

Proceso de formación del médico de familia en la atención del paciente post ictus.

Training process of the family doctor in the care of the post-stroke patient.

Dr. Angel Oshumaré Chacón Alpí,¹ Dra.C.Maely Ramírez Rodríguez,² Dra.C.Dayamí Gutiérrez Vera,³
Lic. Angélica Oshumaré Chacón Alpí.⁴

¹Universidad de Ciencias Médicas de Pinar del Río. Policlínico Universitario Pedro Borrás Astorga. Residente de Tercer Año en Medicina Familiar. Consultorio Médico No.11. Pinar del Río. angelchaconalpi@gamil.com ORCID <https://orcid.org/0009-0007-6867-6882>

²Universidad de Ciencias Médicas de Pinar del Río. Facultad de Ciencias Médicas "Dr. Ernesto Che Guevara de la Serna". Doctora en Ciencias de la Enfermería. Profesora Titular. Investigadora Titular. Departamento Carrera de Enfermería. Pinar del Río. maelys1561@gamil.com ORCID <https://orcid.org/0000-0001-7604-0074>

³Universidad de Ciencias Médicas de La Habana. Facultad de Tecnología de la Salud. Doctora en Ciencias de la Educación Médica. Profesora Titular. Investigadora Titular. Departamento Carrera Sistema de Información en Salud. La Habana. daymiqvera@infomed.sld.cu ORCID <https://orcid.org/0009-0001-1646-3806>

⁴ Universidad de Ciencias Pedagógicas Rafael María de Mendive. Licenciada en Educación: Lenguas Extranjeras. Profesor Instructor. Pinar del Río. angelicaoshumarechaconalpi@gmail.com ORCID <https://orcid.org/0009-0007-3944-2083>

RESUMEN

Introducción: el proceso de formación del médico de familia ha tenido transformaciones que obedecen a las necesidades nacionales e internacionales. Objetivo: sistematizar los conocimientos sobre proceso de formación del médico de familia en la atención del paciente post ictus en el entorno familiar a través de los resultados de investigaciones realizadas sobre el tema. Método: se realizó una revisión documental, investigación cualitativa y descriptiva, se emplearon métodos teóricos: el histórico-lógico, analítico-sintético, inductivo deductivo. Se revisó la literatura científica entre los meses de Mayo y Diciembre de 2024. La recolección de la información se realizó en las bases de datos Medline, SciELO, PubMed y Google Académico. De los 71 artículos consultados fueron utilizados 29 como referencias bibliográficas, predominando las publicaciones realizadas durante los últimos cinco años y otras previas según la relevancia. Resultados: la formación del especialista en Medicina familiar se rige por el programa de formación de la especialidad, que se implementó por primera vez en el año 1985, y que se ha modificado en varias ocasiones 1990, 2000, 2004, 2018 y 2021, donde los contenidos en la atención del paciente post ictus en el entorno familiar de los programas de la residencia de Medicina Familiar son escasos. Conclusiones: la formación del médico de familia en la atención del paciente post ictus es crucial para asegurar un enfoque integral que

contemple no solo las necesidades médicas del paciente, sino también el apoyo y la educación necesaria para los familiares.

Palabras clave: MEDICINA FAMILIAR; ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD; PREVENCIÓN; ICTUS; SUPERACIÓN

ABSTRACT

Introduction: the training process of family physicians has undergone changes that respond to national and international needs. Objective: to systematize knowledge about the training process of the family physician in the care of the post-stroke patient in the family setting through the results of research conducted on the subject. Method: a documentary review, qualitative and descriptive research, theoretical methods were used: historical-logical, analytical-synthetic, inductive-deductive. The scientific literature was reviewed between the months of May and December 2024. The information was collected in the Medline, SciELO, PubMed and Google Scholar databases. Of the 71 articles consulted, 29 were used as bibliographic references, with publications from the last five years predominating, as well as previous ones depending on their relevance. Results: the training of the Family Medicine specialist is governed by the specialty's training program, which was first implemented in 1985, and which has been modified several times 1990, 2000, 2004, 2018 and 2021, where the contents on post-stroke patient care in the family environment of the Family Medicine residency programs are scarce. Conclusions: the training of the family doctor in post-stroke patient care is crucial to ensure a comprehensive approach that considers not only the patient's medical needs, but also the necessary support and education for family members.

Keywords: FAMILY MEDICINE; PRIMARY HEALTH CARE; PREVENTION; STROKE; OVERCOMING

INTRODUCCIÓN

La medicina familiar surge en una espiral dialéctica de desarrollo ascendente ante el imperativo de satisfacer la necesidad social de una atención médica que garantice un servicio de salud eficiente y humano, de alta calidad científico-técnica y a un costo sostenible. ⁽¹⁾

El proceso de formación del médico general tomó auge desde el siglo XIX hasta las primeras décadas del XX. Es la única especialidad médica que no ha surgido del progreso de las ciencias médicas y tecnológicas, sino por la necesidad de atender imperiosos problemas sociales, tanto de las comunidades como del Estado. ⁽²⁾

El médico general desde la época colonial era el responsable de las familias, es decir, un profesional de alta calificación, con conocimientos sobre medicina, que se ocupaba de la salud en la comunidad y lo distinguían como el "médico de cabecera"; también se desempeñaba como consejero sobre problemas educacionales y matrimoniales, entre otros. ⁽²⁾

En la década de los 40, se crearon academias y colegios dedicados a la medicina general para impulsar una práctica médica con base en el modelo del médico de familia. En Canadá se fundó el

Colegio de Médicos de Familia en 1954. En el año 1966, en Estados Unidos fue bautizada con el nombre de Medicina Familiar una especialidad que no existía todavía, el informe Willard lo utiliza para denominar a una forma de atención médica que debía ser creada por exigencia de la sociedad. (1)

En 1959 existían en Cuba tres sistemas nacionales de salud: mutualista, privado y estatal. De ellos, el único que pasó inmediatamente al poder revolucionario fue el estatal, el cual va a sufrir muy tempranamente importantes transformaciones. En julio de 1959, la anterior Secretaría de Sanidad y Beneficencias cambia el nombre por el de Ministerio de Salubridad y Asistencia Hospitalaria y en enero de 1960, por el que mantiene hasta la actualidad, de Ministerio de Salud Pública. (3)

En 1969, se aprobó la medicina familiar en los Estados Unidos y se crearon los programas educativos de posgrado. En 1970, en Chicago, en la Cuarta Conferencia Mundial de Médicos Generales, se estableció la Organización Mundial de Colegios, Academias y Asociaciones Generales/Médicos de Familia (WONCA por las siglas en inglés). (4)

A partir de esta década comienza un proceso de concientización en los gobiernos de Latinoamérica, los que ponen atención en sistemas de salud basados en la Atención Primaria de Salud (APS) e inspirados en el desarrollo de la medicina familiar y el papel en los procesos de reforma sanitaria. Este proceso se concreta en los años 70, con la aplicación de programas de formación posgraduada en medicina familiar. (4)

Desde 1978, en la Declaración de Alma Ata se define la importancia de la atención integral, entendida como el abordaje en salud y enfermedad desde la promoción, la educación, la prevención, el diagnóstico, la curación, la rehabilitación y la paliación, la cual debe incluir al individuo, la familia y la comunidad. (5)

El Programa del Médico y Enfermera de la Familia (6) surge como idea de Fidel Castro Ruz en el año 1983. Dicho programa significó una etapa superior en la asistencia sanitaria en Cuba por el enfoque clínico, epidemiológico y social, que integra en una misma especialidad las ciencias biológicas, clínicas y sociales. (7)

Hacer de la generalidad una especialidad fue una de las ideas fundamentales de este programa, es así como en octubre de 1985 se inició la especialidad de Medicina General Integral (MGI). Se implementó la interrelación policlínico-hospital con la visión de fortalecer la formación de este especialista y la calidad del proceso atencional; los residentes realizaban las guardias médicas en las especialidades básicas de los hospitales provinciales y, a la vez, los especialistas del segundo nivel de atención acudían a interconsultas docentes en el policlínico, lo que fortificó el claustro de profesores en la APS. (7)

La salud pública cambió en organización y métodos, ya que situó al médico de la familia como el responsable de la salud de los individuos, las familias y del medio, tratando siempre de preservarlo de esquemas burocráticos, de mantenerlo en contacto directo con la población y de que mantuviera plena consagración al trabajo. (6)

La práctica de la Medicina General Integral se fundamenta en los principios básicos de la Salud Pública y en especial a los referidos al predominio del enfoque preventivo en la atención médica y en la participación activa de la población en la identificación y solución de los propios problemas, lo que favorece la eficacia en la lucha por una elevada calidad de vida en la población, todo ello responde a las demandas que la construcción de un socialismo próspero y sostenible le plantea a la medicina cubana. ⁽⁸⁾

En tal sentido el médico de familia debe ofrecer en un modo integral de actuación, acciones efectivas en la promoción, prevención, recuperación y rehabilitación de las enfermedades involucrando al entorno familiar y los miembros de la comunidad sobre la base del encargo social.

Estas acciones efectivas en la APS están ligadas al aumento de enfermedades crónicas no transmisibles (ECNT), un claro ejemplo de esta situación es el ictus. Este razonamiento está respaldado por Burgaya et al., ⁽⁹⁾ que define el ictus como “síndrome clínico, presumiblemente de origen vascular, que se caracteriza por el desarrollo rápido de signos de afectación neurológica focal y que duran más de 24 horas o llevan a la muerte”.

El ictus es una de las entidades más estudiadas entre las afecciones crónicas no transmisibles. Está muy relacionadas con el envejecimiento poblacional, fenómeno que es particularmente evidente en los países desarrollados. ⁽¹⁰⁾ Constituye la tercera causa de muerte, la primera de discapacidad en el adulto y la segunda de demencia. Según datos de la Organización Mundial de la Salud (OMS), ⁽¹¹⁾ quince millones de personas sufren un ictus cada año; entre ellas, cinco millones mueren y otros cinco millones quedan con alguna discapacidad permanente.

En Cuba, de acuerdo con los datos del Anuario Estadístico de Salud, en los años 2021, ⁽¹²⁾ 2022, ⁽¹³⁾ 2023, ⁽¹⁴⁾ el país presentó tasas brutas de mortalidad de 125,5; 107,6; 109,6 por cien mil habitantes respectivamente. En estos años, se incrementó la tasa de mortalidad por ictus, debido a la extensión de la expectativa de vida de los cubanos, que es casi de 80 años.

Ante estas realidades desde el año 2000 se dispone de un Programa Nacional de Prevención y Control de la Enfermedad Cerebrovascular. ⁽¹⁵⁾ Este programa enfatiza en fortalecer las acciones de promoción de salud y prevención del ictus con fines educativos, el bienestar del paciente, la mayor independencia y productividad personal en la recuperación de la enfermedad, además de la integración comunitaria.

Expertos sobre el tema a nivel internacional y nacional ⁽¹⁶⁻¹⁸⁾ señalan la importancia sobre la variedad de aspectos que se ven afectados en una persona que ha sufrido un ictus, así como el papel rector del entorno familiar que intervendrá en la recuperación de este paciente, donde la familia es fundamental, en el afrontamiento de esta patología, la adhesión al tratamiento y en la imprescindible rehabilitación que van a necesitar el paciente, además del seguimiento clínico de la misma.

Ante estas realidades, la universidad médica cubana enfrenta el reto de lograr una formación posgraduada capaz de garantizar el desempeño profesional del médico de familia que permita

responder al desafiante contexto actual caracterizado por la propagación mundial de las enfermedades transmisibles con el aumento de las de las enfermedades crónicas.

Sin embargo; la proyección de pregrado y postgrado respecto a la atención del paciente post ictus en el entorno familiar muestran que no existieron actividades registradas ni acreditadas, patentizando la necesidad de superación profesional sobre la temática desde hace varias décadas.

En tal sentido el objetivo de este trabajo se plantea en: sistematizar los conocimientos sobre proceso de formación del médico de familia en la atención del paciente post ictus en el entorno familiar a través de los resultados de investigaciones realizadas sobre el tema.

MÉTODOS

Se realizó una revisión documental, investigación cualitativa y descriptiva, se emplearon métodos teóricos: el histórico-lógico, analítico-sintético, inductivo deductivo.

Se revisó la literatura científica entre los meses de Mayo y Diciembre de 2024. La recolección de la información se realizó en las bases de datos Medline, SciELO, PubMed y Google Académico.

De los 71 artículos consultados fueron utilizados 29 como referencias bibliográficas, predominando las publicaciones realizadas durante los últimos cinco años y otras previas según la relevancia. Los criterios de inclusión de los artículos para ser seleccionados fueron: pertenencia con la temática de estudio; que aborden la importancia del proceso de la formación del médico de familia en Cuba; ser metaanálisis, artículos originales, tesis, presentación de caso, artículos de revisión; se excluyeron cartas ala editor y editoriales.

Se cumplió con los principios de la ética, respetando los criterios y aportes de las investigaciones revisadas.

DESARROLLO

Para Fernández ⁽¹⁹⁾ desde el comienzo de la especialidad se insiste en el enfoque preventivo y el perfil amplio de este profesional incorporado a esta especialidad y la intención a revertir el paradigma técnico-biológico dominante, que solo consideraba de calidad la práctica centrada en el hospital y la tecnología avanzada, siempre basado en la interpretación holística del hombre, que favorece el desempeño profesional en contexto.

Citando a Ramírez ⁽²⁾, el proceso de formación de posgrado constituye una continuación natural del pregrado; esta autora añade que es imposible concebir un desarrollo sostenible del capital humano y de los procesos donde estos intervienen, sin que medie en los galenos la superación desde la actualización, la sistematización, la consolidación y la difusión de los saberes. Por tanto, el surgimiento y evolución del proceso de formación de posgrado se relaciona con el precedente curricular y el inicio del programa de la especialidad Medicina Familiar (anteriormente Medicina General Integral), ⁽²⁰⁾ lo que conllevó a una transformación de los planes de estudio de pregrado.

Sobre este tema Mesa, ⁽²¹⁾ aborda lo relativo al paradigma vigente en la formación de posgrado antes del año 1984; que se caracterizaba por ser eminentemente hospitalaria, con un enfoque predominantemente clínico para enfrentar problemas médicos bien diferenciados y en etapas de evolución que requieren atención curativa. Iniciaba una formación en el hospital y la comunidad, con enfoque clínico-epidemiológico y social, que incluye acciones de promoción, prevención y rehabilitación.

La misma autora defiende que en la atención médica el paradigma vigente antes del inicio del Programa del Médico y Enfermera de la Familia ⁽⁶⁾ se caracterizaba por una práctica médica centrada en la enfermedad del individuo, con predominio de la utilización de la tecnología, enfoque etiopatogénico fundamentalmente biologicista, con atención por especialidades, generalmente sin análisis integral del individuo. ⁽²¹⁾

Según la OMS, ⁽²²⁾ la estructura operacional de la APS para transitar de una visión global a la acción basada en tres elementos:

1. Política multisectorial y acción
2. Empoderamiento de la comunidad y la población en general
3. Integración de los servicios de salud con énfasis en la atención primaria y su función esencial.

Para Torres y Álvarez ⁽²³⁾ el ideal de médico al que se desea formar está en sintonía con lo que identifica a la Universidad cubana: humanista, innovadora, transformadora y comprometida con el pueblo. El objetivo fundamental de la Educación Superior Cubana es egresar un profesional integral, no solo instruir sobre nuevas ciencias y tecnologías, sino educar a los estudiantes en los más altos valores patrióticos, morales y éticos, así como favorecer la apropiación por las nuevas generaciones de los conocimientos necesarios de la cultura universal y de la historia de la patria.

Este profesional se conforma por las funciones: atención médica integral, educativa, investigativa, administrativa y especiales. A la universidad le corresponde identificar las debilidades del proceso de formación. El análisis de la pertinencia de las tareas de la formación en función de las necesidades de salud de la sociedad. A partir de este diagnóstico la universidad define nuevos objetivos y realiza la propuesta de estrategias innovadoras y transformadoras. ⁽²³⁾

Prieto et al., ⁽²⁴⁾ hace referencia a la formación de los profesionales de MGI en Cuba se desarrolla en la propia área de salud donde ejercen la profesión: policlínico o consultorio médico, en interacción con el resto de los integrantes del grupo básico de trabajo (GBT) y equipo básico de salud. El objeto de estudio es el propio objeto del trabajo profesional y los métodos de aprendizaje son los del trabajo profesional: el método clínico y el método epidemiológico.

Por otro lado, González et al., ⁽²⁵⁾ apunta, la educación en el trabajo en la especialidad de MGI constituye la principal forma de organización de la enseñanza. Se logran sustentar los procesos formativos en los modelos pedagógicos de la actividad (aprender haciendo) y la comunicación (relación profesor-educando y educando-paciente-familia), elevando la calidad de la asimilación de

los modos de actuación profesional a través de las diferentes actividades desarrolladas, teniendo presente que las actividades formativas están en correspondencia con la función atención médica general descrita el modelo del perfil de egreso del profesional de la carrera de Medicina.

La formación del especialista en MGI se rige por el Programa de formación de la especialidad,⁽²⁰⁾ que se implementó por primera vez en el año 1985, y que se ha modificado en varias ocasiones 1990, 2000, 2004, 2018 y 2021.⁽²⁰⁾

En el año 1985 se elabora el primer plan de estudio y programa de formación del especialista en Medicina General Integral de tránsito para los primeros profesionales que se incorporaron a la especialidad desde el inicio de otras especialidades.⁽²⁰⁾

El trabajo de García et al.,⁽²⁶⁾ sostiene en un primer momento la formación de estos futuros especialistas no se desarrolló en un consultorio de la comunidad y el programa de estudio que utilizaron fue provisional; en el mismo se contemplaba una duración de los procesos formativos de tres años. En el plan temático solamente incluía la denominación del tema, este se estructuraba con un predominio de conferencias y seminarios como formas de organización de la enseñanza; en el contenido se incluía casi exclusivamente atención al individuo y carecía de integralidad, con un gran número de horas en forma de cursos complementarios.

Sobre este programa, Mesa⁽²¹⁾ afirma que el modelo del especialista se plantearon tres dimensiones: la social, la ocupacional y la profesional. En la social se establecieron los componentes de la personalidad que debe desarrollar este especialista; en la ocupacional se reflejaba el lugar en el universo de trabajo del Sistema Nacional de Salud (SNS), por lo que se definían así las actividades profesionales (cargos) para los que se calificaba al educando en el proceso de formación.

En 1990 se elabora el segundo plan de estudio y programa de tres años de formación, por profesores paradigmas de la formación en Cuba, con experiencias en el campo de las especialidades básicas y de la salud pública y caracterizado por un sistema de conocimientos y habilidades armoniosamente entrelazados.⁽²⁰⁾

Según García et al.,⁽²⁶⁾ el diseño del programa adoptó el sistema modular, donde cada módulo contenía el objetivo, las habilidades específicas, así como los conocimientos integrados. Como hilo conductor del programa se estableció el enfoque integral y multidisciplinario, el cual hizo posible la eliminación de cursos especiales complementarios. Se determinaron dos perfiles: Político-ideológico y Profesional.

El propio autor continúa afirmando que las formas de la organización de la enseñanza incorporaron tres actividades académicas: la Discusión de Problemas de Salud, el Intercambio Semanal y el Taller. Se distingue en este programa de 1990, la introducción de la atención tutelar de los profesores.⁽²⁶⁾

En el período 1999-2000 se edita la tercera versión del programa, que mantiene una duración de tres años, así como el sistema modular con los objetivos correspondientes, pero se elimina el

sistema de habilidades, se reorganiza el contenido, integrando todos los módulos relacionados entre sí en el área correspondiente. ⁽²⁰⁾

Las acciones de promoción, prevención y rehabilitación se incluyen de forma específica en cada enfermedad. Se introdujeron y actualizaron los módulos y contenidos esenciales, así como se eliminaron otros. En el programa se incluyeron los módulos de: Metodología de Investigación, Medicina Natural y Tradicional, Urgencias Médicas clínico-quirúrgicas. ⁽²⁶⁾

Desde 2002 y hasta 2009 se puso en marcha el proyecto Revolución concebido por el Ministerio de Salud Pública, lo que constituyó un avance importante en cuanto a la accesibilidad y calidad de los servicios médicos para todos los ciudadanos. ⁽³⁾

En el 2004, se le realiza una reingeniería, pasando de tres a dos años con argumentos que sustentaban este cambio, manteniendo contenidos y habilidades en alrededor del 90% del anterior, garantizando las competencias para el puesto de trabajo. Se introduce una nueva función: Funciones especiales y se incorporan nuevamente el perfil profesional que había sido suprimido en el programa de especialidad de 1990, declarándose 61 habilidades específicas. ^(3,21,26)

Se reorganiza el contenido nuevamente, introduciéndose los módulos de Nutrición y Adulto mayor. Se introducen dos cursos: Genética Médica y Electrocardiografía. Los cursos se desarrollan de forma paralela al resto de las actividades académicas previstas en el Programa de la Residencia. Surgió el modelo del Proyecto Policlínico Universitario. ⁽²⁶⁾

Se implementa la quinta versión del programa de formación del especialista de MGI en el año 2018, el que retoma los tres años. Este nuevo programa contribuye a desarrollar un proceso docente-educativo de superior calidad que el anterior, formando mejores profesionales con alto nivel científico. Por otra parte, el incremento de las horas de estancias hospitalarias a cinco semanas a tiempo completo se considera como importante para lograr el cumplimiento de las habilidades relacionadas con la atención a enfermedades no frecuentes en el nivel primario de atención. ⁽²⁶⁾

En el año 2021 se rediseña nuevamente el programa, atendiendo a las demandas asistenciales, las prioridades del Sistema de Salud Pública de Cuba y las normativas emitidas por el Ministerio de Educación Superior, con un tiempo de duración de tres años, actualizando los contenidos según los retos asistenciales y cuadro de salud de Cuba y el mundo. ⁽²⁰⁾

Todos los programas se fundamentaron en los principios básicos de la Salud Pública cubana y en especial a los referidos al predominio del enfoque preventivo a la salud, involucrando la participación de la población en la identificación y solución de propios problemas. Diseñada bajo preceptos que le confieren un perfil amplio, que permite que el especialista desarrolle el quehacer profesional tanto en agrupaciones humanas de grandes dimensiones como la comunidad y el conjunto de familias que la integran, como en otros grupos poblacionales de instituciones educacionales y centros laborales. ⁽²⁰⁾

Estos cambios también tuvieron repercusión en la atención secundaria y terciaria, las cuales, con el paso de los años, vieron reducirse el número de casos que aflúan a cuerpos de guardia y dentro de

ellos la frecuencia con que llegaban los pacientes presentando formas graves de muchas enfermedades. El Médico de Familia fue ganando prestigio entre el gremio médico. ⁽²⁷⁾

En muchos países hay diferencia entre la medicina general y la familiar. Expresan que la medicina familiar atiende tanto niños como adultos, en el contexto familiar y comunitario con enfoque social, con acciones de promoción, prevención, diagnóstico y rehabilitación. Lo que es similar a la concepción de la Medicina General Integral de Cuba, sin embargo, en espacios de discusión y para la homologación de las especialidades no consideran a la Medicina General Integral como sinónimo de Medicina Familiar. Con la Resolución Ministerial No. 202-2024 ⁽²⁸⁾ la especialidad deja de llamarse Medicina General Integral para ser Medicina Familiar.

Puede resumirse que: el programa de formación del especialista en MGI ha tenido transformaciones que obedecen a las necesidades nacionales e internacionales, con el propósito de convertir al médico general integral en un especialista de perfil amplio, que logre la transformación del estado de salud según las demandas sociales existentes.

Al considerar el estado del arte, las tendencias internacionales y el contexto nacional, en el rediseño actual se decide el cambio de nombre de la especialidad de Medicina General Integral a Medicina Familiar que mantiene la esencia para la que fue creada por el comandante en jefe Fidel Castro Ruz.

(20)

La Medicina Familiar en Cuba constituye actualmente la especialidad más importante del país y ha facilitado el perfeccionamiento que se ha producido paulatinamente en la Atención Primaria de Salud. El aporte de la creación del especialista de Medicina General Integral ha permitido solidificar la base de atención a la población y de conjunto a la participación de la comunidad e intersectorial. En este contexto, la educación continua y permanente, marcada por reglas, guías o principios destinados a mejorar la calidad de la habilidad y el rendimiento de los proveedores de servicios de salud, se convierte en un elemento esencial, cuyo contenido debe estar directamente vinculado a los problemas de la práctica profesional, como es el caso de la atención del paciente post ictus en el entorno familiar.

Para lograrlo, es necesario implementar nuevas estrategias de enseñanza que sean transformadoras, activas, dinámicas, flexibles, realistas, relacionadas con el ámbito laboral y profesional, y que estén integradas a los servicios de salud y a la investigación científica.

Llama la atención que los contenidos de atención al paciente post ictus en el entorno familiar los programas de la residencia de Medicina Familiar son escasos y que tienen asignado un fondo de tiempo insuficiente para la extensión del contenido que incluyen.

Al analizar el plan nacional de estudio para la Carrera de Medicina ⁽²⁹⁾ aborda específicamente la atención del paciente post ictus en el entorno familiar, muy limitada. El primer acercamiento hacia la temática ictus ocurre en el sexto semestre de la Carrera de Medicina cuando el estudiante cursa el tercer año, en la asignatura Medicina interna donde solo se imparte una conferencia sobre el tema de enfermedad cerebrovascular, particularizando en el diagnóstico y tratamiento del ictus,

posteriormente el contenido se imparte nuevamente en el programa de las asignaturas de Medicina General Integral y Medicina Interna en quinto y sexto años respectivamente.

Mientras que en el posgrado el programa de estudio de la Especialidad en Medicina Familiar⁽²⁹⁾ y el Programa del Médico y Enfermera de la familia⁽⁶⁾ han estado en continuo perfeccionamiento, modificando los objetivos, así como el contenido, algunos temas han adquirido mayor protagonismo constituyendo nuevos cursos.

Es lógico deducir la influencia negativa del ictus en el entorno familiar; debido a que esta entidad logra afectar todas las esferas del individuo, impidiéndole el libre desarrollo de las actividades cotidianas, se presentan además afectaciones físicas, esta enfermedad interfiere también en las relaciones del paciente con los familiares, amigos y otras personas que integran el círculo social.

Aunque para muchas especialidades médicas el abordaje de la familia es fundamental, la especialidad de Medicina familiar, desde el surgimiento, plantea dentro de los principios básicos la inclusión de la influencia del entorno familiar en la práctica diaria, pues influye en el abordaje del paciente. Por otra parte, la interacción de estos profesionales permite ubicar al entorno familiar como sujetos, transformándolos en promotores de salud dentro del hogar mejorando la atención del paciente y convirtiendo a la familia en parte de la solución.

CONCLUSIONES

El estudio del proceso la formación del médico de familia en Cuba es esencial para comprender el desarrollo y la efectividad del sistema de salud cubano. Permite apreciar la adaptación continua de la educación médica a las necesidades cambiantes de la población, así como el impacto positivo que esta especialidad ha tenido en la salud pública. La formación del médico de familia en la atención del paciente post ictus es crucial para asegurar un enfoque integral que contemple no solo las necesidades médicas del paciente, sino también el apoyo y la educación necesaria para los familiares.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Mayo Márquez R C. La medicina familiar en cuba y el mundo. I convención de Atención primaria y Salud Comunitaria "Dr. José Raimundo Oquendo" Abreus [Internet]. 2023 [citado 18 May 2024]. Disponible de: <https://apscfg.sld.cu/download/pdf/>
2. Ramírez López B. Apuntes históricos sobre del proceso de formación del médico general integral en Cuba. MEDISAN [Internet]. 2022 [citado 18 May 2024]; 26 (2) . Disponible en: <https://medisan.sld.cu/index.php/san/article/view/3657>
3. Fernández Martell R M. Mejoramiento del desempeño de especialistas de medicina general integral y las afecciones dermatológicas VIH-Sida. [Tesis optar doctor en Ciencias Biomédica]. Cuba: Universidad Ciencias Médicas de Matanzas; 2022 [citado 27 May 2024].

- <https://generaeinnova.sld.cu/index.php/GeneraInnova2023/2023/paper/viewPaper/127>
4. Herrera Alcázar V R, Presno Labrador M C, Torres Esperón J M, Fernández Díaz I E, Martínez Delgado D A, Machado Lubián M C. Consideraciones generales sobre la evolución de la medicina familiar y la atención primaria de salud en cuba y otros países. Rev Cubana Med Gen Integr [Internet]. 2014 Sep [citado 27 May 2024] ; 30(3): 364-374. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21252014000300010&lng=es.
 5. Capítulos 7 y 8 de: Hernández E. Atención Primaria y Determinantes Sociales en Salud en la formación de recursos humanos en Colombia para el mejoramiento de la salud de la población [tesis doctoral]. Alicante: Universidad Miguel Hernández, 2017
 6. Ministerio de Salud Pública (CUB). Departamento de Atención Primaria de Salud. Programa del médico y la enfermera de la familia [Internet]. 2da. ed. La Habana: Editorial Ciencias Médicas; 2023. Disponible en: <http://www.bvscuba.sld.cu/libro/programa-del-medico-y-la-enfermera-de-la-familia-2da-ed/>
 7. Jiménez de Castro Morgado M I, de la Cruz Carmenaty Y, Sánchez Figueredo A M. Medicina Familiar en Guantánamo: historia, logros y desafíos. Rev Inf Cient [Internet]. 2024 [citado 16 Jun 2024]; 103:e4505. DOI: <https://doi.org/10.5281/zenodo.10467290>
 8. Cuba. Ministro de salud Pública. Plan de estudio de la especialidad en medicina general integral para graduados latinoamericanos. Resolución Ministerial No. 55-2006/MINSAP (2006 Marz 8).
 9. Burgaya Subirana S, Macià Rieradevall E, Cabral Salvadores M, Ramos Calvo A M. Ictus: un reto diagnóstico. Rev Pediatr Aten Primaria [Internet]. 2021 Jun [citado 23 Jul 2024];23(90):179-182. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1139-76322021000200012&lng=es.
 10. Bender del Busto J. Las enfermedades cerebrovasculares como problema de salud. Rev Cubana Neurol Neurocir [Internet]. 2019 [citado 10 Ago 2024];9(2). Disponible en: <https://revneuro.sld.cu/index.php/neu/article/view/335>
 11. Puentes Madera I C. Epidemiología de las enfermedades cerebrovasculares de origen extracraneal. Rev Cubana Angiol Cir Vasc [Internet]. 2014 [citado 23 Jul 2024];15(2):66-74. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1682-00372014000200002&lng=es
 12. Ministerio de Salud Pública de Cuba. Dirección de Registros Médicos y Estadísticas de Salud. Anuario Estadístico de Salud, 50 edición [Internet]. 2021 [citado 21 Nov 2024]. Disponible en: <http://www.who.int/classification/icd/icd10updates/en>

13. Ministerio de Salud Pública. Dirección de Registros Médicos y Estadísticas de Salud. Anuario Estadístico de Salud 2022, 51 edición [Internet]. 2023 [citado 21 Nov 2024]. Disponible de: <https://files.sld.cu/dne/files/2023/10/Anuario-Estadistico-de-Salud-2022-Ed-20231.pdf>
14. Ministerio de Salud Pública. Dirección de Registros Médicos y Estadísticas de Salud. Anuario Estadístico de Salud. La Habana [Internet]. 2024 [citado 21 Nov 2024]. Disponible en: <files.sld.cu/dne/files/2024/09/Anuario-Estadístico-de-Salud-2023-EDICION-2024.pdf>
15. Buergo Zuaznabar M A. Programa Nacional de Prevención y Control de la enfermedad cerebrovascular. Rev Cubana Invest Bioméd [Internet]. 2001 Dic [citado 30 Sep 2024] ; 20(4): 247-248. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-03002001000400002&lng=es.
16. Rodríguez Álvarez S, Fernández Rodríguez E, Sánchez Gómez C. Estudio sobre la percepción de calidad de vida que presentan pacientes que han sufrido un ictus a través de la ECVI-38 Revista TOG (Coruña) Internet 2017 2018 [citado 03 Oct 2024];14(25):148-58.ISSN 1895-527X. Disponible en: <http://www.revistatog.com/25/pdf-original9.pdf>
17. Alonso Modino D, Perestelo Pérez I, Rosa González F M, Toledo Chavarrit A, Valcarcel Nazco C, Montón Álvarez F I. Calidad de vida y salud mental en el ictus juvenil. Neurología [Internet]. 2022 [citado 09 Nov 2024]; 1802: 10 p. Disponible de: <https://doi.org/10.1016/j.nrl.2022.11.006>
18. Enríquez Blanco F. Accidente Cerebrovascular: ¿Cómo afecta al paciente y qué nivel de carga genera el cuidado en su familia? [tesis de licenciatura en internet]. México: Universidad Autónoma De San Luis Potosí Facultad De Enfermería; 2016 [citado 15 Jul 2024]. 60 p. Disponible de: https://repositorioinstitucional.uaslp.mx/xmlui/bitstream/handle/i/4779/Enriquez_Blanco_Fatima_ACCIDENTE%20CEREBROVASCULAR.%20Como%20afecta%20al%20paciente%20y%20que%20nivel%20de%20carga%20genera%20el%20cuidado%20en%20su%20fa~1.pdf?sequence=1
19. Fernández Mendoza L E. El proceso de superación hacia el perfeccionamiento del desempeño profesional del especialista de medicina general integral. Editorial Redipe [Internet]. 2022 [citado 18 Dic 2024]. Disponible de: <https://editorial.redipe.org/index.php/1/catalog/download/116/207/3983?inline=1>
20. Márquez Morales N E, Alemañy Pérez E, Ramírez Santiesteban R I, Labrada Planas R, Valladares Marrero M A, Caballero B, et al. Medicina Familiar: Especialidad de Primer Grado en Medicina Familiar. Cuba: Ministerio de Salud Pública; 2023. 38p.
21. Mesa Valiente R M. Desempeño profesional del especialista en medicina general integral para la atención al adulto mayor frágil. [Tesis optar doctor en Ciencias de la Educación Médica]. Cuba: Universidad Ciencias Médicas de Santiago de Cuba; 2024 [citado 18 Dic 2024]. 203 p. Disponible de: <https://revmedmilitar.sld.cu/index.php/mil/article/view/3067/2379>

22. South African Academy Of Family Physicians . The contribution of familyphysicians to district health services in South Africa: A national position paper by the South African Academy of Family Physicians. S Afric Pharm.2022 [citado 18 Jun 2024]; 64 (1) e1-e7 Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/35384681/>
23. Torres Álvarez A, Álvarez Escobar M C. Exigencias al desempeño profesional docente en Medicina para un proceso formativo de calidad: Requirements for professional performance in medicine for a quality training process. RIIED [Internet]. 25 de octubre de 2021 [citado 18 Jun 2024];2(2):67-76. Disponible en: <https://www.riied.org/index.php/v1/article/view/21>
24. Prieto Peña A I, González Sánchez A, Hernández Rabelo Y. El rol del tutor en la formación del especialista de Medicina General Integral. Rev cuba med gen integr [Internet]. 14 de marzo de 2022 [citado 05 Ago 2024];38(1). Disponible en: <https://revmgi.sld.cu/index.php/mgi/article/view/1642>
25. González Rodríguez R, Paz Valdés K, Jeres Castillo C M, Rodríguez Márquez O L, Concepción Llanes A M. Caracterización de la educación en el trabajo en la especialidad de Medicina General Integral. Rev.Med.Electrón [Internet]. 2017 Abr [citado 17 Oct 2024] ; 39(2): 280-290. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1684-18242017000200013&lng=es.
26. García Núñez R, San Juan Bosch M, García San Juan C. Reseña histórica sobre la evolución de la especialidad Medicina General Integral en Cienfuegos. Medisur [Internet]. 2021 [citado 17 Sep 2024]; 19(3):[aprox. -399 p.]. Disponible en: <http://www.medisur.sld.cu/index.php/medisur/article/view/5026>
27. Izquierdo Palau S, Almira Cisnero A D, Izquierdo Palau Y, Ramírez Wong D. Antecedentes históricos de la Medicina General Integral en Cuba. Edumed Holguin [Internet]. 2021 [citado 17 Sep 2024]. Disponible de: <https://edumedholguin2021.sld.cu/index.php/edumedholguin/2021/paper/viewFile/432/194>
28. Cuba. Ministro de salud Pública. Medicina Familiar. Resolución Ministerial No. 202-2024/MINSAP (2024 Jun 3)
29. Márquez Morales N. Centro Rector para planes y programas de estudios en Salud: Plan de Estudio de la carrera de Medicina. Cuba: Ministerio de salud Pública. Universidad de Ciencias Médicas de la Habana; 2019. 1225p.

CONFLICTO DE INTERESES

“Los autores declaran que no existe conflicto de intereses”.