

Comunicación Breve

Flujograma para la realización del terreno familiar en la Atención Primaria de Salud

Flujogram for the realization of the family field in Primary Health Attention

Dr. Israel Isidoro Díaz Roig¹, Dra. Leipsi Díaz Hernández¹, Dra. Carmen Lyzzi Rey Veitía¹.

1. Universidad de Ciencias Médicas. Sancti Spiritus. Cuba.

RESUMEN

Fundamento: El terreno familiar es una actividad propia de la Medicina General Integral, que se realiza con el objetivo de lograr cambios positivos en las personas y las familias, este sigue una secuencia lógica, de la que no se ha encontrado en la búsqueda realizada un flujograma que facilite a los equipos básicos de salud su realización. **Objetivo:** proponer un flujograma para la realización del terreno familiar. **Desarrollo:** se realizó la búsqueda de la bibliográfica disponible en la red de bibliotecas del país. **Conclusiones:** el flujograma propuesto para el terreno familiar consta de 17 procedimientos y un gráfico resumen.

DeCS: MÉDICOS DE FAMILIA; ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD; NÚCLEO FAMILIAR; VISITA DOMICILIARIA.

Palabras clave: Médicos de familia; atención primaria de salud; núcleo familiar; visita domiciliaria.

ABSTRACT

Background: The family field is a characteristic activity of the Integral General Medicine that is carried out with the objective of achieving positive changes in people and families, it follows a logical sequence, of which a flujogram that facilitates to the basic teams of health has not been in the found out in the searching made. **Objective:** to propose a flujogram for the realization of the family field. **Development:** the available search of the bibliographical one in the net of libraries of the country was carried out. **Conclusions:** the proposed flujogram for the family field consists of 17 procedures and a graph summary.

MeSH: PHYSICIANS FAMILY; PRIMARY HEALTH CARE; NUCLEAR FAMILY; HOME VISIT.

Keywords: Physicians family; primary health care; nuclear family; home visit.

INTRODUCCIÓN

Desde los tiempos primitivos los médicos visitaban a sus pacientes en el hogar, no había hospitales, los que no podían deambular, recibían asistencia médica en su casa. En la Edad Media surgieron los primeros hospitales ¹.

En Cuba antes de la Revolución, recibían visitas médicas en el hogar los que podían pagar la medicina, los usuarios de clínicas mutualistas y algunos pobres por el facultativo de la semana. Ya en el siglo XX, el modelo de las Casas de Socorro, mantuvo el servicio de asistencia a domicilio.

Con los policlínicos integrales, las visitas médicas al hogar quedaron relegadas hasta los primeros años de la década del 70.

En 1974, con el surgimiento de la medicina en la comunidad, las visitas domiciliarias, programadas por la dispensarización y a solicitud de los pacientes, tomaron auge. Con la creación en 1984 del Médico y Enfermera de Familia, la visita médica al hogar cobra un impulso, después de implantarse la iniciativa del ingreso en el hogar, como participación comunitaria ^{1,3}.

El terreno familiar es la actividad realizada por el médico en las viviendas de las familias ⁴. Mediante el terreno, el médico identifica la condición de morbilidad de cada uno de los integrantes de la familia, los clasifica en grupos dispensariales, obtiene la información para registrar las visitas familiares y la evaluación que realiza de las modificaciones en las condiciones de vida, en la Historia Clínica Familiar (HCF). Lleva el vínculo estudiantil o laboral de sus integrantes, condiciones estructurales de las viviendas, tenencia o no de animales domésticos, existencia o no de hacinamiento, entre otras ^{1,5}.

En la bibliografía consultada es escasa la información para que los profesores, estudiantes y residentes direccionen los diferentes momentos del terreno familiar mediante un instrumento estructurado y sintético, por lo que el estudio tiene como objetivo: Proponer un flujograma para la realización del terreno familiar.

DESARROLLO

Se realizó una búsqueda bibliográfica de artículos editados en la red nacional, además de las publicaciones registradas en las bases de datos de Infomed, donde están incluidos autores cubanos relacionados con la Atención Primaria de Salud (APS). Se redactaron procedimientos, se organizaron de manera lógica y se diseñaron gráficos para facilitar la comprensión del flujograma.

El terreno familiar consta de tres momentos. Introducción, desarrollo y conclusiones.

Introducción

1. Se selecciona a la familia a visitar ya sea por corresponderle el terreno, según la frecuencia mínima de evaluación o por solicitud de la familia ³.
2. Llevar por parte del equipo básico de salud los instrumentos necesarios para la visita HSF, historia clínica individual de cada integrante, esfigomanómetro, estetoscopio, estetoscopio de Pinard, entre otros).
3. Definir por los objetivos que se persiguen.
4. Presentación a la familia, elemento empático importante para lograr el clima deseado, si estuviera algún profesor u otra persona que no es del equipo de salud, presentarlo, ello le da carácter oficial, científico y ético. Se explica la importancia del terreno argumentando y poniéndose de acuerdo con la familia sobre los objetivos.

Desarrollo

Se comienza la entrevista familiar, se realizan preguntas que responde la familia sobre los elementos de la HSF ^{4,6}.

- Preguntar a cada integrante de la familia aspectos relacionados con el proceso salud enfermedad, para precisar si existen alteraciones que afecten el funcionamiento familiar ⁶.
- Preguntar sobre las características higiénicas de la vivienda en interacción con la familia, puede evaluar de forma previa ⁷.
 - Índice de hacinamiento y aislamiento de los habitantes, evaluarlo según los criterios:

Evaluación	Índice de hacinamiento	Aislamiento de los habitantes
Bueno	Menos o igual a dos y la vivienda cuenta con sala y comedor.	Posible aislamiento de los habitantes y separación por dormitorios de los adolescentes y adultos de distinto sexo, excepto matrimonios.
Regular	Índice menor o igual a dos y la vivienda cuenta con sala y comedor.	No hay posibilidad de aislamiento de los habitantes o no hay separación de dormitorios.
Malo	Índice alto, cuando mayor de dos y carece de sala y comedor.	No hay posibilidad de aislamiento de los habitantes o no hay separación de dormitorios.

Personas que viven en la vivienda

Fórmula para hallar el índice: Número de locales en que duermen, hacinamiento ⁴.

- Preguntar sobre riesgos accidentes.
- Indagar por condiciones del media ambiente ^{10,11}.

Evaluación	Criterios
Buena	No presencia de ningún agente agresor o de estarlo, no originar afectaciones a la salud.
Regular	Presencia de agentes agresores y originan afectaciones que pueden eliminarse con relativa facilidad.
Mala	Presencia de agentes agresores y originan afectaciones a la salud graves, que no pueden eliminarse fácilmente.

- Precisar si hay animales en la vivienda ¹².

Evaluación	Criterios
Bueno	No hay animales o los hay que no afectan la higiene (no incluye los de corral).
Regular	Existen animales y se requieren medidas para evitar un problema higiénico.
Malo	Existen animales y constituyen un problema higiénico.

- Condiciones estructurales de la vivienda y se visitan todas las habitaciones.

Evaluación	Criterios
Buena	Sólida, puntal de 2,5 metros o más. Elementos diferenciados. Buena ventilación e iluminación.
Regular	Sólida, puntal de 2,5 metros o más. Elementos diferenciados. Buena ventilación, requiere reparación.
Mala	Insegura (grietas y apuntalamiento). Puntal bajo, sin clara separación entre elementos, mala ventilación e iluminación.

- Factores socioeconómicos^{4,5,11,13}
 - Cultura sanitaria.

Evaluación	Criterios
Buena	Aceptan orientaciones médicas, conocen sobre promoción y las practican. Tienen buena higiene personal y colectiva.
Regular	Aceptan parcialmente las orientaciones médicas, sobre promoción, pero no las practican. Tienen buena higiene personal y colectiva.
Mala	No aceptan consejo médico, no se orientan a través de programas de promoción pero, no las practican. La higiene personal y colectiva es deficiente.

- Características psicosociales.

Evaluación	Criterios
Buenas	Todos los miembros en edad trabajan o estudian, mantienen relaciones armónicas con los vecinos y participan en las tareas de las organizaciones de masas.
Regular	Por lo menos uno no trabaja o estudia de acuerdo a su edad, por causas ajenas, tienen conflictos con los vecinos por patrones inadecuados de conducta y participan a veces en las tareas de las organizaciones de masas.
Mala	Por lo menos uno no trabaja o estudia por inclinación propia, conflictos con los vecinos incluyendo actividades delictivas casi nunca participan en las tareas de las organizaciones de masas.

- Satisfacción de las necesidades básicas.

Evaluación	Criterios
Buena	Satisfacen sus necesidades de alimentación, recreación, instrucción y medios para garantizar la higiene personal y colectiva.
Regular	No satisfacen algunas de las necesidades básicas o lo hacen parcialmente.
Mala	Presentan serias dificultades para satisfacer sus necesidades de alimentación, recreación, instrucción y medios para garantizar la higiene personal y colectiva.

- Se define el tipo de familia: Nuclear, extensa o ampliada.
- Se evalúa si hay o no, crisis familiares.
- Se rectifica la etapa del ciclo vital en que se encuentra.
- Se precisa si el familiograma sigue igual.
- Se evalúa la funcionalidad de la familia, según el test de FF-SIL ¹².

1. Hace examen físico no detallado de cada paciente, dirigido a la búsqueda de enfermedades ocultas, hipertensión arterial, anemia, entre otras.
2. Se realizó una revisión total de la vivienda, donde se pudo comprobar las características higiénico-sanitarias, dirigida a identificar alteraciones y las características socio-económicas. Se precisó que este "examen físico" se efectuó con total privacidad, respetando la ética y se enfocó a las características de la familia, ejemplo si existen niños y ancianos, no se pudo olvidar buscar riesgos de accidentes.
3. Se procede entonces a evaluar de conjunto con la familia, las características higiénico-ambientales y socio-económicas.
4. Se precisó con ayuda de la familia los problemas detectados ya sea biológicos, psicológicos y sociales o problemas que afectan la salud de los integrantes.
5. Priorizar con la familia, los problemas de acuerdo a la magnitud de los mismos, gravedad, eficacia para resolverlos y factibilidad.
6. Se buscan alternativas de solución de los problemas, medidas a tomar, las que pueden ser más de una por problema, con su fecha de cumplimiento a corto, mediano y largo plazo precisando la fecha.
7. Se escribe en la historia individual, si este terreno es además a una persona con su problema de salud y su perspectiva familiar.
8. Se escribe el terreno familiar con el jefe del hogar con perspectiva familiar, pero haciendo mención al estado de salud de los individuos, problemas familiares y recomendaciones dejadas.
9. Se escribe en la historia de salud familiar, todos los elementos evaluados, sobre todo problemas-medidas-fechas, pues los demás elementos se escriben mientras se desarrolla la actividad.

Conclusiones

1. Se realiza el resumen general de la visita por parte del médico, haciendo énfasis en lo más relevante.
2. Se fija la fecha de la próxima visita, en dependencia de los problemas detectados y la frecuencia mínima de evaluación.
3. Se dan las gracias y se produce la despedida.



CONCLUSIONES

El flujograma propuesto para el terreno familiar consta de 17 procederes y un gráfico resumen.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Díaz Novás J, Gallego Machado BR, León López R. La visita médica al hogar. Rev Cubana Med Gen Integr [Internet] 2007; [citad: 2014 dec];23(1). Disponible en: http://www.bvs.sld.cu/revistas/mgi/vol23_01_07/mgi13107.htm
2. Sosa LI, Lefèvre P, Guerra CM, Ferrer FL, Rodríguez SA, Bonet GM et all. Propuesta metodológica para la planificación, implementación y evaluación participativas en Áreas de Salud - Consejos Populares. Rev Cubana Med Gen Integr. 2013 Abr-jun [citado 2014 dec];29(2). Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21252013000200008
3. Alfonso POA, Gómez VMR, Galván NT, Villamil FK, Díaz FS. Propuesta de un instrumento docente para ser utilizado por los estudiantes de medicina como guía en la realización de la visita de terreno a partir de los determinantes del estado de salud. Mediciego [Internet]. 2013 [citado: 2014 dic];9(1). Disponible en: http://bvs.sld.cu/revistas/mciego/vol19_01_13/vol19_01_13.html
4. Cuba. Minsap. Programa del Médico y la Enfermera de la Familia. Editorial Ciencias Médicas;2011. Disponible en: <http://files.sld.cu/sida/files/2012/01/programa-medico-y-enfermera-2011-vigente.pdf>
5. Colectivo de autores. Instrucciones para llenar la historia de salud familiar. En: Medicina general integral. La Habana: Editorial de Ciencias Médicas;2014.p.620-623.
6. Louro BI. Entrevista familiar. En: Medicina general integral. La Habana: Editorial de Ciencias Médicas; 2014.p. 627-631.
7. Álvarez SR. Higiene de la vivienda y sus alrededores. En: Medicina general integral. La Habana: Editorial de Ciencias Médicas;2014.p.276.
8. Suárez TS. Suelo y control sanitario de los desechos sólidos. En: Medicina general integral. La Habana: Editorial de Ciencias Médicas;2014 p. 262-266.
9. Romero PM, Álvarez TM. Salud ambiental. En: Medicina general integral. 2014 Editorial de Ciencias Médicas. Volumen I, Capítulo 27. p. 225-231.
10. Del Puerto RA, Suárez TS. Control de vectores. En: Medicina general integral. La Habana: Editorial de Ciencias Médicas;2014.p.267-275.
11. Álvarez SR. Salud familiar. En: Medicina general integral. La Habana: Editorial de Ciencias Médicas;2014.p. 149-159.
12. Louro BI. Familia en el ejercicio de la medicina general integral. En: Medicina general integral. La Habana:Editorial de Ciencias Médicas; 2014. p. 533-554.
13. Louro Bernal I, Infante Pedreira O, Cuesta Freijomil D, Pérez González E, González Benítez I, Pérez Pileta C, et al. Manual para la intervención en salud familiar. La Habana; Editorial Ciencias Médicas;2002. Disponible en: http://www.sld.cu/galerias/pdf/sitios/rehabilitacion-temprana/manual_para_la_intervencion_en_la_salud_familiar.pdf

Recibido: 2015-07-28

Aprobado: 2015-10-07