

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

1826
2.ej
145

Instituto Mexicano del Seguro Social
Hospital General de Zona de Orizaba, Ver.



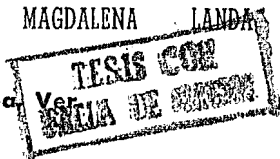
Repercusiones en el núcleo familiar del paciente alcoholico con
tuberculosis pulmonar de la UMF No 1 del IMSS de Orizaba, Ver.

T E S I S

Para obtener el Posgrado en
MEDICINA FAMILIAR
P r e s e n t a

DRA. MAGDALENA LANDA PRADO

Orizaba, Ver. 1984





Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

INDICE

- 1.- INTRODUCCION
- 2.- JUSTIFICACION
- 3.- GENERALIDADES
- 4.- ANTECEDENTES CIENTIFICOS
- 5.- PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA
- 6.- HIPOTESIS
- 7.- OBJETIVOS
- 8.- MATERIAL Y METODOS
- 9.- DINAMICA FAMILIAR DE LOS 10 CASOS CLINICOS
- 10.- FAMILIOGRAMAS
- 11.- RESULTADOS
- 12.- CONCLUSIONES
- 13.- ALTERNATIVAS DE SOLUCION
- 14.- RESUMEN
- 15.- BIBLIOGRAFIA

INTRODUCCION

Tratar de estudiar las repercusiones en el núcleo familiar del paciente alcohólico con tuberculosis pulmonar, es realmente un reto por varios puntos a considerar.

1.- Del alcoholismo se ha escrito mucho en forma aislada, o tratada de abarcar problemas que se caracterizan por desórdenes de conducta y por el daño físico.

2.- La tuberculosis pulmonar como enfermedad normalmente se estudia de manera no integral, sino tratando de enfocarla desde el punto de vista de daño físico.

3.- pocos son los estudios que relacionan estas dos enfermedades que podrían servir como un verdadero marco referencial para esta investigación por eso me, me planteo la necesidad y el reto de tratar de asociarlas. Ya ambas tienen factores en común y repercuten ambas grandemente a lo que la O M S, define como salud que es el completo estado de bienestar físico mental y social y no solo ausencia de enfermedad.

QUE ES EL ALCOHOLISMO ?

DEFINICION.- Son muchas las definiciones que se postulan para tratar de definir lo que es el alcoholismo.

La definición que parece ser la mejor es la del destacado especialista --- Doctor Harck Keller del centro de estudios sobre el alcohol de la Universidad de Rutgers y la define así : el alcoholismo es una enfermedad crónica, un desorden de la conducta caracterizada por la ingestión repetida de bebidas alcohólicas hasta el punto que excede a lo que está socialmente aceptada y que interfiere con la salud del bebedor, así como con sus relaciones interpersonales y con su capacidad para el trabajo.

1.- Rafael Velasco Fernández al analizar esta definición señala que es -

una enfermedad con la que de hecho se le coloca entre los problemas de salud, susceptible de estudiar desde los aspectos que son característicamente médico, como son su etiología, su epidemiología, sintomatología, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación y prevención.

2.- Establece que es crónica, ya que no se puede hablar de alcoholismo sino se ha llegado a ciertas etapas en las que se ven los signos característicos de la dependencia.

3.- Establece como característica esencial, la ingestión excesiva del alcohol, aquí se hace referencia a la imposibilidad de dejar de beber o sea el verdadero estado de farmacodependencia (alcohol-dependencia) ya que ante el rechazo social por su exceso en el beber se refugia en una dependencia que primeramente sera psicológica y posteriormente física.

4.- Como daño físico e mental donde es evidente la cronicidad, en el aspecto físico, son de fácil identificación siendo el aspecto mental difícil de demostrarlo, ya que el paciente no está dispuesto a develarlo e admitirlo o por que el médico no está familiarizado con la técnica de entrevista apropiada para explorar el psiquismo.

JUSTIFICACION

Lo que más inclinó a investigar estas áreas, es la frecuencia con que se encuentran asociadas el alcoholismo y la Tuberculosis Pulmonar en la consulta externa de Medicina Familiar.

Estos problemas frecuentemente no se detectan o, se captan en etapas -- tardías. Es aquí donde el médico Familiar debe intervenir en la detección oportuna de estos trastornos, evitando que los pacientes lleguen a un -- segundo nivel en fases irrecuperables o ya con gran deterioro en su organismo, que puede llegar a ocasionarles la muerte.

En este trabajo se trata de concientizar al Médico Familiar para -- que conozca los aspectos básicos de la dinámica familiar y su intervención con estos problemas de salud.

GENERALIDADES

El alcoholismo lleva a considerar la existencia de diversos factores -- predisponentes y desencadenantes por lo que podemos decir que la etiología de esta enfermedad no es unicausal, sino una interacción complicada de -- factores fisiológicos, psicológicos y sociales que originan y desarrollan -- esta farmacodependencia.

Plaut en un estudio concluye que los individuos que tienen mayores posibilidades de convertirse en alcohólicos son aquellos que :

- 1.- Responden a las bebidas alcohólicas en una cierta forma, quizás en una determinada fisiología ya que les hace experimentar intenso alivio.
- 2.- Poseen ciertas características de la personalidad que les impide enfrentar con éxito los estados depresivos, la ansiedad y la frustración, -- pertenecen a culturas en las que se provoca culpabilidad y confusión en -- torno a la conducta del bebedor.

Dentro de los factores fisiológicos u orgánicos se habla de que todo defecto hereditario funcional metabólico o nutricional necesita la concomitancia de otros factores como los psicológicos y los socioculturales para -- adquirir relevancia como precipitantes en el alcoholismo quedando aún sin -- respuesta a la pregunta si el alcoholismo es una aberración psicológica. En cuanto a los estudios en el campo de la herencia existen evidencia de que en ciertas medidas está determinado genéticamente, teniendo esto que conjugarse con algunos otros factores para alcanzar un valor patológico por lo que se tiende a predominar la idea de que se trata de un desarreglo de la -- química cerebral.

La llamada "teoría Gemotrófica de R. Williams y sus colaboradores de la -- Universidad de Texas, tiene aún ciertas influencias tal vez porque abre -- posibilidades terapéuticas que de hecho proporcionan buenos resultados, --

si bien meramente paliativos. La hipótesis sugiere que los alcohólicos sufren un defecto genético en la producción de las enzimas necesarias para metabolizar ciertos materiales alimentarios: la deficiencia nutricional que resulta, provoca una especie de "apetencia fisiológica" por el alcohol, de tal manera que la primera ingestión desencadena un deseo incontenible de ingerir más alcohol.

El alcohol como ya hemos visto tiene una acción depresora sobre el sistema nervioso central determinada por la duración y la cantidad de la ingestión; una vez que ha sido metabolizado y sus efectos han desaparecido -- el tejido nervioso reacciona con mayor excitabilidad durante un período -- proporcional. Las manifestaciones clínicas, mientras más dure la acción depresora, van desde fenómenos psíquicos relativamente simples, hasta la -- supresión de los centros vitales y la muerte. Los signos y síntomas de la excitabilidad secundaria se manifiestan por lo común a la mañana siguiente en forma de temblores y agitación, molestias que pueden ser aliviadas -- temporalmente con una nueva ingestión de alcohol.

FACTORES PSICOLÓGICOS.

Algunos investigadores han señalado que las características más comunes y -- predominantes de los individuos alcohólicos son las siguientes; se trata -- de personas neuróticas incapaces de relacionarse adecuadamente con los demás -- sexual y emocionalmente, inmaduras tendientes al aislamiento, dependientes -- que manejan inadecuadamente las frustraciones y que tienen sentimientos -- de perversidad y de indignidad.

También se dice que suelen ser sujetos que sufrieron en la infancia priva -- ción emocional y las consecuencias de problemas efectivos en sus hogares -- pero la verdad es que todas esas características de la personalidad, así -- como las experiencias infantiles señaladas pueden darse en individuos que -- desarrollan diferentes formas de neurosis e incluso en quienes alcanzan --

un desarrollo normal de la personalidad.

FACTORES SOCIOCULTURALES.

Numerosos estudios han servido para señalar algunos hechos que indudablemente influyen sobre la insidencia o la ausencia del alcoholismo en los diferentes grupos sociales.

DIAGNOSTICO DEL ALCOHOLISMO

SENTIDAS INICIALES.

El sujeto ya es un consumidor regular de bebidas alcohólicas, se hace promesas a si misma y a los demás " la próxima vez me controlare mejor ", " conozco bien mis límites y nunca me propase " , dice mentiras , disminuye intencionalmente el número de tragos o niega haber ingerido bebidas alcohólicas, aún ante la evidencia de lo contrario. Sus hábitos de alimentación no están muy afectados, pero puede verse ya una tendencia a dejar sitio a las bebidas durante las comidas, a tratar de mejorar el apetito con licores especiales, a prolongar mucho el tiempo de la ingestión de alimentos.

SENTIDAS INTERMEDIOS.

Ocupando 2 a 5 años a partir de la terminación del período anterior. Las promesas y mentiras son ahora más frecuentes y más graves pues el bebedor excesivo tiene que ocultar el hecho de que el bebe en una forma diferente. Generalmente trata de crear el mito de que se detiene cuando quiere y los engaños tienen por objeto apoyarlo a pesar de que en su interior se da cuenta de su incapacidad, se distingue por beber más y más rápidamente que sus amigos y por estar siempre preparado para las oportunidades de hacerle , con frecuencia esta irritable cansado o deprimido y necesita " un trago " para sentirse mejor. Durante las últimas etapas de este período -- intermedio aparecen o se acentúan algunas manifestaciones importantes ; el sujeto empieza a beber a horas que antes eran respetadas, bebe en forma solitaria, se excede durante el fin de semana.

Un dato importante y fácilmente reconocible es el de que su irritabilidad se intensifica durante los cortos períodos de abstinencia.

SINTOMAS TARDIOS.

El alcohólico vive para beber y bebe para vivir como muy poco y sin orden permanece en estado de ebriedad en momentos muy inadecuados. Los períodos de ingestión de alcohol son más prolongados dependiendo del estado financiero y de las condiciones físicas del individuo. Esta es la etapa en que se pierde el trabajo y se cae en la repetición de los fracasos laborales descendiendo irreversiblemente en la escala social y en la calidad del mismo. Como la adicción es ya grave, ha de conseguir dinero recurriendo a cualquier medida por lo cual se tienen problemas con la justicia. La relación familiar es imposible o se ha perdido y, es frecuente ver que el alcohólico parece indiferente ante el sufrimiento de los suyos. Las complicaciones físicas son la regla y aún la pérdida del sentido del tiempo.

Este es el camino que recorre el alcohólico desde el inicio de su farmacodependencia hasta el derrumbe total.

TRATAMIENTO DEL ALCOHOLISMO

No es difícil comprender la importancia que tiene el conocimiento de situación personal del alcohólico ante tales necesidades humanas.

Ya se entiende que su insatisfacción influye en la prolongación y acentuación del problema y que, a su vez, la dependencia del alcohol repercute sobre su incapacidad de satisfacción.

Si se tiene en cuenta la etiología del alcoholismo, la práctica de concentrar los esfuerzos terapéuticos en uno solo de los factores (el psicológico, el orgánico o el social).

Si recordamos la complejidad de la etiología y estructuramos planes terapéuticos acordes con la situación personal de cada sujeto alco-

hólice, pedremos ayudarlo mejor .

Per lo general se acepta que hay tres pasos en el tratamiento del alcoholismo.

1.- El manejo médico de la intoxicación aguda (borrachera), a veces para salvar la vida del sujeto. Ocurre principalmente en los hospitales.

2.- La corrección de los problemas crónicos de salud asociados al alcoholismo (aqui está la acción médica de todos los días en consultorios y clínicas).

3.- El intento terapéutico por cambiar la conducta del alcoholice a largo plazo , de tal manera que no continúen sus actitudes autodestructivas frente al alcohol . Esta es la acción psiquiátrica propiamente dicha, que utiliza las técnicas psicoterapéuticas y los medicamentos adecuados.

Para muchos pacientes alcohólicos es necesaria una intervención a tiempo a fin de llevar a cabo ciertas medidas correctivas urgentes y proporcionar alivio a sus sufrimientos físicos y psíquicos. El estado emocional de algunos de ellos amerita la reducción de su angustia y depresión mediante el uso de medicamentos. En el sentido más amplio, el tratamiento psiquiátrico intenta ayudar al paciente a encontrar una nueva forma de vida. Una meta parcial será siempre la de proveerle de apoyo emocional , comprensión , aceptación y estímulo.

Respecto a los medicamentos: deberan prescribirse, tranquilizantes, anti-depresivos , preparados vitamínicos , la auto medicación es definitivamente peligrosa , muchas de las sustancias medicinales estan contraindicadas cuando se ingiere alcohol y nunca se tiene la seguridad de que el sujeto no beberá durante el tratamiento.

El disulfiran es una sustancia química contenida en algunos productos farmacéuticos , como el antabuse de uso tan extendido. Tiene la particularidad de que si se toma dentro de las 48 ó 72 horas antes de ingerir el alcohol , se produce en el organismo una reacción química que a su vez --preveca unacrisis caracterizada por cambios de la presión arterial ,taqui--cardia con palpitaciones , náuseas, vómitos , dificultad para respirar y --gran angustia . A veces sellega al colapso . El antabuse se prescribe con --la esperanza de desalentar al enfermo a tomar alcohol . y que sen suficien--tamente inteligentes para comprender lo peligroso que puede ser este trata--miento.

EPIDEMIOLOGIA DEL ALCOHOLISMO

En México prehispánico el consumo del alcohol, dejó una huella impresionantemente en el aspecto social ya que esta se ha asociado a cuestiones teológicas de estas sociedades.

En la época colonial, con la llegada de los españoles, los pueblos indígenas al recibir una opresión de tipo social introdujeron el cultivo de la caña de azúcar y la producción de alcohol de caña donde se empezó a introducir el consumo de este. Tanto en los grupos españoles como en los grupos indígenas marginados, llegándose a producir grandes consumos de alcohol con sus respectivas repercusiones a nivel físico (cirrosis hepática) a nivel psíquico (delirium tremens) neurosis, psicosis) a nivel social se dejan sentir la desintegración familiar y social, el surgimiento de un grupo marginado, de una pérdida de los valores culturales y sociales y la sustitución de otros ajenos completamente a su idiosincrasia, determina las cifras ocasionadas por el alcoholismo no queda del todo claro, han traído los problemas de tipo social en toda la etapa de México desde la colonia hasta la revolución.

Posterior a la revolución el mexicano sufre un cambio social donde tiene que adaptarse a un nuevo modo de vida entre las que cabe destacar, la industrialización, mejores niveles de vida de las clases medias, mayor acentuación entre las clases altas y bajas, la migración urbano-rural con su respectiva emigración han hecho que el problema del alcohol y sus repercusiones llegue a extremos tan altos como para hablar, que en la última década, la mortalidad causada por la cirrosis hepática se encuentra entre las 10 primeras haciendo notar que afecta a los individuos en la edad más productiva 25-40 años, teniendo una incidencia superior a 20 por cada 100,000 habitantes. También cobra importancia el hecho de que el consumo per capita de alcohol se ha incrementado al año, siendo más notorio este entre las bebidas destiladas de alto contenido de alcohol.

TUBERCULOSIS PULMONAR

La tuberculosis es una enfermedad que ha preocupado al hombre en todos los tiempos, actualmente sigue siendo un problema de salud, ocupando en México el noveno lugar como causa de mortalidad.

El hecho de que la tuberculosis puede seguir un curso agudo o crónico depende directamente del grado de adaptación y del tiempo de convivencia entre el bacilo de Koch y el hombre.

El período de incubación es muy variable. Cuando los microorganismos son inculcados directamente en los tejidos como ocurre en la vacunación con BCG este período es de 3 a 12 semanas, por vías respiratorias es menos precisa y varía de 1 a 3 meses. La mayor parte de los casos de tuberculosis en el hombre son causadas por *M. tuberculosis hominis* y la infección ocurre como resultado de la inhalación del microorganismo, las gotitas de Flugge que contienen organismos viables, son expulsados como consecuencia de la tos o el estornudo, se disemina a muy corta distancia y son demasiado grandes para penetrar hasta los pulmones.

La probabilidad de adquirir una infección tuberculosa se relaciona con la densidad de organismos en el ambiente y esta determinada por tres factores: a) factores del paciente. La excreción de microorganismos al ambiente es mayor en los pacientes con frotis de esputo positivo, que en los que únicamente tienen cultivo positivo o bien son negativos por ambos métodos; b) factores relacionados con las drogas antituberculosas. El estado bacteriológico del esputo antes de la quimioterapia se correlaciona mejor con la infectividad y una vez empezado el tratamiento, la presencia de microorganismos en el frotis disminuye rápidamente en las semanas. El mayor riesgo para los contactos existe antes del inicio de la quimioterapia, lo que se demuestra por el hecho de que el desarrollo de tuberculosis en los cen-

tactos es semejante si el paciente es aislado durante un año e si continúa
ventilación inadecuada que impiden la dilución de las gotas con microorganismos, tiene un mayor potencial infectante.

PATOGENIA Y ANATOMIA PATOLOGICA.

La lesión primaria ocurre en el parénquima pulmonar en más del 95 % de los casos en razón de que la inhalación es el principal mecanismo de transmisión. En el sujeto que se expone por primera vez al bacilo tuberculoso existe una acumulación inicial de polimerfenocitos seguida por proliferación de células epiteloides, que integran el típico tubérculo.

Aparecen células gigantes y toda el área es rodeada por linfocitos.

Los bacilos tuberculosos son transportados por los macrófagos, a partir del foco primario hacia los ganglios linfáticos regionales, broncopulmonares cuando el foco primario está en el parénquima pulmonar y paratraqueales cuando el foco está en el vértice pulmonar. El complejo primario está integrado por la lesión pulmonar (neumonitis) y la lesión linfática linfagitis y linfadenitis.

La lesión primaria progresa durante el período proalérgico, que varía de 2 a 10 semanas en el que se desarrolla la hipersensibilidad de los tejidos al microorganismo, la reacción perifocal se acentúa y los ganglios linfáticos regionales crecen, pero la lesión tiende a localizarse, la lesión de la tuberculosis pulmonar primaria evoluciona generalmente a la curación, con caseificación y calcificación ulterior; sin embargo puede haber progresión del foco primario parenquimatosa. La lesión pulmonar puede continuar creciendo y ocasionar neumonía en el parénquima circundante, así como extenderse a la pleura. El centro caseoso puede licuarse y vaciarse hacia un bronquio, determinando la formación de una cavema (cavitación primaria) y de nuevas áreas neumónicas, la diseminación hematogena

ocurre con mayor frecuencia durante la fase de caseificación y producciones miliareas diseminadas que pueden afectar ojos, pulmones, huesos, cerebro, riñón, hígado o bazo. También pueden existir focos tuberculosos en órganos aislados como consecuencia de bacilemia antes de que se desarrolle la hipersensibilidad y que puede diseminarse directamente o a través de los ganglios linfáticos regionales y el conducto torácico.

Los ganglios linfáticos regionales involucrados en la lesión primaria -- tienen tendencia a cicatrizar espontáneamente, pero los bacilos tuberculosos pueden persistir durante años en las áreas de calcificación. La lesión ganglionar, por su localización puede condicionar patología -- diferente: compresión bronquial extrínseca con atelectasia; fistulización hacia la luz bronquial que determina endobronquitis, neumonía y atelectasia; obstrucción bronquial incompleta con mecanismo de válvula y atrapamiento de aire.

La mayor parte de las complicaciones de la tuberculosis primaria aparecen durante el primer año que sigue al inicio de la infección; después son poco frecuentes y es en la etapa de adolescencia o en el adulto joven cuando se instala la tuberculosis de tipo adulto o de reinfección.

MANIFESTACIONES CLÍNICAS.

1.- Tuberculosis pulmonar primaria.- Incluye el complejo primario y la progresión de cualquiera de sus componentes. Es asintomática en la mayoría de los casos o bien la sintomatología es muy pobre y se puede confundir con una infección de las vías respiratorias superiores. Cuando hay síntomas, se presenta fiebre de predominio vespertino de una a dos semanas de duración, asociada a signos de infección de vías respiratorias superiores, anorexia y astenia; la exploración física de los campos pulmonares rara vez revela alteraciones y en ocasiones existe disminución del ruido respiratorio. En los casos avanzados puede ----

encontrarse neumonía, bronquitis, derrame pleural y atelectasia. La tuberculosis extrapulmonar inicial es muy poco frecuente y puede adquirirse por ingestión del bacilo bovino con localización en la mucosa bucal o el intestino. La piel y la conjuntiva también pueden ser sitios de infección primaria.

2.- Tuberculosis pulmonar crónica. Es la forma más frecuente de tuberculosis en el adolescente y en el adulto. El mecanismo patogénico más aceptado es la reinfección endógena a partir de un foco tuberculoso previamente establecido; la reinfección exógena parece ser menos frecuente.

COMPLICACIONES

La tuberculosis pulmonar primaria tiene como complicaciones más frecuentes a las inmediatas o tempranas, que se presentan habitualmente en los primeros seis meses que siguen al inicio de la infección; Linfadenitis periférica, derrame pleural y tuberculosis miliar y meningea. Las complicaciones tardías son menos frecuentes: tuberculosis ósea, renal, cutánea peritoneal, ocular, genital, de mastoides y de oído medio.

TUBERCULOSIS MILIAR.- Es una de las complicaciones más frecuentes y graves de la tuberculosis primaria; generalmente aparece en los primeros seis meses que siguen al inicio de la infección tuberculosa; se presenta principalmente en los lactantes y debe sospecharse en los casos de tuberculosis con agravamiento súbito, acompañado de fiebre elevada, sintomatología respiratoria y hepatoesplenomegalia. A la exploración física se encuentra ataque al estado general, fiebre y signos moderados o severos de insuficiencia respiratoria. El diagnóstico se hace principalmente por el estudio radiográfico de tórax que muestra un moteado difuso bilateral, pueden observarse también tubérculos en la coroides y granulomas en la biopsia de hígado.

DERRAME PLEURAL .

Se presenta en el 5 a 8 % de los pacientes con tuberculosis, principalmente en los escolares y adolescentes y está determinado por la extensión directa de una lesión parenquimatosa, si bien, cuando se acompaña a la forma miliar resulta de de diseminación hematogena. - El inicio puede ser insidioso, pero generalmente es agudo, con fiebre elevada, dolor torácico que se incrementa con los movimientos respiratorios y en ocasiones dolor abdominal. Al examen físico se encuentra síndrome de derrame pleural. La toracocentesis es útil para aliviar los síntomas.

LINFADENITIS PERIFERICA.

Es la complicación más frecuente de la tuberculosis primaria en los niños. La localización más frecuente es la cervical y se presenta aproximadamente en el 2 a 5 % de los casos, fundamentalmente en preescolares y escolares. Se caracteriza por la presencia de tumeración cervical, principalmente del lado derecho, que posteriormente se abscesa, fistuliza y calcifica, se acompaña de fiebre moderada; solamente en el 50 % de los casos se observan lesiones pulmonares. La biopsia ganglionar proporciona material para estudio histológico y bacteriológico, ya que es necesario diferenciarlo de las lesiones producidas por bacilo tuberculoso y en ocasiones de la enfermedad de Hodgkin y la actinomicosis.

DIAGNOSTICO.

El diagnóstico de certeza de tuberculosis sólo hacer mediante el cultivo de M. Tuberculosis, utilizando material biológico diverso; exudado traqueal, jugo gástrico, líquido pleural, peritoneal o cefalorraquídeo, orina, médula ósea y en biopsias de tejidos, se requieren de dos a tres semanas para obtener un cultivo positivo. La prueba tuberculínica es-

el prototipo de la hipersensibilidad retardada producida por una respuesta inmune mediada por células y es de gran ayuda para el diagnóstico, ya que una reacción positiva indica la presencia de infección tuberculosa.

Otros datos de ayuda para el diagnóstico constituyen el antecedente epidemiológico de contacto con enfermos tuberculosos, debiéndose realizar estudios exhaustivos del núcleo familiar; las manifestaciones clínicas sugestivas de la enfermedad; fiebre prolongada, dificultades para ganar peso y sintomatología respiratoria; las alteraciones radiográficas y la baciloscopia positiva. Los principales hallazgos radiológicos pulmonares son los infiltrados neumónicos, las adenopatías mediastinales, las cavernas, los infiltrados miliares, el derrame pleural, las calcificaciones y la atelectasia.

TRATAMIENTO DE LA TUBERCULOSIS.

Desde 1950 los tuberculostáticos han asegurado un gran éxito en el tratamiento de la tuberculosis. El enfermo en tratamiento rápidamente deja de representar peligro desde el punto de vista de la contagiosidad, ya que el tratamiento junto con las medidas preventivas aplicadas al núcleo familiar permite atender a los pacientes sin abandonar su domicilio.

Las drogas utilizadas para el tratamiento de la tuberculosis pueden dividirse en dos grupos de acuerdo con su utilidad clínica.

Las drogas primarias incluyen a la isoniazida (INH), etambutol, estreptomina; ácido paraaminosalicílico (PAS) y rifampicina. Las drogas secundarias como cicloserina, vizicina, pirazinamida, kanamicina, capreomicina, etionamida y tiacetazona, están indicadas cuando no se demuestra resistencia del microorganismo, de tal forma que no pueda tratarse con una combinación adecuada de las drogas primarias.

El tratamiento de los casos activos de tuberculosis siempre debe ser

el prototipo de la hipersensibilidad retardada producida por una respuesta inmune mediada por células y es de gran ayuda para el diagnóstico, ya que una reacción positiva indica la presencia de infección tuberculosa. Otros datos de ayuda para el diagnóstico constituyen el antecedente epidemiológico de contacto con enfermos tuberculosos, debiéndose realizar el estudio exhaustivo del núcleo familiar ; las manifestaciones clínicas sugestivas de la enfermedad ; fiebre prolongada, dificultad para ganar peso y sintomatología respiratoria; las alteraciones radiográficas y la bacilosco-
pia positiva. Los principales hallazgos radiológicos pulmonares son los -- infiltrados neumónicos, las adenopatías mediastinales, las cavernas, los -- infiltrados miliares, el derrame pleural , las calcificaciones y la atelectasia.

TRATAMIENTO DE LA TUBERCULOSIS.

Desde 1950 los tuberculostáticos han asegurado un gran éxito en el tratamiento de la tuberculosis. El enfermo en tratamiento rápidamente deja de representar peligro desde el punto de vista de la contagiosidad , ya que el tratamiento junto con las medidas preventivas aplicadas al núcleo familiar permite atender a los pacientes sin abandonar su domicilio.

Las drogas utilizadas para el tratamiento de la tuberculosis pueden dividirse en dos grupos de acuerdo con su utilidad clínica.

Las drogas primarias incluyen a la isoniasida (HAIN), etambutol -- estreptomina; ácido paraminosalicílico (FAS) y rifampicina.

Las drogas secundarias como cicloserina, viomicina, pirazinamida, kanamicina, caproamicina, etionamida y tiacetazona, están indicadas cuando se demuestran resistencia del microorganismo, de tal forma que no pueda tratarse con una combinación adecuada de las drogas primarias.

El tratamiento de los casos activos de tuberculosis siempre debe ser --

incluir dos o más de las drogas primarias, ya que se ha demostrado que su combinación disminuye la aparición de cepas resistentes, además de incrementar el efecto antibacteriano.

Existen diferentes esquemas de tratamiento primario.

1.- Tratamiento diario, administración de una dosis diaria de tres drogas primarias, con duración de 12 meses y dividido en dos fases, una intensiva de 8 semanas de duración con la tres drogas y la fase de sostén hasta completar 12 meses, utilizando solamente dos drogas.

2.- Tratamiento intermitente. Este programa consiste en una fase intensiva de dos a tres meses de tratamiento diario, con la combinación de tres drogas primarias, seguida de la administración bisemanal completamente supervisada, de dos de las drogas, hasta completar un año.

3.- Tratamiento con esquemas cortos. Consiste en la prescripción de tres drogas primarias, en una sola administración diaria durante seis meses lo que acorta en forma importante el tiempo de tratamiento en esta enfermedad. El esquema que mejores resultados ha proporcionado es la combinación de estreptomina, NAMI y rifampicina.

PREVENCIÓN.

1.- La quimioprofilaxis, este término no está bien aplicado en el caso de la tuberculosis, ya que no se trata de prevenir la infección sino de evitar el desarrollo de la enfermedad en los sujetos que han sido infectados. La única droga antituberculosa que ha demostrado ser efectiva en este tipo de profilaxis es la isoniazida a la dosis de 10 mg/kg día en los niños, hasta 300 mg / día en el adulto en una dosis diaria durante un año.

PRONÓSTICO

Depende del diagnóstico y tratamiento oportuno, del tipo de lesión localización, extensión, aparición de drogas resistentes, de la asociación con -

padecimientos infecciosos como sarampió, tosferina e con padecimientos-
que alteren la inmunidad como agammaglobulinemia, linfomas y tratamiento-
con esteroides e inmunosupresores.

Los pacientes diagnosticados y tratados adecuadamente en las etapas ini-
ciales de la enfermedad prácticamente no requieren de la ayuda quirúrgica
generalmente curan con el tratamiento médico

La letalidad es muy baja en los casos tratados excepto en la tuberculosis
miliar y meníngea.

EPIDEMIOLOGIA DE LA TUBERCULOSIS PULMONAR

La Tuberculosis Pulmonar representa un problema importante de salud Pública, tanto por el número de fallecimientos como por la invalidez parcial o permanente que ocasiona según datos referidos por la organización Mundial de la salud es la causa de 2 o 3 millones de defunciones anuales en el mundo . En nuestro país ocupa el undécimo lugar como causa de muerte, calculandose que fallecen 8,500 personas al año por este padecimiento.

La prevalencia de la Tuberculosis Pulmonar se calcula en 1.5 a 2 por mil en la población general según las cifras obtenidas de los programas de pesquisa de la secretaría de Salubridad de Asistencia y del IMSS.

ANTECEDENTES CIENTIFICOS

El alcoholismo es una enfermedad caracterizada por una alteración crónica de la conducta, manifestada por una ingesta compulsiva de bebidas alcohólicas, con repercusiones de gran importancia en la vida social del alcoholico y las alteraciones biológicas que la intoxicación ocasiona en la economía corporal.

Se puede considerar que el alcoholismo como problema social es Universal siendo en nuestro país de una gravedad manifiesta. El ausentismo laboral es muy alto, como consecuencia de la embriaguez y a sus complicaciones lo cual ocasiona muchas horas-hombre de trabajo perdido lo cual repercute tanto en la economía del país como en la del individuo alcohólico y su familia. El alcohólico se torna irresponsable y abúlico al núcleo familiar y social en que se desenvuelve, con el consecuente desamparo socioeconómico de la familia que depende de él. Abandona el trabajo o bien su inasistencia y falta de responsabilidad le acarrea el despido.

Siendo el alcohol una molécula pequeña y soluble en el agua puede absorberse por simple difusión. A mayor cantidad de alcohol ingerido, habra mayor absorción, así si la ingesta es excesiva se produce espasmo del píloro que puede ocasionar náuseas y vómito, mientras mayor sea la velocidad con que se vacía el estómago mayor sera la cantidad por hora, que absorbe el intestino. El dióxido de carbono y el agua aceleran el vaciamiento gástrico, en cambio la presencia de alimentos, retarda el vaciamiento del estómago y por lo tanto menor será la cantidad de etanol absorbida en el intestino, por lo contrario un estómago en ayuno se vacía rápidamente y el intestino tendrá mayor cantidad de alcohol por absorber como consecuencia del bajo aporte de nutrientes puede originarse en estos pacientes un estado de desnutrición que resultaría de la deficiente utilización

por las células del organismo, de los nutrientes esenciales que se acompaña de variadas manifestaciones clínicas de acuerdo a factores ecológicos.

El grado de desnutrición de estos pacientes origina predisposición a ciertas enfermedades entre las cuales podemos mencionar a la Tuberculosis Pulmonar que representa un gran problema de salud en México y muchos países del mundo, ocupando el noveno lugar como causa de mortalidad en nuestro medio.

Uno de los problemas graves de estos dos padecimientos, es la incapacidad y desocupación por su incidencia en las edades reproductivas del individuo. El estudio clínico del paciente nos va a demostrar que los datos que se representan más comunmente son tos, dolor torácico, disnea, hemoptisis disfonía, caquexia, malestar general y fiebre.

El diagnóstico de la enfermedad Tuberculosa se efectúa básicamente en función de cinco parámetros principalmente el estudio clínico: estudios de laboratorio que influyen fundamentalmente la microscopía directa, el cultivo y las reacciones de sensibilidad: el estudio radiográfico, estudio anatomopatológico y las fuentes infecciosas.

PLANTEAMIENTO DEL
PROBLEMA

Los padecimientos en asociación tales como el alcoholismo y la tuberculosis pulmonar son demasiado frecuentes, la mayoría de las veces son desapercibidos por el Médico Familiar, ocasionando abandono del tratamiento antifímico, repercutiendo en la dinámica familiar.

HIPOTESIS

LA TUBERCULOSIS PULMONAR Y EL ALCOHOLISMO SON
CAUSAS FRECUENTES DE ALTERACIONES EN EL NUCLEO
FAMILIAR

OBJETIVO GENERAL

DEMOSTRAR QUE EL ALCOHOLISMO AUNADO A LA TUBERCULOSIS
PULMONAR SON CAUSA DE ALTERACIONES EN EL SISTEMA FAMILIAR

OBJETIVOS ESPECIFICOS

- 1.- Conocer la frecuencia de pacientes alcohólicos con ---
tuberculosis pulmonar.
- 2.- Identificar las repercusiones psicosociales dentro del-
núcleo familiar.
- 3.- Analizar las repercusiones de salud en el núcleo familiar.
- 4.- Efectuar el diagnóstico temprano de estas dos enfermedades,
mejorando su pronóstico.
- 5.- Disminuir la incidencia y repercusiones en la consulta ---
externa.

MATERIAL Y METODOS

Se efectuó un estudio retrospectivo en la U.M.F. 1 de Orizaba Ver en un término de seis meses Julio- Diciembre de 1985, tomando una muestra de pacientes enfermos de tuberculosis pulmonar asistentes a la consulta de Medicina Familiar, seleccionando diez de estos pacientes por ser además alcohólicos en forma intensa, siendo captados por Medicina Preventiva.

Para efectuar este estudio, recurrí al tarjetero, que se lleva en Medicina Preventiva para el control de estos pacientes, por medio de estas tarjetas me fue posible saber a que consultorio acudían, su domicilio, fecha de última consulta, fecha de última asistencia al servicio de Medicina Preventiva, fecha última en que había sido visitado por la enfermera sanitaria.

Reunidos estos datos me dirigí a cada uno de los consultorios, se revisó la forma RF-1, los expedientes, obteniendo datos generales acerca de cada uno de los pacientes.

Fuéron efectuadas entrevistas personales, aplicando el cuestionario que se detalla en el anexo 1. que nos orientara a conocer escolaridad, ocupación, estado socioeconómico, tiempo del hábito alcohólico, frecuencia intensidad, repercusión sobre sus relaciones sociales, problemas laborales en la parte correspondiente al alcoholismo.

En cuanto a la tuberculosis pulmonar sobre el conocimiento de su padecimiento, tipo de tratamiento, veces en que fué abandonado, causas y repercusión sobre el núcleo familiar.

Se llevaron además entrevistas directas con el núcleo familiar que nos permitió conocer el medio ambiente que lo rodeaba, y encontrar alteraciones de la dinámica familiar.

NOMBRE _____ AFILIACION _____

EDAD _____

DOMICILIO _____

OCCUPACION _____

ESCOLARIDAD _____

INGRESOS ECONOMICOS MENSUALES. _____

- 1.- DESDE HACE CUANTO TIEMPO COMENZO A TOMAR BEBIDAS ALCOHOLICAS ?

- 2.- CON QUE FRECUENCIA TOMA ? _____
- 3.- ACTUALMENTE TOMA MAS QUE ANTES ? _____
- 4.- INGIERE MAS COPAS, AUN CUANDO SE HA PROPUESTO NO HACERLO ? _____
- 5.- SE HA SENTIDO AGENADO POR SU FRECUENTE ESTADO DE EBRIEDAD ? _____
- 6.- ALGUNAS VECES OLVIDA LO OCURRIDO MIENTRAS ESTUBO EBRIO ? _____
- 7.- HA REÑIDO CON SUS AMIGOS O PERSONAS CON QUIEN BEBE ? _____
- 8.- HA TENIDO PROBLEMAS CON SU FAMILIA POR EL HABITO DE BEBER ? _____
- 9.- QUE TIPO ? _____
- 10.- SE HA SENTIDO MOLESTO PORQUE NO HAY BEBIDA A LA MANO ? _____
- 11.- QUE PROBLEMAS DE SALUD SE HAN PRESENTADO DESDE QUE EMPEZO A BEBER ?

- 12.- QUE PROBLEMAS DE TIPO LABORAL SE LE HAN PRESENTADO ? _____
- 13.- SABE USTED QUE PADECE TUBERCULOSIS PULMONAR ? _____
- 14.- DESDE CUANDO ? _____
- 15.- CUANTAS VECES ACUDIO A SU MEDICO ? _____
- 16.- EN CUANTAS OCASIONES HA ABANDONADO EL TRATAMIENTO ? _____
- 17.- PORQUE HA ABANDONADO EL TRATAMIENTO ? _____
- 18.- SE LE HAN REALIZADO EXAMENES FRECUENTEMENTE (LABORATORIALES Y RX) ?-

19.- HA RECIBIDO TRATAMIENTO ESPECIFICO ? _____

20.- CUANTAS PERSONAS CONVIVEN CON USTED ? _____

21.- ALGUNAS PERSONAS DE ESTAS PRESENTAN SINTOMATOLOGIA DE TUBERCULOSIS -
PULMONAR ? _____

22.- DESCUIDA USTED A SU FAMILIA POR SEGUIR BEBIENDO (NARRACION FAMILIAR) ?

23.- TIENE USTED IDEA DE LA GRAVEDAD QUE PRESENTAN AMBAS ENFERMEDADES ? _____

24.- ACEPTARIA USTED SER TRATADO POR SU MEDICO SI SE LO PROPUSIERA ? _____

25.- QUE TIPO DE BEBIDAS INGIERE ? _____

FAMILIA 1

1.- IMPRESIÓN GENERAL DEL MÉDICO

Se trata de paciente masculino de 55 años de edad.

Acude a consulta de Medicina Familiar, por presentar mal estado general baja de peso y tos, de predominio matutino, productiva.

Es una familia semidesintegrada, urbana de medio socioeconómico bajo.

A la exploración física, encontramos paciente de constitución delgada, -
fascie de indiferencia, palidez mínima de piel, hipoventilación en --
hemiterax derecho.

BAAR positivo.

RX no le fue tomada, ya que el paciente no acudió al servicio de RX.

Clínicamente le fue diagnosticada tuberculosis pulmonar activa avanzada.

2.- EVOLUCIÓN HISTÓRICA DE LA FAMILIA

Originario y residente de la ciudad de Orizaba Ver, escolaridad, tercer -
año de primaria, ocupación ninguna, alcohólico desde hace 22 años, padre -
finado ignora la causa, madre de 73 años de edad analfabeta, un hermano
de 45 años, escolaridad tercer año de primaria, ocupación ayudante de al--
bañil, una hermana de 37 años de edad, analfabeta, dedicada a las labo
res del hogar cuida y cría aves de corral .

3.- CRISIS ANTERIORES Y RESOLUCIÓN

Alcoholismo crónico agudo de quien hubiera podido ocupar el rol de jefe
de la familia.

Alcoholismo crónico agudo y tuberculosis pulmonar del jefe de la familia

Defunción del mismo el 20 de Octubre de 1983.

ATENCIÓN PSICOLÓGICA PREVIA

Ninguna.

5.- NECESIDADES NO MANIFESTADAS EN EL MOTIVO DE LA CONSULTA.

Necesidades de cuidado y afecto a la madre.

6.- LISTA DE PROBLEMAS.

Alcoholismo crónico agudo.

Tuberculosis pulmonar activa avanzada.

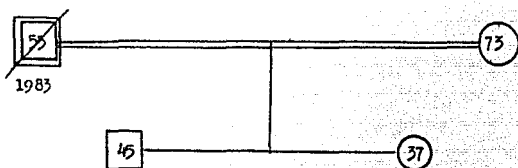
Ingresos económicos bajos.

Necesidades de cuidado y afecto a la madre y a la hermana







Desintegración parcial de la familia debida a la defunción.

FAMILIA 1

Esta familia no presenta alteraciones en su dinamica, ya ue el rol -
 de jefe de la familia fue tomado por el hermano de 55 años.
 El paciente padecía tuberculosis pulmonar avanzada, abandonando el trata-
 miento antifímico debido al alcoholismo crónico.
 El fallecimiento fue tomado con tranquilidad y resignación.



SIMBOLOGIA.

-  HOMBRE
-  MUJER
-  MUERTE
-  MATRIMONIO
-  CONFLICTOS- NO COMUNICACION
-  CASO PISTA.

FAMILIA 2

1.- IMPRESION GENERAL DEL MEDICO

Se trata de paciente masculino de 59 años de edad.

Acude a consulta de Medicina Familiar por presentar tos productiva, hipertermia de predominio vespertino, baja de peso en forma importante.

Se trata de una familia nuclear de medio socioeconómico bajo .

A la exploración física encontramos paciente de constitución regular palides acentuada de piel y tegumentosa, diaforesis, hipoventilación en región apical derecha .

BAAR POSITIVO , 2 por campo.

RX múltiples opacidades de 2mm. de diámetro diseminadas por todo el pulmón derecho compatible con tuberculosis pulmonar activa avanzada.

EVOLUCION HISTORICA DE LA FAMILIA

Originario de Orizaba Ver , residente de Santa Ana Atzacan, analfabeta, ocupación campesino, alcoholismo desde hace 44 años. Esposa de 42 años , analfabeta dedicada a las labores del hogar, cinco hijos de 24-19,17,16- y 13 años, todos ellos con escolaridad máxima de segundo año de primaria dedicados al campo.

3.- CRISIS ANTERIORES Y RESOLUCION

Alcoholismo crónico agudo y tuberculosis pulmonar crónica aguda del jefe de la familia.

Defunción del mismo el 2 de Noviembre de 1985.

4.- ATENCION PSICOLOGICA PREVIA

Ninguna.

5.- NECESIDADES NO MANIFESTADAS EN EL MOTIVO DE LA CONSULTA

Necesidades de afecto y cuidado a la esposa y a los hijos.

6.- LISTA DE PROBLEMAS.

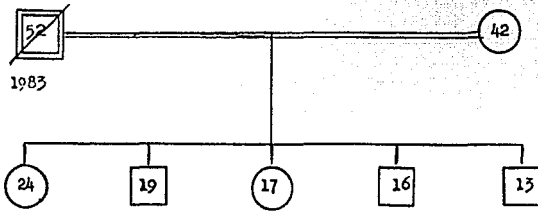
Alcoholismo Crónico agudo, tuberculosis pulmonar, necesidades de afecto y cuidado a la esposa y a los hijos . Desintegración parcial por la defunción.

FAMILIA 2

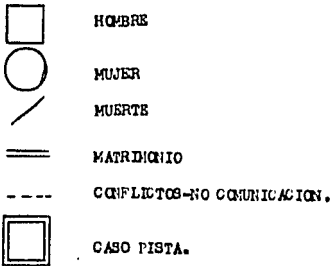
Esta familia pasó por verdaderas crisis y alteraciones de su dinámica en un principio.

El jefe de la familia falleció.

La madre tuvo que tomar el rol de padre y madre, la hija mayor tuvo que conseguir trabajo cosa que no fue fácil ya que solo estudió hasta tercer año de primaria.



SIMBOLOGIA.



1.- IMPRESION GENERAL DEL MEDICO

Se trata de paciente masculino de 52 años de edad, acude a consulta por -- presentar malestar general , pérdida de peso en corto tiempo y en forma importante.

A la exploración física encontramos paciente de constitución delgada, con -- facie característica de indiferencia, poco cooperador a la exploración.

BAAR positivo 6 por campo .

RX Lesiones bronconeumáticas en el lóbulo izquierdo y cavidad de 3 cms de -- diámetro compatible con Tuberculosis pulmonar moderada activa.

EVOLUCION HISTORICA DE LA FAMILIA

Originario de Orizaba Ver , residente del mismo lugar , escolaridad segun -- de de primaria, ocupación obrero de la cervecría moctezuma. esposa de -- 48 años de edad, analfabeta , dedicada a las labores del hogar, vende dul -- cos y carbón , dos hijas unido 28 años y otra de 24 años ambas casadas - una de ellas tiene dos hijos.

3.- CRISIS ANTERIORES Y RESOLUCION

Alcoholismo crónico y tuberculosis pulmonar moderada activa.

4.- ATENCION PSICOLOGICA.

Ninguna.

5.- NECESIDADES NO MANIFESTADAS EN EL MOTIVO DE LA CONSULTA.

Necesidades de cuidado y afecto a la esposa.

6.- LISTA DE PROBLEMAS.

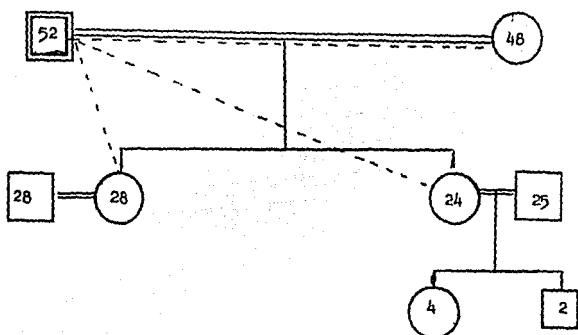
Alcoholismo crónico agudo.

Tuberculosis pulmonar moderada activa.







Necesidad de cuidado y afecto a la esposa.

FAMILIA 3.

Esta familia presenta cierta alteración en su dinámica condicionada por el alcoholismo crónico del jefe de familia, ya que lo hace ser agresivo asociado éste a su padecimiento pulmonar, se ve repudiada por el resto de la familia, llegando a aislarlo del núcleo familiar.



SIMBOLOGIA.

-  HOMBRE.
-  MUJER
-  MUERTE
-  MATRIMONIO
-  CONFLICTO- NO COMUNICACION
-  CASO FIJA

FAMILIA 4

1.- IMPRESION GENERAL DEL MEDICO

Se trató paciente masculino de 40 años de edad, acude a consulta por presentar astenia, anorexia, pérdida de peso, tos productiva.

Se trata de una familia nuclear, de medio socioeconómico bajo.

A la exploración física encontramos paciente de constitución regular - sin fascie característica no colabora a la exploración ni al interrogatorio.

BAAR positivo 2 por campo.

RX no se realizó por no acudir el paciente al servicio de RX.

Por el BAAR positivo y clínicamente se concluye que se trata de un Tuberculosis pulmonar activa probablemente moderada.

2.- EVOLUCION HISTORICA DE LA FAMILIA.

Originaria de Xalapa Ver residente actualmente en Orizaba Ver, ocupación - balconero, escolaridad sexto año de primaria, esposa de 38 años de edad - escolaridad sexto año de primaria dedicada a las labores del hogar con dos hijos una niña de 8 años y un niño de 4 años.

3.- CRISIS ANTERIORES Y RESOLUCION.

Considere que no ha tenido crisis que hayan puesto en detriminada manera la estabilidad de la familia. El alcoholismo de él produce cierto afecto negativo en la familia.

4.- ATENCION PSICOLOGICA.

ninguna.

5.- NECESIDADES NO MANIFESTADAS EN EL MOTIVO DE LA CONSULTA.

Necesidad de cuidado y afecto a la esposa y a los hijos.

6.- LISTA DE PROBLEMAS.

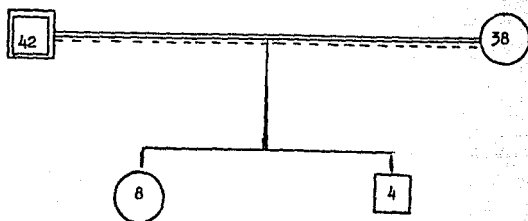
Alcoholismo crónico.

Tuberculosis pulmonar activa.

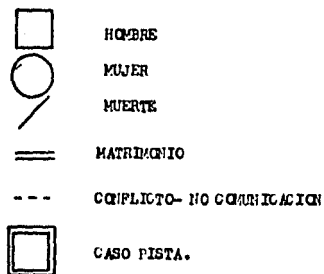
Falta de afecto a la esposa y a los hijos.

FAMILIA 4

En esta familia no encontramos alteraciones de su dinámica, los roles están bien definidos. Los principales problemas de esta familia son la falta de afecto y cuidado a la esposa e hijos, aporte económico al núcleo familiar bajo.



SIMBOLOGIA.



FAMILIA 5

1.- IMPRESION GENERAL DEL MEDICO.

Se trató paciente masculino de 57 años de edad.

Acude a consulta por presentar cefalea de mediana intensidad de predominio frontal, pirosis, vómito y astenia.

Se trató una familia nuclear de medio socioeconómico bajo.

A la exploración física encontramos paciente de constitución obesa, sin fascie característica, campos pulmonares bien ventilados.

BAAR positivo en dos ocasiones.

RX no le fue efectuada, el paciente se negó a asistir.

Por el medio en que vive, por el antecedente del estilismo crónico y por la basiloescopia positiva se le diagnosticó tuberculosis activa leve.

2.- EVOLUCION HISTORICA DE LA FAMILIA.

Originario de Orizaba Ver residente en Rio Blanco Ver, ocupación albañil, escolaridad tercer año de primaria, esposa de 50 años, escolaridad tercer año de primaria, dedicada a las labores del hogar, una hijada — tres años de edad.

3.- CRISIS ANTERIORES Y RESOLUCION.

Consideran que hasta el momento no han tenido crisis que hayan puesto en juego la estabilidad de la familia.

4.- ATENCION PSICOLOGICA.

Ninguna.

5.- NECESIDADES NO MANIFESTADAS EN EL MOTIVO DE LA CONSULTA

Necesidades de cuidado y afecto a la esposa y a la hija.

6.- LISTA DE PROBLEMAS.

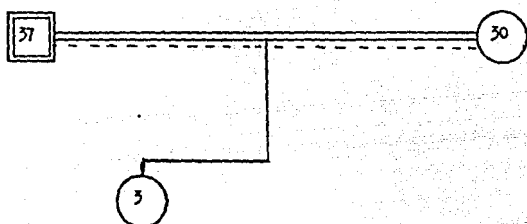
Estilismo crónico del jefe de la familia.

Tuberculosis activa.







Necesidades de afecto a la esposa y a la hija.

FAMILIA 5

En esta familia no se encontraron alteraciones de su dinámica, los roles están bien definidos. Los principales problemas de esta familia son el estiliame crónico de la familia y la tuberculosis del mismo, haciéndolo sentir culpable y frustrado.



SIMBOLOGIA.

	HOMBRE
	MUJER
	MUERTE
	MATRIMONIO
	CONFLICTO-NO COMUNICACION
	CASO FIJTA.

FAMILIA

6.

1.-IMPRESION GENERAL DEL MEDICO.

Se trata de paciente masculino de 28 años de edad.

Acude a consulta por presentar pérdida de peso en forma importante .

Se trata de una familia nuclear de medio socioeconómico medio bajo.

A la exploración física, encontramos paciente masculino de constitución delgada con palidez de la piel moderada, diaforético, campos pulmonares bien ventilados.

BAAR.- positivo 2 por campo.

RX, afección localizada en la región apical derecha. Compatible con TBP.

2.- EVOLUCION HISTORICA DE LA FAMILIA.

Ornitario y residente de la ciudad de Orizaba Ver, escolaridad, quinto semestre de carrera universitaria, ocupación actual en forma eventual en talleres de laminación y pintura de coches, convive con su padre de 54 años de edad, escolaridad sexto año de primaria y de oficio laminador y pintura de coches, madre de 50 años de edad escolaridad, sexto año de primaria y dedicada a las labores del hogar, cuatro hermanos de 22, 16, 14 y 10 años de edad; respectivamente , uno en carrera universitaria.

3.-CRISIS ANTERIORES Y RESOLUCIONES.

Alcoholismo crónico

Tuberculosis pulmonar moderada.

Rechazo por parte de los padres y de los hermanos.

4.- ATENCION PSICOLOGICA.

Ninguna.

5.- NECESIDADES NO MANIFESTADAS EN EL MOTIVO DE LA CONSULTA.

Alcoholismo crónico y tuberculosis pulmonar, rechazo por parte de los padres y de los hermanos.

6.- LISTA DE PROBLEMAS.

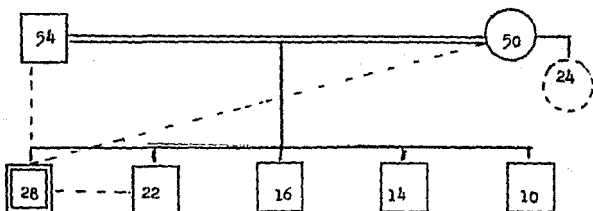
Alcoholismo crónico.

Tuberculosis pulmonar moderada.

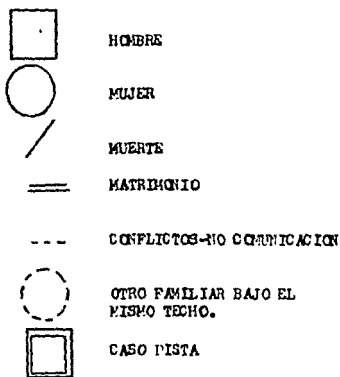
Rechazo por los miembros del núcleo familiar.

FAMILIA 6.

Esta familia se encuentra gravemente afectada en su dinámica, aquí los roles están bien definidos, existe una gran falta de comunicación del paciente con el resto de la familia, siendo el mayor de los hermanos, le son atribuidos a él. El paciente ha abandonado el tratamiento antituberculoso, por la asociación de estos padecimientos es rechazado frecuentemente y hasta ha sido "corrido de la casa".



SIMBOLOGIA.



FAMILIA 7.

1.- IMPRESION GENERAL DEL MEDICO.

Se trata de paciente masculino de 79 años de edad.

Acude a consulta por presentar anorexia,astenia y pirosis.

Se trata de una familia nuclear de medio socioeconómico bajo.

A la exploración física, encontramos paciente masculino en mal estado general con palidez acentuada de la piel y tegumentos, diaforésis; disnea de medianos esfuerzos, mínimo sibilos nasal, hipoventilación de hemitórax derecho.

BAAR positivo 2 por campo.

RX ,pequeñas opacidades redondeadas de 1 a 2 mm,diseminadas en pulmón derecho

2.- EVOLUCION HISTORICA DE LA FAMILIA.

Originario de Orizaba Ver, escolaridad hasta el tercer año de primaria .ocupación estibador .siendo inicialmente trabajador de la planta distribuidora de Mantejo, actualmente . en ocasiones le dan contratos, esposa de 34 años de edad, escolaridad hasta el sexto año de primaria, dedicada a las labores del hogar, además se dedica a lavar ropa ajena, siete hijos de 15,13,12,8,6,5, y 3 años de edad.

3.- CRISIS ANTERIORES Y RESOLUCION.

Alcoholismo crónico .tuberculosis pulmonar , perspectivas de divorcio, ninguno se ha resuelto hasta el momento.

4.- ATENCION PSICOLOGICA.

Ninguna.

5.- NECESIDADES NO MANIFESTADAS EN EL MOTIVO DE LA CONSULTA.

Necesidades de cuidado y afecto a la esposa y a los hijos.

6.- LISTA DE PROBLEMAS.

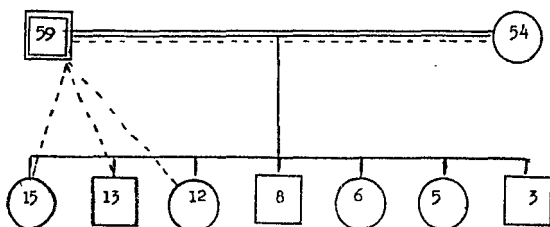
Alcoholismo crónico.

Tuberculosis pulmonar activa avanzada.







Amenaza de separación.

F A M I L I A 7

Esta familia presenta cierta alteración en su dinámica tendiéndose por la dependencia ética del paciente, no existe comunicación entre ambos conyuges. Aquí la madre ocupa el rol de padre y madre. El paciente sabe que tiene tuberculosis pulmonar, desea morir ya que piensa que es un estorbo para la esposa y los hijos.



SIMBOLOGIA.

-  HOMBRE
-  MUJER
-  FUERTE
-  MATRIMONIO
-  CONFLICTO-NO COMUNICACION.
-  CASO HISTORICO

FAMILIA 8.

1.- IMPRESION GENERAL DEL MEDICO.

Se trata de paciente masculino de 67 años de edad.

Acude a consulta por presentar tos productiva, pérdida de peso en forma importante y astenia.

Se trata de familia nuclear desintegrada de medio socioeconómico bajo.

A la exploración física encontramos paciente de edad aparente mayor a la real de constitución delgada, sin fascie característica, palidez mínima de piel, ventilación pulmonar aceptable.

BAAR, positiva 2 por campo.

RX, Muestran cavidad en lóbulo superior derecho y gran número de opacidades miliarias diseminadas en pulmón derecho, Compatible con TBP moderada activa.

2.- EVOLUCION HISTORICA DE LA FAMILIA.

Originario y residente de Orizaba Ver, escolaridad hasta segundo año de primaria, ocupación ayudante de albañil, trabaja en forma eventual, esposa de 65 años de edad, analfabeta, dedicada a las labores del hogar.

3.- CRISIS ANTERIORES Y RESOLUCION.

Alcoholismo crónico del esposo, tuberculosis pulmonar moderada y necesidades de afecto y cuidado a la esposa.

4.- ATENCION PSICOLOGICA.

Ninguna.

5.- NECESIDADES NO MANIFESTADAS EN EL MOTIVO DE CONSULTA.

Necesidad de cuidado y afecto a la esposa.

6.- LISTA DE PROBLEMAS.

Alcoholismo crónico.

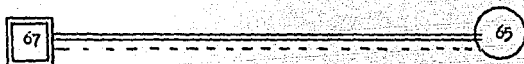
Tuberculosis pulmonar moderada.

Necesidades de afecto y cuidado a la esposa.

FAMILIA 8

En esta familia se encontro alteración en su dinámica, los roles estan bien definidos.

Los problemas existentes son: el alcoholismo crónico del jefe de la familia aún tolerado por la esposa, pero rechazado por la tuberculosis y por la no aceptación del tratamiento antifímico.



SIMBOLOGIA.



HOMBRE



MUJER



MUERTE.



MATRIMONIO



CONFLICTOS-NO COMUNICACION.



CASO FICHA.

FAMILIA 9.

1.- IMPRESION GENERAL DEL MEDICO.

Se trata de paciente masculino de 55 años de edad.

Acude a consulta para efectuarse un chequeo médico general, ya que refiere — nunca enfermarse, manifestando la presencia de astenia en los últimos meses.

Se trata de familia nuclear de medio socioeconómico medio bajo.

A la exploración física encontramos paciente de constitución regular, sin — fascie característica. campos pulmonares bien ventilados.

BAAR. Positivo 2 por campo.

RX. aparentemente normal.

2.- EVOLUCION HISTORICA DE LA FAMILIA .

Originario de Puebla. Fue residente actualmente en Orizaba Ver. cuenta con primaria completa. trabaja en la comisión federal de la electricidad como electricista — siendo trabajador de planta, estos de 48 años de edad, con escolaridad, tercer año — de primaria, dedicada a las labores del hogar. cuenta con cuatro hijos de 13, 11, 8, — y 5 años de edad

3.- CRISIS ANTERIORES Y RESOLUCION.

Alcoholismo crónico

Tuberculosis pulmonar.

Rechazo por parte de la esposa.

4.- ATENCION PSICOLOGICA.

Ninguna.

5.- NECESIDADES NO MANIFESTADAS EN EL MOTIVO DE LA CONSULTA.

Necesidades de cuidado y afecto a la esposa y a los hijos.

Falta de comunicación entre ambos esposos.

6.- LISTA DE PROBLEMAS.

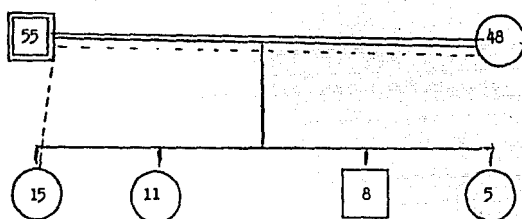
Alcoholismo Crónico.

Tuberculosis pulmonar activa.

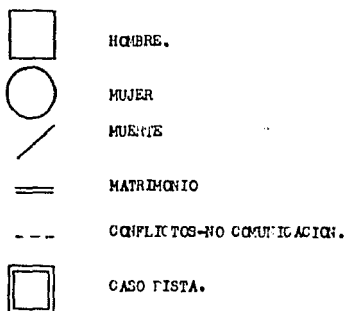
Necesidades de cuidado y afecto a la esposa y a los hijos.

FAMILIA 9.

En esta familia no se encontró alteraciones en su dinámica, los roles están bien definidos. Los principales problemas encontrados fueron la falta de afecto a la esposa y a los hijos, falta de tensión a estos, la escolaridad fluctúa en un tercer año de primaria. El jefe de la familia es rechazado por la esposa e hijos y no respaldado debido al estilismo crónico. Saben que padece TBP le insisten en que acepte tratamiento médico.



SIMBOLOGIA.



1.- IMPRESION GENERAL DEL MEDICO

Se trata de paciente masculino de 53 años de edad.

Acude a consulta por presentar malestar general.

Se trata de familia nuclear de medio socioeconómico medio bajo.

A la exploración Física, encontramos paciente masculino de constitución regular sin fascie característica, campos pulmonares bien ventilados.

BAAR. positivo 1 a 2 por campo.

RX. Normal.

2.- EVOLUCION HISTORICA DE LA FAMILIA.

Originario de Acayucan. Ver residente actualmente en la ciudad de Orizaba Ver escolaridad, quinto año de primaria, ocupación obrero de planta en la cervecera -- moctezuma, esposa de 41 años, escolaridad quinto año de primaria, dedicada a las labores del hogar, cuatro hijos de 9, 7, 5 y 2 años.

3.- CRISIS ANTERIORES Y RESOLUCION.

Alcoholismo crónico del esposo.

Tuberculosis pulmonar activa.

Rechazo por parte de la esposa.

Necesidades de afecto y cuidado a la esposa y a los hijos.

4.- ATENCION PSICOLOGICA.

Ninguna.

5.- NECESIDADES NO MANIFESTADAS EN EL MOTIVO DE LA CONSULTA.

Necesidades de cuidado y afecto a la esposa y a los hijos

6.- LISTA DE PROBLEMAS.

Alcoholismo crónico del padre.

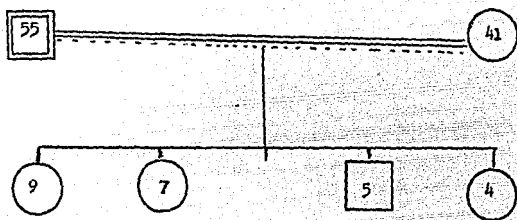
Tuberculosis pulmonar activa.

Necesidades de cuidado y afecto de la esposa y de los hijos.

Rechazo por parte de la esposa.

FAMILIA 10

En esta familia no se encontro alteraciones en la dinámica, los roles estan bien definidos. Los principales problemas encontrados en esta familia son: el alcoholismo cronico del jefe de la familia, la tuberculosis pulmonar activa, rechazo por parte de la esposa.



SIMBOLOGIA.



HOMBRE



MUJER



MUERTE.



MATRIMONIO.



CONFLICTOS-NO COMUNICACION.



CASO FIESTA.

RESULTADOS

En la unidad médico Familiar N^o 1 del IMSS de Orizaba Ver se llevó a cabo esta investigación .

Se estudian 10 casos de pacientes con tuberculosis pulmonar que por referencia del expediente clínica , del servicio de Medicina Preventiva y del neumólogo, se me comunicó que eran pacientes que presentaban problemas de alcoholismo.

Los 10 pacientes todos ellos del sexo masculino con una edad promedio de 48,5, que fluctúan entre los 28 y 67 años de edad, cabe hacer la advertencia que 2 de estos pacientes fallecieron, pero se consideraron en esta investigación porque su muerte fue en el transcurso de esta investigación (CUADRO 1)

La escolaridad de estas personas se determinó que es de 5,4 años lo que equivale a un tercer año de primaria, esta escolaridad fluctua entre el analfabetismo y la primaria completa.

La ocupación de los 10 pacientes es como sigue un 20 % (2) son albañiles otro 20 % (2) son obreros, en el resto de los pacientes se encuentran las siguientes ocupaciones ; campesino (1), balconero (1), estibador (1), electricista (1), trabajo eventual variado (2).(CUADRO 2)

Con respecto a los ingresos económicos aportados al núcleo familiar 5 de los pacientes (50 %) refieren ingresos variables, ya que son trabajadores eventuales, pero que no rebasan los 15,000 pesos mensuales los otros 5 pacientes refieren sus ingresos entre los 10, 000 y 15,000.

Con respecto a la edad en que comenzaron a ingerir bebidas alcohólicas como promedio es de 21 años, fluctuando estas edades entre los 13 y 37 años (CUADRO 3) El tiempo que llevan de ser bebedores es de un promedio de 22,5 años fluctuando estas cifras entre los 2 años y 44 años

ESTA TESIS NO DEBE
SALIR DE LA BIBLIOTECA

La frecuencia con que estas personas consumen alcohol, 7 pacientes (70 %) refieren hacerlo diariamente , una cuatro veces a la semana, (1) dos veces a la semana, y entre una vez a la semana.

Al investigar el tipo de bebida que ingieren, 3 de ellos (30 %) tomaron cerveza, 4 consumen alcohol de caña (40 %), una refiere la ingesta de las dos bebidas a la vez, 2 de los pacientes ingieren otras bebidas .

En los 10 pacientes investigados nos refirieron los problemas familiares ocasionados por el consumo del alcohol 5 pacientes nos refirieron rechazo (entendiendose esto como la falta de comunicación con el resto de la familia) los otros 5 pacientes entre los problemas que se encontraron fueron abandono de la familia, aporte económico mínimo por parte de él . De nuestros 10 pacientes estudiados , 9 conocen padecer tuberculosis pulmonar , uno niega el conocimiento de esto.

El promedio que tienen de padecer la enfermedad es de 1.61 años con excepción de 1 que desconoce el tiempo de padecerla, fluctuando entre los 6 meses y 3 años.

Refieren estar en tratamiento antifímico 7 pacientes y 3 no por distintas razones.

El promedio de abandono del tratamiento es de 2.9 y 2 pacientes no aceptaron el tratamiento.

Las veces que han acudido al médico tiene un promedio de 1.4 fluctuando entre 0 y 3 veces.

Los motivos por el cual han abandonado el tratamiento y que refieren estos pacientes 5 por tratarse de trabajadores eventuales, 2 por preferir el consumo del alcohol, 2 por falta de medicamentos y 1 por referir mejoría.

A los pacientes también se les interrogó si se les habían efectuado estudios de gabinete y de laboratorio, 8 reportaron que si se les habían efectuado, 2 no, la frecuencia de estos no pudo aclararse en forma correcta.

El promedio de contactos o, personas convivientes es de 4.7 y fluctúa entre una y 8 personas.

Al interrogar si alguna de las personas con quienes conviven, presentan sintomatología que nos hiciera sospechar sobre tuberculosis pulmonar todos ellos negaron la presencia de alguna manifestación.

La sintomatología más frecuente de estos pacientes fué ;

" de ellos no manifestaron sintomatología, 5 baja de peso, 4 tos, 2 anorexia, 5 astenia, 1 hipertermia.

CUADRO 1

CLINICA N° 1 DEL I.M.S.S.

ORIZABA VER 1983

PACIENTES POR GRUPO DE EDAD

EDAD	SEXO	NUMERO DE PACIENTES
67	M	1
59	M	1
55	M	2
53	M	1
52	M	1
40	M	1
39	M	1
37	M	1
28	M	1

CUADRO 2

CLINICA N° 1 DEL I.M.S.S.

ORIZABA VER. 1983

ESCOLARIDAD Y OCUPACION DE LOS PACIENTES

PACIENTE	ESCOLARIDAD	OCUPACION
1	3° PRIMARIA	NINGUNA
2	-----	CAMPESINO
3	2° PRIMARIA	OBREROS
4	6° PRIMARIA	BALCINERO
5	4° PRIMARIA	ALBAÑIL
6	3° PROFESIONAL	OBRERO
7	3° PRIMARIA	ESTIBADOR
8.	2° PRIMARIA	AYUDANTE DE
		ALBAÑIL
9	6° PRIMARIA	ELECTRICISTA
10	5° PRIMARIA	OBRERO

CUADRO 3

CLINICA N° 1 DEL I. M. S. S.
 ORIZABA VER 1983

EDAD EN QUE COMENZARON A INGERIR BEBIDAS ALCOHOLICAS
 TIEMPO QUE TIENEN DE SER BEBEDORES Y FRECUENCIA CON QUE
 TOMAN.

PACIENTE	DESDE QUE EDAD EMPEZO A TOMAR	TIEMPO QUE TIENE DE SER TOMADOR	FRECUENCIA CON QUE TOMA
1	15 AÑOS	22 AÑOS	DIARIAMENTE
2	15 AÑOS	44 AÑOS	DIARIAMENTE
3	28 AÑOS	24 AÑOS	DIARIAMENTE
4	19 AÑOS	2 AÑOS	DIARIAMENTE
5	19 AÑOS	24 AÑOS	DIARIAMENTE
6	19 AÑOS	7 AÑOS	DOS VECES POR SEMANA
7	14 AÑOS	25 AÑOS	DIARIAMENTE
8	37 AÑOS	30 AÑOS	3 ó 4 VECES POR SEMANA
9	30 AÑOS	15 AÑOS	UNA VEZ POR SEMANA
10	20 AÑOS	33 AÑOS	DIARIAMENTE

CONCLUSIONES.

1.- La población estudiada de pacientes con Tuberculosis Pulmonar fué de un total de 50 pacientes.

2.- De estos pacientes, 10 de ellos padecen alcoholismo crónico.

3.- Pudo observarse la asociación de estas dos patologías, únicamente en el sexo masculino.

4.- 2 De los pacientes, fallecieron en el transcurso de esta investigación.

5.- La escolaridad se determinó en un equivalente de un tercer año de primaria, fluctuando ésta, entre el analfabetismo y la primaria.

6.- Con respecto a las ocupaciones que desempeñan, se encontraron 2 albañiles, 1 balconero, 2 obreros, 2 con actividades diversas, trabajando como eventuales, 1 estibador, 1 electricista, 1 campesino.

7.- Los ingresos económicos aportados al núcleo familiar, 5 de los pacientes refieren ingresos variables que no rebasan los \$ 15,000.00 pesos mensuales y los 5 restantes refieren ingresos variables.

8.- La edad de inicio de ingesta de bebidas alcohólicas, fluctúa entre los 13 y 37 años.

9.- El tiempo que llevan de ser bebedores, fluctúa entre los 2 años y los 44.

10.- La frecuencia con que toman, se encontró que 7 lo hacen diariamente, 1 cuatro veces a la semana, 1 dos veces a la semana, 1 una vez a la semana.

11.- Se investigó el tipo de bebida que ingieren, encontramos que 3 toman cerveza, 4 consumen alcohol de caña, 3 ingieren las de los dos tipos de bebidas, 2 de los pacientes ingieren otras bebidas.

12.- De nuestros 10 pacientes, 9 concen padecer Tuberculosis, 1 no sé saber si la padecía.

ALTERNATIVAS DE SOLUCION

1.- ALTERNATIVAS DE SOLUCION POR PARTE DE LA INSTITUCION:

- 1.1.- Que el alcoholismo y la tuberculosis pulmonar sean diagnosticadas -- en sus distintas etapas, capacitando al médico y al resto del personal -- paramédico, por medio de cursos de actualización.
- 1.2.- Debe existir una buena coordinación entre las empresas en donde -- labóran los individuos y las distintas instituciones de salud para que -- tengan conocimiento amplio acerca de estas patologías.
- 1.3.- Auxiliarse de otras instituciones e grupos , como los grupos -- de alcoholicos anónimos.

2.- ALTERNATIVAS POR PARTE DEL MEDICO.

- 2.1.- Efectuar un buen interrogatorio para detectar oportunamente el alco -- holismo y la tuberculosis, así como la elaboración de una buena histo -- ria clínica.
- 2.2.- Estimular al Médico Familiar en la actualización de las ciencias -- sociales y la importancia que estas cobran en estos padecimientos.
- 2.3.- Efectuar visitas domiciliarias frecuentes con la finalidad de conocer -- perfectamente bien a nuestra población , y conocer el medio en que se -- desenvuelven.
- 2.4.- Motivar al paciente para que acuda a control médico constante.
- 2.5.- Hacer que exista una buena relación médico- paciente, para que --- haya una buena comunicación.
- 3.6.- Concientizar a nuestros pacientes acerca de estas patologías y la -- importancia que cobran unidas, en nuestros problemas de salud y las reper -- cusiones que ocasionan en el núcleo familiar.

3.- ALTERNATIVAS POR PARTE DEL PACIENTE.

3.1.- Estar consciente de la necesidad de acudir puntualmente a recibir tratamiento.

3.2.- Apoyarse psicológicamente, integrándose al grupo de alcohólicos anónimos para abandonar el hábito alcohólico.

3.3.- Juzgar y estimar el daño económico, psicológico y afectivo que causan este tipo de pacientes en el núcleo familiar, y tratar de mejorar o corregir su conducta.

RESUMEN

Múltiples factores etiológicos que intervienen en los problemas biológicos, sociales, los criterios diagnósticos insuficientes y tratamientos deficientes, variados, confusos, dan por resultado un pronóstico mal definido. Ocasionalmente frecuentemente la muerte.

Aunado a estos problemas puede observarse que como consecuencia, la asociación de estas patologías traen como consecuencia problemas de desnutrición, analfabetismo, descuido y abandono a los hijos, presentándose frecuentemente la delincuencia.

El diagnóstico temprano de estas enfermedades se efectúa escasamente debido a que el conocimiento a fondo de estas patologías, tienen para la familia, dentro de su contexto sociocultural, el valor que les otorga su tolerancia, mitos y prejuicios, piensan que a estos pacientes se los debe aislar. Son llevados al médico generalmente en fases avanzadas e irreversibles.

Se presenta generalmente una reorganización para enfrentarse a la existencia de este tipo de pacientes dentro del núcleo familiar. Generalmente las responsabilidades que ha dejado de asumir, son tomadas por otros miembros, en esta situación el paciente experimenta culpa, la familia se somete a tensión, angustia y resentimiento continuo. Estos resultados nos demuestran que los problemas ocasionados por la asociación de estas patologías, deterioran en forma importante los vínculos de comunicación afecto y amor.

BIBLIOGRAFIA.

- 1.- H. COMEN HINSHAN
ENCICLOPEDIA DEL TORAX.
EDITORIAL INTERAMERICANA .
- 2.- MUNDO MEDICO.
ANUARIO DE NEUMOLOGIA 1976.
- 3.- BOEHEKER DAUBER.
MANUAL DE TERAPEUTICA MEDICA.
SEGUNDA EDICION.
SALVAT EDITORES.
- 4.- DR. HUMBERTO JAINE ALARID
DR. ARNULFO IRIGUYEN ALARID.
FUNDAMENTOS DE MEDICINA FAMILIAR
EDICIONES H. E. M.
- 5.- FOX PALL ELVEBROCK
EPIDEMIOLOGIA EL HOMBRE Y LA ENFERMEDAD
REDIFRESION 1981
LA PRENSA MEDICA MEXICANA.
- 6.- BRIAN MACMAHON M D D P H
THOMAS F FUCH M D M P H
PRINCIPIOS Y METODOS DE EPIDEMIOLOGIA.
LA PRENSA MEDICA.
- 7.- HERNA SAN MARTIN
SALUD Y ENFERMEDAD
EDICIONES CIENTIFICAS.
- 8.- MILTON TERRIS
LA REVOLUCION EPIDEMIOLOGICA Y LA MEDICINA SOCIAL
SIGLO XXI SEGUNDA EDICION.

9.- PEDRO CREVENNA.

MEDICINA Y SALUD

EDICIONES DE CULTURA GENERAL.

10.- RENE DOBOS

EL ESPEJISMO DE LA SALUD

ETAPAS, PROGRESO Y CAMBIO BIOLÓGICO.

FONDO DE CULTURA ECONÓMICA.

11.- JESUS RHATE

CON ALO GUTIERREZ

MANUAL DE INFECTOLOGÍA

12.- RAFAEL VELAAZO FERNANDEZ

ESA ENFERMEDAD LLAMADA ALCOHOLISMO

13. CLINICAS MEDICAS DE NORTEAMERICA

DIAGNOSTICO Y TRATAMIENTO DE LA TUBERCULOSIS PULMONAR

INTERAMERICANA.

14.- MATHENEY TOFALIS

ENFERMEDADES PSIQUIATRICAS

QUINTA EDICION

EDITORIAL INTERAMERICANA.