



Prevención en salud para la población del consultorio # 19. Policlínico Luis A. Turcios Lima

Eduardo Enrique Cecilia-Paredes¹, Ángel Echevarria-Cruz², Elizabeth Cecilia-Paredes³, Ernesto Alejandro García Peña⁴, Dr. Juan Miguel Santaya-Labrador⁵.

^{1, 2, 3, 4} Universidad de Ciencias Médicas de Pinar del Río. Pinar del Río, Cuba.

⁵ Especialista de Primer Grado en Medicina General Integral. Profesor Asistente. Pinar del Río, Cuba.

Resumen

Introducción: La prevención se inicia con una amenaza, una enfermedad o un riesgo ambiental y busca la protección de cuantas personas sea posible.

Objetivo: proponer acciones de salud dirigidas a individuos, familias y comunidades, en el período de septiembre a diciembre de 2019.

Método: Se realizó un estudio observacional, descriptivo y transversal cuyo universo estuvo constituido por 150 familias pertenecientes al área de salud del consultorio médico # 19 del policlínico Luis A. Turcios Lima. Pinar del Río. La muestra quedó constituida por 119 familias que cumplieron con los criterios inclusión. La recolección de la información se realizó a través de la entrevista médica, la observación, el análisis de las historias de salud individual y familiar.

Resultados: Predominaron las familias nucleares, pequeñas y bigeneracionales, se encontró un elevado índice de núcleos en extensión, cuyas crisis predominantes fueron las de envejecimiento, y las de incremento. Se evidenció un marcado aumento de los factores de riesgo biológicos y un elevado grupo de personas normopeso. Toda la población a vacunar se encontraba inmunizada. Se realizó como técnica de educación para la salud la charla, la cual permitió: promover la formación de una cultura nutricional y alimentaria saludable.

Conclusiones: En la población estudiada se encontraron disímiles factores de riesgo en los cuales el médico general básico debe incidir para transformar.

Palabras clave: SALUD FAMILIAR/ FACTOR DE RIESGO / FAMILIA.



Introducción

Se conoce por prevención a la acción de prepararse y disponerse anticipadamente para evitar un riesgo. La prevención en salud considera un conjunto de acciones, actuaciones y consejos médicos encaminados a evitar las enfermedades y sus complicaciones.¹

La prevención se inicia con una amenaza, una enfermedad o un riesgo ambiental y busca la protección de cuantas personas sea posible, y, además, se dirige a sus consecuencias adversas a la salud. Ella tiene como objetivo impedir la aparición, el desarrollo y la prolongación de enfermedades, sean transmisibles o no, en una persona, una familia o un grupo poblacional. Para ello, se ha de favorecer el mantenimiento de la salud y el establecimiento de barreras a los factores que determinan o favorecen la ocurrencia de estas enfermedades, así como lograr el diagnóstico precoz, el tratamiento y la rehabilitación oportuna para evitar y limitar la invalidez que pueda ocasionar.¹

La salud pública en Cuba tiene entre sus funciones fundamentales la prevención y por ello uno de los pilares del Programa de Atención del Médico y Enfermera de la Familia es precisamente la prevención, con acciones a nivel del individuo, la familia, la comunidad y el ambiente.¹

Los factores de riesgo son de gran interés para la salud pública, ya que al identificarlos se posibilita su manejo para impedir o interrumpir el desarrollo de una afección y sus consecuencias.¹

Un factor de riesgo es cualquier característica, exposición o conducta de un individuo que aumente su probabilidad de sufrir una enfermedad o lesión. Entre los factores de riesgo más importantes cabe citar la insuficiencia ponderal, las prácticas sexuales de riesgo, la hipertensión, el consumo de tabaco y alcohol, el agua insalubre, las deficiencias del saneamiento y la falta de higiene.²

Un factor de riesgo es cualquier característica o circunstancia detectable de una persona o grupo de personas que se sabe asociada con un aumento en la probabilidad de padecer, desarrollar o estar especialmente expuesto a un proceso mórbido. Estos factores de riesgo (biológicos, ambientales, de comportamiento, socio-culturales, económicos) pueden, sumándose unos a otros, aumentar el efecto aislado de cada uno de ellos produciendo un fenómeno de interacción.³



La obesidad determina diversos riesgos en el ámbito biológico, psicológico y social. Los riesgos biológicos se manifiestan a corto, mediano y largo plazo a través de diversas enfermedades. Desde el punto de vista respiratorio son frecuentes las apneas durante el sueño, menor tolerancia al ejercicio, tendencia a las fatigas con facilidad, lo que dificulta la participación en deportes o actividades físicas; además pueden agravarse los síntomas asmáticos o aumentar las probabilidades de desarrollar asma, pudiéndose encontrar pruebas de función pulmonar anormales en casos severos de obesidad.⁴

Cuando están presentes los factores de riesgo, las acciones preventivas están dirigidas al control o eliminación de los mismos en los grupos de alto riesgo.⁴

La obesidad abdominal asociada a otros factores de riesgo constituye el síndrome metabólico (SM), cuyo rasgo básico es la resistencia a la insulina (RI), caracterizada por dislipidemia, hipertensión arterial, intolerancia a la glucosa y un estado proinflamatorio y protrombótico que incrementan el riesgo de morbilidad y mortalidad por diferentes causas.⁵

El aumento de la liberación de VLDL y la reducción del aclaramiento plasmático de VLDL y los quilomicrones (transportan los lípidos dietéticos), debido a una insuficiente actividad de la lipoproteína lipasa, una enzima endotelial dependiente de la insulina, provocan hipertrigliceridemia.⁵

La hipertrigliceridemia modifica el patrón de lipoproteínas al favorecer el intercambio de lípidos entre las VLDL y las lipoproteínas de alta densidad (HDL), lo que enriquece en triglicéridos a las HDL y en colesterol-éster a las VLDL, cambios que incrementan la degradación de las HDL por la lipasa hepática, con disminución de su papel en el transporte inverso de colesterol y el surgimiento de lipoproteínas de baja densidad (LDL) pequeñas y densas más aterógenas que las partículas normales. Esta tríada dislipidémica aterógena, característica de la diabetes mellitus, favorece el proceso de aterosclerosis y los trastornos vasculares asociados a este estado.⁵

En el Área de salud en estudio existe un incremento de los factores de riesgo sobre todo en la población adulta, lo cual está repercutiendo de manera desfavorable en la aparición de enfermedades crónicas, por lo que el objetivo de este trabajo es proponer acciones de salud dirigidas a individuos, familias y comunidades, en el período de septiembre a diciembre de 2019.



Método

Se realizó un estudio observacional, descriptivo y transversal con el objetivo de proponer acciones de salud dirigidas a individuos, familias y comunidades. El universo estuvo constituido por 150 familias pertenecientes al área de salud del consultorio médico # 19 del policlínico Luis A. Turcios Lima. Pinar del Rio La muestra fue seleccionada a través de un muestreo aleatorio simple quedando en 119 familias que cumplieron los criterios de inclusión y exclusión.

Criterios de inclusión:

Pertenecer al consultorio médico número 19, en el momento del estudio.

Criterios de exclusión:

Hogar unipersonal: 31

Se recurrió para ello a varias técnicas para la recolección de la información como la entrevista médica, la observación, el análisis de las historias de salud familiar, así como de las historias clínicas individuales. Las variables utilizadas fueron: estructura, etapa del ciclo vital y crisis familiares, factores de riesgo según su origen, estado nutricional de los pacientes, y el nivel inmunitario.

Técnicas de procesamiento y análisis estadístico:

Para procesar la información se tomaron los datos y se analizaron a través de Microsoft Excel utilizando técnicas estadísticas para la obtención de frecuencias absolutas y relativas, porcentajes con las que se resume la información, y se agruparon en tablas para mejor exposición y análisis.

Por razones éticas a todas las familias que participaron en la investigación se les brindó oportunamente la información necesaria en cuanto a las características del estudio y la importancia de su participación. Se les garantizó la confidencialidad de la información que ellos aportarían. La aceptación de los pacientes a participar en el estudio se realizó cumpliendo los principios de la ética médica.



Resultados

La tabla 1 muestra la estructura de las familias investigadas, y resulta significativo el predominio de las nucleares con un 52.2 %, de las pequeñas con un 54.6 % y de las bigeneracionales con un 52.9 %; según ontogénesis, número de miembros y generaciones respectivamente.

Tabla 1. Clasificación de las familias según ontogénesis, número de miembros y generaciones.

Clasificación de las familias		No	%
Ontogénesis	Nuclear	62	52.2
	Extensa	35	29.4
	Ampliada	22	18.4
Número de miembros	Pequeña	65	54.6
	Mediana	50	42.1
	Grande	4	3.3
Generaciones	Unigeneracional	10	8.4
	Bigeneracional	63	52.9
	Trigeneracional o	46	38.7
	Multigeneracional		

Fuente: Historia de salud familiar.

Al analizar las etapas del ciclo vital (tabla 2) se observó un predominio de la fase de extensión con un 47.2 % seguido de la etapa de contracción con un 34,4 %.



Tabla 2. Clasificación de las familias según etapa del ciclo vital.

Etapa del ciclo vital	No	%
Formación	11	9.2
Extensión	56	47.2
Contracción	41	34.4
Disolución	11	9.2

Al analizar las crisis familiares normativas (tabla 3) se observa un predominio de la crisis por envejecimiento con un 22.5 %. Esto coincide con las cifras actuales de nuestro país donde la población está llamada a envejecer.

Tabla 3. Clasificación según crisis familiares normativas.

Crisis normativas	No.	%
Matrimonio.	7	5.0
Embarazo	4	2.8
Nacimiento del primer hijo	12	8.6
Entrada del primer hijo a una institución infantil escolar.	19	13.6
Hijo adolescente	25	17.9
Jubilación	30	21.5
Envejecimiento	31	22.3
Muerte del primer cónyuge	11	7.9



Al analizar las crisis familiares paranormativas (tabla 4) se observa un predominio de la crisis por incremento con un 36.3 %. Esto está dado pues la familia cubana es muy unida y en la mayoría de los casos las parejas recién casadas o tienen para dónde ir, o los padres no se quieren separar de los hijos.

Tabla 4. Clasificación según crisis familiares paranormativas.

Crisis paranormativas	No	%
Incremento	48	36.3
Desmembramiento	35	26.5
Desmoralización	24	18.1
Desorganización	25	18.9

La tabla 5 muestra los factores de riesgo según su origen, y resulta significativo el predominio de los factores biológicos con un 44.0 %, que entre los más frecuentes en este consultorio encontramos la edad y los diferentes padecimientos asociados a ella.

Tabla 5. Identificación de los factores de riesgo por su origen.

Factores de riesgo	No	%
Estilos de vida	245	32.5
Biológicos	331	44.0
Ambientales	119	15.8
Socioeconómicos	57	7.5



La tabla 6 muestra el estado nutricional de los pacientes de las 119 familias de las cuales se nutre este trabajo, resultando significativo que un 91.64 % del total son Normopeso, representando el mayor grupo las personas cuyas edades oscilan entre los 70 y 79 años con un 19.09%. No encontrándose desnutridos en la población estudiada.

Tabla 6. Estado nutricional de los pacientes.

Edad (años)	Bajo Peso		Normopeso		Sobrepeso		Obeso		Total	
	No	%	No	%	No	%	No	%	No	%
Menor 1			7	1.67					7	1.67
1 a 4	3	0.71	10	2.38					13	3.09
5 a 9			15	3.57	4	0.95			19	4.52
10 a 19	3	0.71	20	4.77	2	0.47			25	5.95
20 a 29			30	7.15					30	7.15
30 a 39			35	8.35	5	1.19	2	0.47	42	10.01
40 a 49			44	10.50	7	1.67	3	0.71	54	12.88
50 a 59			50	11.93	6	1.43			56	13.36
60 a 69			63	15.03					63	15.03
70 a 79			80	19.09					80	19.09
80 y más			30	7.15					30	7.15
Total	6	1.42	384	91.64	24	5.71	5	1.18	419	100



La tabla 7 presenta el nivel inmunitario de nuestras familias en el periodo de septiembre a diciembre del 2019, se vacunó el 100% de los pacientes a vacunar.

Tabla 7. Identificación del nivel inmunitario de los pacientes.

Nivel inmunitario	A vacunar		Vacunados	
	No	%	No	%
Antimeningocòccica B y C (AM-BC)	1	10	1	100
Toxoide tetánico (TT)	5	50	5	100
Haemophilus Influenzae tipo B. (Hib)	4	40	4	100

Discusión

Al comparar con Delgado Cruz⁶, se aprecia que en su estudio predominaron con un 60.3% las familias nucleares, al comparar con el estudio de Ortega Alvelay⁷ vemos que hay un predominio de las familias nucleares representando un 68.4% del total, Gorrita Pérez⁸ plantea en su estudio un predominio de las familias grandes con un 46.6% y de las extensas con más del 50%, por lo que este presente estudio coincide con los 2 primeros autores.

Se demostró la relación dialéctica entre el grado de desarrollo de las fuerzas productivas de la sociedad y el tipo de relaciones sociales de producción con los tipos de familia, la forma de matrimonio y la organización social que asumen las comunidades primitivas.



Basándose en los datos recopilados por Morgan entre los pueblos iroqueses y de la comparación con las formas de matrimonio y de organización social de otros pueblos de Asia y Europa, Engels realizó un extraordinario aporte a la teoría marxista de la familia, poniendo en claro las leyes que rigen su evolución histórica.⁹

Cuando se compara con el estudio de Delgado Cruz⁶ el cual presenta un predominio de las familias en etapas de extensión con un 48.1% y Cuba-Fuentes¹⁰ plantea en su estudio el predominio de las familias en etapa de extensión con el 50% del total de familias, lo que coincide con esta investigación.

La estructura familiar está sometida a un proceso dinámico que cambia según la etapa del ciclo vital en que se encuentre o por la influencia de los llamados acontecimientos vitales estresantes. Esta estructura puede corresponder a alguno de los siguientes tipos de familia: Familia extensa (más de dos generaciones en el mismo hogar); familia nuclear (padres y sus hijos); familia nuclear con parientes próximos (en la misma localidad); familia nuclear sin parientes próximos; familia nuclear numerosa; familia nuclear ampliada (con parientes o con agregados); familia monoparental (un solo cónyuge y sus hijos); familia reconstituida (formada por dos adultos en la que al menos uno de ellos, trae un hijo habido de una relación anterior); personas sin familia (persona que vive sola); equivalentes familiares (personas que conviven en un mismo hogar sin constituir un núcleo familiar tradicional).¹¹

Las fases del ciclo de vida familiar suponen nuevos y diferentes roles, que de no asumirse, pueden generar conflictos y con el tiempo, complicarse con problemas de salud mental o trastornos mentales (ansiedad, depresión, fobias, entre otros).¹¹



Al comparar con Cuba-Fuentes¹⁰ en un estudio realizado por ella se observa que hay un predominio de las familias con hijos adolescentes o en fase de despegue representando un 50.0% del total, y según Pernas Álvarez¹² el 100% de sus familias está en la etapa de formación, por lo cual no coinciden con los resultados de esta investigación.

Existe una relación recíproca entre un sistema familiar saludable y la salud física y mental de sus miembros. Un entendimiento del ciclo vital familiar y del ciclo individual, puede ayudar al proveedor a hacer una hipótesis acerca de los problemas que está experimentando esa familia.¹⁰

En el curso de este desarrollo, la familia suele pasar por transiciones predecibles: el matrimonio, el nacimiento del primer hijo, la escolaridad, la adolescencia, el ingreso de los hijos al ámbito laboral, la salida de los hijos del hogar, la jubilación y la viudez, a estas transiciones las denominamos ciclo vital familiar.¹⁰

Al comparar este estudio con el realizado por Jaime Valdés¹³ observamos que las crisis por incremento representan un 24% y al comparar con este estudio¹⁴ se observa que las crisis por incremento representan un 9.4%, dichos resultados tampoco coinciden con el actual estudio.

Existen familias que asumen estilos de afrontamiento ajustados ante determinadas situaciones conflictivas y que son capaces de utilizar mecanismos estabilizadores que le proporcionan salud y bienestar, mientras que otras no pueden enfrentar las crisis por sí solas, a veces pierden el control, no tienen suficiente fuerza y manifiestan desajustes y desequilibrios que condicionan cambios en el proceso salud-enfermedad y, específicamente, en el funcionamiento familiar.¹³

Cuando se compara con otros autores¹⁵ hay un predominio de los factores ambientales que cualitativamente es alto, comparado con otros factores de riesgo, pero según la Agencia Europea para la Satisfacción y la Salud del Trabajo¹⁶ en esa región anualmente fallece el 60% de los trabajadores por enfermedades de calificación biológica, por lo que coincide el criterio de este último autor con el de esta investigación.



Al comparar este resultado con Valdés González^{16, 17} hay un predominio de los ancianos normopeso con el 61% del total, y al analizar a Carrillo Prieto¹⁸ se observa que en su estudio hay un predominio de ancianos normopeso de 48.48%, en ambos casos el estado nutricional que ha predominado es el normopeso.

Rodríguez Meiby¹⁹ en su estudio vacunó el 16.37% de la población con la AM-BC siendo ésta, la única vacuna que se usó; pero al analizar el Anuario Estadístico del 2016²⁰, se aprecia que en ese año se vacunaron con el Hib 95.5%, con la AM-BC 98.8%, y con el TT 98.8%, dichos datos no coinciden con el resultado de la investigación.

Conclusiones

Predominaron las familias nucleares, pequeñas y bigeneracionales. La etapa de extensión fue la de mayor frecuencia, con un predominio de las crisis normativas por envejecimiento y jubilación y dentro de las paranormativas por incremento. Según la identificación de los factores de riesgo por su origen predominaron los biológicos y los estilos de vida inadecuados. En cuanto al estado nutricional prevalecieron los pacientes normopeso. Todos los pacientes a vacunar en el periodo de estudio fueron vacunados.

Referencias bibliográficas

1. Álvarez Sintés R, Cabrera Hernández G, Báster Moro JC, García Núñez RD. Medicina General Integral, Salud y Medicina. Vol 2. 2da ed. Cuba: Editorial de Ciencias Médicas; 2014.
2. Factores de riesgo y Determinantes de la Salud. Rev de Salud Pública [Internet]. (XVII) 4:53-68, dic. 2013 [citado 2017 Dic 17]. Disponible en: http://www.saludpublica.fcm.unc.edu.ar/sites/default/files/RSP13_5_09_art%206.pdf
3. Acosta Gómez Y, Rodríguez Acosta G, Rodríguez Fabrega O, Espín Falcón JC, Valdés Mora M. Envejecimiento cardiovascular saludable. Revista Cubana de Medicina General Integral [revista en Internet]. 2015 [citado 2017 Dic 29]; 31(2): [aprox. 0 p.]. Disponible en: <http://www.revmgi.sld.cu/index.php/mgi/article/view/16>



4. García Milian AJ, Creus García ED. La obesidad como factor de riesgo, sus determinantes y tratamiento. Revista Cubana de Medicina General Integral [revista en Internet]. 2016 [citado 2017 Dic 29]; 35(3): [aprox. 0 p.]. Disponible en: <http://www.revmgi.sld.cu/index.php/mgi/article/view/129>
5. Miguel Soca PE. Riesgo vascular en pacientes diabéticos con obesidad. Revista Cubana de Medicina General Integral [revista en Internet]. 2016 [citado 2017 Dic 29]; 35(1): [aprox. 0 p.]. Disponible en: <http://www.revmgi.sld.cu/index.php/mgi/article/view/143>
6. Delgado Cruz A, Naranjo Ferregut J., Camejo Macías M, Forcelledo Llano C R... Análisis de la estructura, el ciclo vital y las crisis de las familias de una comunidad. Rev Cubana Med Gen Integr [Internet]. 2002 Ago [citado 2017 Dic 29]; 18(4): 254-256. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21252002000400004&lng=es.
7. Ortega Alvelay A., Osorio Pagola MF., Fernández Vidal Ana T. Diagnóstico del funcionamiento familiar en un consultorio del médico y la enfermera de la familia. Rev Cubana Med Gen Intgr [Internet]. 2003 [citado 2017 Dic 29]; 19(2): 84-89. Disponible en: www.sld.cu/galerias/doc/sitios/pdguanabo/acompactado.doc
8. Gorrita Pérez RR, Ortiz Reyes D, Alfonso Hernández L. Tiempo de lactancia materna exclusiva y estructura familiar. Rev Cubana Pediatr [Internet]. 2016 Mar [citado 2017 Dic 29]; 88(1). Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-75312016000100006&lng=es
9. Martínez Vasallo HM. La familia: una visión interdisciplinaria. Rev .Med. Electrón. [Internet]. 2015 Oct [citado 2017 Dic 29]; 37(5): 523-534. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1684-18242015000500011&lng=es.



10. Cuba-Fuentes M, Romero-Albino Z, Cuellar-De la Cruz Y. Relación de tipo y ciclo vital familiar con la presencia de problemas psicosomáticos en un consultorio docente de medicina familiar. Rev Med Hered [Internet]. 2014 Abr [citado 2017 Dic 29]; 25(2): 68-72. Disponible en: http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1018-130X2014000200003&lng=es.

11. Pernas Álvarez IA. Funcionalidad de parejas jóvenes camagüeyanas en etapa de formación del ciclo vital familiar. AMC [Internet]. 2011 Abr [citado 2018 Ene 06]; 15(2): 325-334. Disponible en: http://scieloprueba.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1025-02552011000200011&lng=es.

12. Vargas Murga H. Tipo de familia y ansiedad y depresión. Rev Med Hered [Internet]. 2014 Abr [citado 2017 Dic 29]; 25(2): 57-59. Disponible en: http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1018-130X2014000200001&lng=es.

13. Jaime Valdés L, Pérez Guerra L, Rodríguez Díaz M, Vega Díaz T, Díaz Rivas I. Caracterización del funcionamiento familiar en el paciente alcohólico. Acta Médica del Centro [Internet]. 2014 [citado 2018 Ene 5]; 8(1): [aprox. 6 p.]. Disponible en: <http://www.revactamedicacentro.sld.cu/index.php/amc/article/view/41>

14. La salud familiar: Caracterización en un área de salud. Rev Cubana Med Gen Integr [Internet]. 1999 Jun [citado 2018 Ene 05]; 15(3): 303-309. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21251999000300014&lng=es. 15. Cera-gmc.org [Internet]. Colombia: Cera-gmc.org; 2011-2015 [actualizado 25 de marzo de 2014; citado 25 de diciembre de 2017]. Disponible en: http://cera-gmc.org/docs/colombia_2011/monica_garcia.pdf

16. Osha .net [Internet]. España: Oshanet; 2015 [actualizado 14 de Febrero de 2016; citado 25 de diciembre de 2017]. Disponible en: <http://www.eu-osha.es>



17. Valdés González M, Hernández Rodríguez Y, Herrera Miranda GL, Rodríguez García NM. Evaluación del estado nutricional de ancianos institucionalizados en el hogar de ancianos de Pinar del Río. Rev de Ciencias Médicas de PR [Internet]. 2017 [citado el 6 de enero de 2018]; Vol. 21(5)643-651. Disponible en: <http://www.revcmpinar.sld.cu/index.php/publicaciones/article/view/3234>.
18. Carrillo Prieto E, Aragón Chicharro S, García Meana JF, Calvo Morcuende B, Pajares Bernardo M. Disfagia y estado nutricional en ancianos institucionalizados. Gerokomos [Internet]. 2016 Des [citado 2018 Jan 06]; 27(4): 147-152. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1134928X2016000400004&lng=pt.
19. Rodríguez M, Cuevas I, Mirabal M, Ruíz L. Vigilancia de eventos adversos de la vacuna polisacárida meningocócica A y C durante una campaña de vacunación en Níger. Vaccimonitor [Internet]. 2014 Ago [citado 2018 Ene 01]; 20(2): 17-23. Disponible en: http://scieloprueba.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1025-028X20167681000200004&lng=es.
20. Bess Constanté S. Anuario Estadístico de 2016. Vol. I. 45ª ed. La Habana: Ecimed; 2008. Disponible en: <http://bvscuba.sld.cu/anuario-estadistico-de-cuba/>