECO-TERUEL B. (2018). Normas éticas para la realización de pruebas predictivas en los servicios de genética médica en Cuba. *Revista Cubana de Salud Pública*, 44(2), 331-40. <http://www.revsaludpublica.sld.cu/index.php/spu/article/view/1013/1041>.
- RUBISTEIN A. (2006). *Medicina Familiar y Práctica Ambulatoria*. 2da Ed. Editorial Médica Panamericana.
- SANDVIK, H., HETLEVIK, Ø., BLINKENBERG, J. & HUNSKAAR, S. (2022). Continuity in general practice as a predictor of mortality, acute hospitalization, and use of out-of-hours services: registry-based observational study in Norway. *British Journal of General Practice*, 72(715), 84-90. <https://bjgp.org/content/72/715/e84.short>.
- SAURA, J. (2022). Principios esenciales de la práctica del Médico de Familia: una reflexión dirigida a los residentes de la Especialidad de Medicina Familiar y Comunitaria en España y Latinoamérica. *Archivos en Medicina Familiar*, 24(2), 83-88. <https://www.medigraphic.com/cgi-bin/new/resumen.cgi?IDARTICULO=105022>.
- SEGURA DEL POZO, J. (2021). Salud pública, atención primaria y salud comunitaria: tres ramas del mismo árbol. *Gaceta Sanitaria*, 35(2), 107-8. <https://www.scielosp.org/article/ga/2021.v35n2/107-108/es/>.
- TAVERA-VILCHIS, M.A. & RUÍZ-MAURICIO, L.Y. (2023). *Teorías de la complejidad: una mirada desde la Medicina Familiar*. *Archivos en Medicina Familiar*, 25(1), 43-49. <https://www.medigraphic.com/cgi-bin/new/resumen.cgi?IDARTICULO=110694>.