

INSTITUTO SUPERIOR DE CIENCIAS MÉDICAS  
“DR. SERAFÍN RUIZ DE ZÁRATE RUIZ”  
SANTA CLARA, VILLA CLARA

## COMUNICACIÓN

### VALORIZACIÓN SOCIAL DE LA MEDICINA FAMILIAR DESDE UN PROGRAMA DE ATENCIÓN Y DIAGNÓSTICO AL LACTANTE DE RIESGO

Por:

Dra. Irina de la Teja Malagrida<sup>1</sup>, Dra. Maribel Alonso Ramírez<sup>2</sup> y Dra. Lilia Esther Molerio Sáez<sup>3</sup>

1. Especialista de I Grado en Neonatología y Especialista de I Grado en Medicina General Integral. Asesora Metodológica del Vicerrectorado Docente. Asistente. ISCM-VC.
2. Especialista de II Grado en Neonatología. Asistente. ISCM-VC.
3. Especialista de I Grado en Medicina Interna. Asesora Metodológica del Vicerrectorado de Posgrado. Asistente. ISCM-VC.

**Descriptor DeCS:**

ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD  
CALIDAD DE VIDA  
MEDICINA FAMILIAR

**Subject headings:**

PRIMARY HEALTH CARE  
QUALITY OF LIFE  
FAMILY PRACTICE

El objetivo fundamental de esta comunicación es divulgar cómo con la capacitación del Médico General Integral, mediante un programa que complementa la atención y diagnóstico del lactante de riesgo, se logra valorizar la Medicina Familiar y mejorar la calidad de vida de este grupo poblacional.

La salud es un valor social:

Carlos Marx, en su obra Tesis, refuta a Feuerbach y refiere: “La esencia humana no es algo abstracto, inherente a cada individuo, es en realidad el conjunto de sus relaciones sociales”. La salud debe ser entendida como “la calidad de la existencia del hombre determinada por su relación armónica con el medio natural y social que le corresponde”<sup>1</sup>.

La existencia saludable del ser humano satisface necesidades esenciales para él: La calidad de su vida, su vínculo estable con la naturaleza y su relación con los demás hombres.

La salud posee carácter sistémico, y en ella predominan:

- Ausencia de daños morfológicos.
- Ausencia de limitaciones funcionales.
- Determinado nivel de bienestar subjetivo.
- Determinado nivel de bienestar social, o sea, de posibilidades sociales de desarrollo del individuo en el plano económico, cultural, etc.
- Determinado nivel de desarrollo de la personalidad referido a la autorrealización de sus potencialidades productivas y su autodominio<sup>2</sup>.

Como vemos, se interrelacionan los factores biológicos y psicosociales, entre otros. Para el restablecimiento de la salud se requieren múltiples condiciones, y entre ellas se destacan las relativas al sistema de salud pública existente en cada sociedad, en el que se produce una interrelación importante individuo-sociedad-profesional de la salud.

Las condiciones económicas convierten la salud en un valor concreto, “salud versus situación económica”.

Sir. George Alleyne, Director General de la Organización Panamericana de la Salud en Ginebra, planteó en el VII Seminario Internacional de la Atención Primaria de Salud (APS): “Son efectos de la pobreza en América Latina la peor atención prenatal, las elevadas tasas de mortalidad infantil y materna...”.

Existe una relación directa pobreza-enfermedad. Los pobres gastan más en salud.

A mayor pobreza más enfermedad, menor acceso a la información, menos acceso a los servicios y disminución del ingreso (curva de Lorenz). (Sir George Alleyne. Comunicación personal. VII Seminario Internacional de Medicina Familiar. Año 2000).

En las sociedades capitalistas actuales, con el auge de la biomedicina, la explicación mística de la salud es desplazada por una comprensión científica, aunque ésta se limita a su determinación biológica. Por todos es conocida la importancia de los factores sociales en el proceso salud-enfermedad. Es obvio que los accidentes, el alcoholismo y la drogadicción, están más relacionados con las condiciones de vida de los individuos que con factores genéticos o fisiológicos<sup>3</sup>.

Sobre el Médico de la Familia Fidel expresó: “Los hombres y mujeres de mejor calidad humana han de estar en este frente”, al referirse a las motivaciones que deben regir la conducta del personal de la salud. “Con el Médico de Familia se creó un nuevo programa y una nueva especialidad, convertimos la generalidad en especialidad”.

La década de 1990 sorprende a la sociedad cubana con el derrumbe del campo socialista. Los paradigmas, como modos de pensar de una determinada comunidad científica, orientan la conducta de ésta; el cambio de paradigmas tiene grandes implicaciones. La Revolución científico-técnica y los adelantos de ésta, entre otras causas, hacen que el hombre de hoy sea mucho más instruido y exigente, por lo que el médico necesita mayor ampliación y profundización del conocimiento para interrelacionarse con él.

Con el desarrollo de la práctica social y la aparición del sistema de las ciencias teóricas, se abre una nueva etapa en la evolución del pensamiento teórico de la humanidad. El modo del pensamiento de nuestra época se fundamenta en el resultado de toda la historia de la práctica histórico-social y se caracteriza por la reflexión sobre los tránsitos entre los contrarios, reflexión que sólo es posible si analizamos la contradicción comunidad mediada de contrarios<sup>4</sup>.

La actitud de los hombres ante su salud es histórico-concreta, y depende no sólo de las condiciones sociales existentes, sino también de las valoraciones que hace acerca de la misma, de sus conocimientos, costumbres, hábitos, condiciones de vida, y del grado de satisfacción de sus necesidades. La salud, en su calidad de valor concreto, tiene como reto mantener sus conquistas, conscientes de que la medicina social tiene una importantísima función: comprender que los graves problemas económicos de Cuba se resuelven mediante la acción conjunta de la instituciones, profesionales de la salud y el trabajo de la comunidad, para tratar de cambiar paradigmas viejos por otros nuevos, desde una perspectiva integradora de la salud en todos sus niveles de atención al hombre y la sociedad.

El programa de capacitación<sup>5-7</sup> para médicos de la APS constituye una herramienta importante para el diagnóstico y tratamiento de aquellas alteraciones de la salud que presentan los lactantes una vez egresados de la maternidad, y que pudieran ser diagnosticadas y tratadas oportunamente por el equipo de salud que trabaja en las comunidades; muchos de estos niños resultan muy afectados en su calidad de vida, y en la opinión social de la labor que realiza el médico de la APS. Mediante el programa se implantaron nuevos y mejorados procedimientos médicos, se introduce y valida un sistema organizativo en la comunidad, se ofrece atención sanitaria a lactantes de riesgo con la finalidad de consolidar la infraestructura ya existente, a la que se le aportan cambios cualitativos y cuantitativos, con el impacto consecuente sobre la salud individual y social que se inserta en los propósitos y objetivos de “Salud para todos” trazados por el MINSAP a partir de los acuerdos de la conferencia Internacional celebrada en Alma Atá (1978), organizada por la OMS y el fondo de Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF).

La identificación de necesidades de salud y la determinación de prioridades obedece en la investigación a la aplicación del método epidemiológico, para seleccionar los principales problemas que requieren solución y que se expresan comúnmente en términos de prevalencia, incidencia, gravedad y vulnerabilidad de los daños de la salud. Una vez confeccionando el programa, capacitamos a los médicos de familia en torno a esta problemática, transitando de los conocimientos teóricos a la práctica mediante la aplicación consecuente del método clínico. El programa se realizó con el propósito de establecer estrategias de atención comunes al lactante de riesgo, y consecuentemente, mejorar su calidad de vida. Fueron definidos los siguientes objetivos para realizar el programa:

**Objetivos generales:**

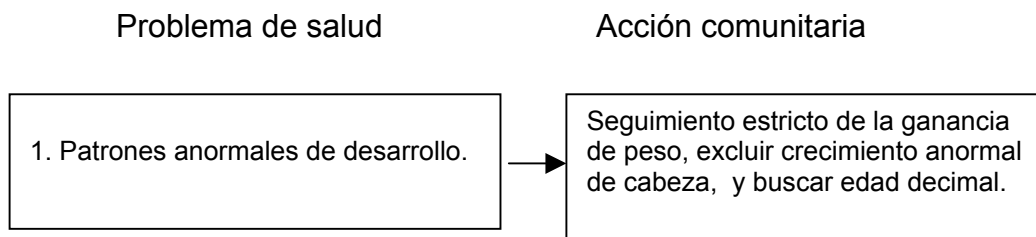
- ◆ Mejorar la atención y evaluación del lactante de riesgo.
- ◆ Satisfacer las necesidades biológicas y psicosociales del proceso de crecimiento y desarrollo.

**Objetivos específicos:**

- ◆ Capacitar a los recursos humanos implicados en la atención al lactante de riesgo, en los diferentes problemas de salud.
- ◆ Establecer las bases fundamentales para el diseño, desarrollo y aplicación de un programa de intervención previamente elaborado.

Se definieron las funciones que complementan los contenidos de la Carpeta Metodológica referentes al programa Materno-Infantil y del Médico y Enfermera de la Familia; además, las actividades específicas que debían ser desarrolladas por el equipo de salud para dar cumplimiento al programa.

A continuación se describen los diferentes problemas de salud identificados y contenidos en el programa de capacitación y la acción comunitaria correspondiente:

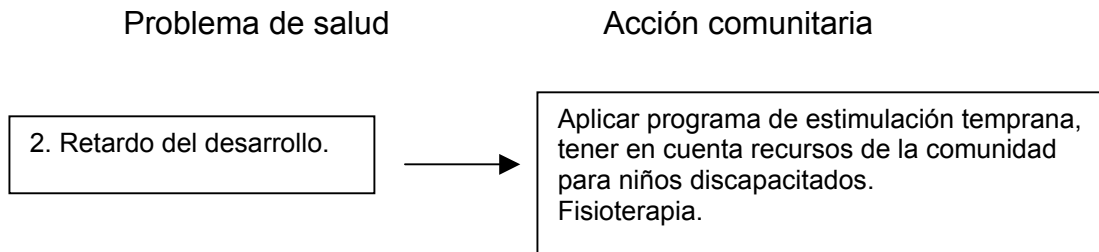


**Crecimiento en lactancia de riesgo:**

Las mediciones seriadas del peso, longitud y circunferencia cefálica, son índices precisos de salud o enfermedad. La vigilancia del crecimiento proporciona una indicación de bienestar constante del niño que estuvo enfermo, lo adecuado de los cuidados en una diversidad de enfermedades y el pronóstico del desarrollo neurológico en la población de alto riesgo. Es frecuente que el crecimiento de estos niños sea inadecuado, aunque la mayoría alcanza finalmente la talla apropiada para su edad.

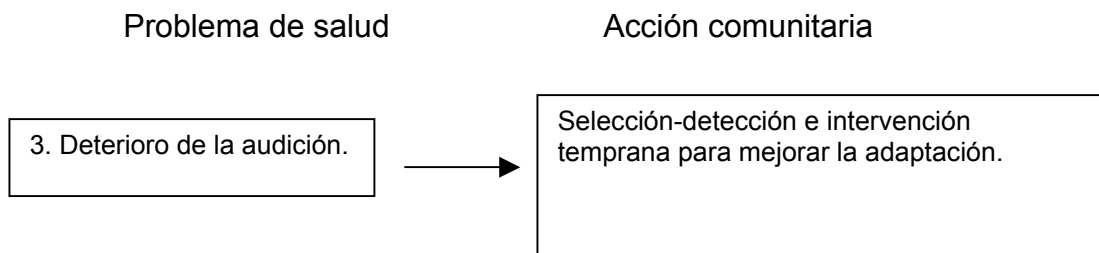
Un niño con asfixia grave, al finalizar el primer año de vida, se encuentra por debajo de todos los percentiles para los tres indicadores; desde muy temprano, con este dato se puede iniciar el apoyo y la asesoría a los padres para asegurar que el lactante adquiera el máximo potencial, y pueda hacerse su remisión oportuna para iniciar la estimulación y fisioterapia. El crecimiento subnormal de la cabeza puede ser ocasionado por una craneosinostosis, la cual es la única causa corregible de microcefalia. La hidrocefalia puede obedecer a múltiples causas, constituye una secuela mayor

en el menor de 1500 g, y la hemorragia intracraneal es una causa común de estas afecciones. Por tanto, es imprescindible el seguimiento evolutivo de la circunferencia cefálica para tomar conducta, si el crecimiento cefálico es menor de 0,5 cm/semana en los primeros tres meses, y de 0,25 cm/semana en el segundo trimestre. Si el crecimiento excede de 1,25 cm/semana, se debe investigar hidrocefalia. En cabezas grandes se ha observado una relación entre longitud corporal y la circunferencia cefálica de 1,12 a 1,32 cm.



El dato anormal más común en lactantes egresados de la Unidad de Terapia Intensiva Neonatal (UTIN) es la hipotonía, incluyendo el retraso para el control de la cabeza. Pocos niños inicialmente están espásticos; si esta última aparece, se observa en las piernas, y casi siempre es proximal (maniobra talón-oído y ángulo poplíteo positiva). La hipotonía y el poco control de la cabeza se manifiesta en el examen físico con el signo de la bufanda positivo. En los tres primeros meses hay que mostrarse cauteloso en cuanto a emitir un pronóstico. La inmensa mayoría de los hipotónicos resuelven el problema entre los 12 y 18 meses. Después de los tres meses (corregida la edad gestacional), se descubren con mayor facilidad los lactantes anormales y, en particular, aquellos espásticos. El signo del ángulo poplíteo es muy útil porque identifica la espasticidad proximal (caderas y rodillas) y distal (rodillas y pies) en los lactantes con anomalías severas. La mayoría de los médicos de la comunidad desconoce el método de los “ángulos franceses o de Amiel Tisson”, ya que en su carrera el aprendizaje básico está fundamentado en el examen neurológico clásico. Estos lactantes pueden ser evaluados e identificados aquellos problemas referidos al tono postural mediante el examen de Amiel Tisson, que es un método sencillo, seguro, y requiere poco tiempo para su realización.

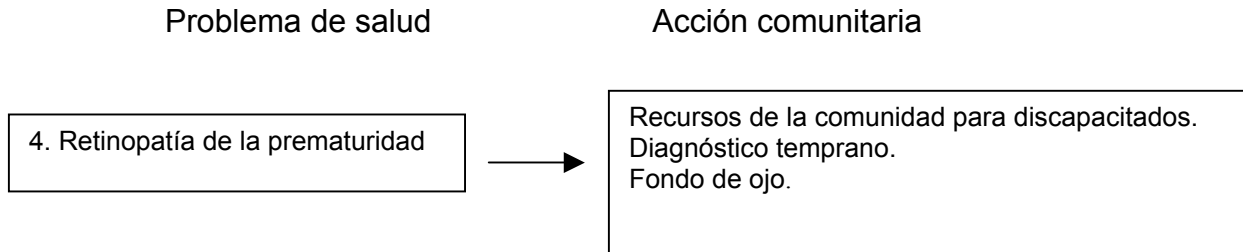
El éxito de la estimulación neuromotora radica en que ésta se realice precozmente, aun sin un diagnóstico definido.



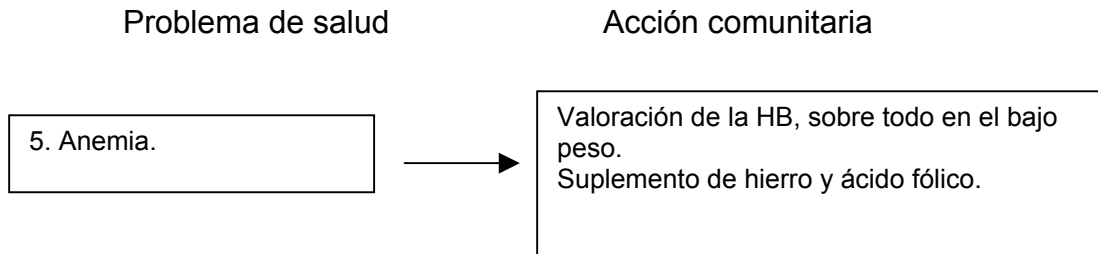
Se encuentra instrumentado un programa en este sentido, mediante la indicación de potenciales evocados auditivos.

Registro de alto riesgo de sordera.  
Antecedente familiar de sordera.  
Oídos malformados

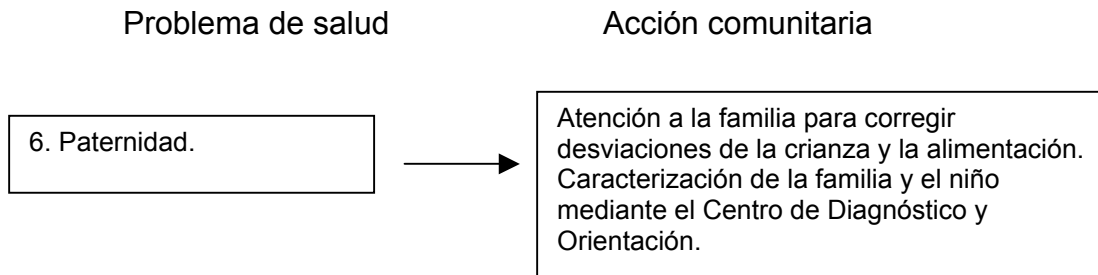
Malformación de la cara (paladar hendido, atresias de coanas).  
Premadurez  
Hiperbilirrubinemias  
Meningitis  
Fármacos ototóxicos  
Infección del grupo TORCH (toxoplasmosis, rubéola, citomegalovirus y herpes simple).



La visión es esencial para el desarrollo y la unión materno-infantil normales; en consecuencia, es necesario valorar los ojos del lactante, fundamentalmente en los recién nacidos con bajo peso y, sobre todo, en el menor de 1500 g sometido a tratamiento prolongado con oxígeno. El examen debe practicarse al alta y entre los tres y seis meses de edad. Si es normal el primero, no es necesario otro fondo de ojo.



La anemia en prematuros de alto riesgo es un motivo de preocupación en el seguimiento de estos niños. Definir su origen complejo, y a menudo multifactorial, es un reto. La concentración de hemoglobina en prematuros se altera por la eritropoyetina, factores nutricionales, necesidades de oxígeno, factores de dilución relativos al crecimiento y iatrogenias. Los prematuros de alto riesgo tienen necesidades nutricionales especiales durante su crecimiento y desarrollo; al acortarse este período de nutrición (último trimestre) se origina una disminución importante de los depósitos corporales y predisposición al desarrollo de una anemia nutricional. Se describen otras carencias en los pretérminos, como el cobre. La carencia de ácido fólico determina una anemia megaloblástica.  
La carencia de vitamina E define un síndrome caracterizado por anemia hemolítica, trombocitosis, edemas de piernas y escroto, y rinorrea.



## RESUMIENDO:

- El programa determina un significativo aporte para mejorar la calidad de vida en la población general y en los lactantes de riesgo.
- Potencializa la política del Sistema Nacional de Salud Pública, y contribuye a la valorización de la APS en su carácter social concreto y al paradigma social del Médico General Integral.

### ***Referencias bibliográficas***

1. Barreras Enrich A, Dujarric Pulles R, Llorens Figueroa J. Filosofía y Ciencia de la salud. La Habana: Editorial Pueblo y Educación; 1991.
2. Pérez R. La psiquis en la determinación de la salud. La Habana: Editorial Científico-Técnica; 1989.
3. Prieto Ramírez D, Aguirre del Busto R. Lecturas de filosofía, salud y sociedad. La Habana: Editorial Científico-Técnica; 2000.
4. Rodríguez Ugidor L. Los principios de la lógica dialéctica. La Habana: Editorial Ciencias Sociales; 1985.
5. Bellamy C. Estado mundial de la infancia. New York: UNICEF; 2000.
6. Organización Mundial de la Salud. The World Health Report 1999. Making a difference. Geneva: OMS; 1999.
7. Cuba. Ministerio de Salud Pública. Cumbre mundial de la infancia: plan de acción para su cumplimiento. La Habana: MINSAP/UNICEF; 1991.