11226
301
166

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO
FACULTAD DE MEDICINA
DIVISION DE ESTUDIOS SUPERIORES

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
JEFATURA DE ENSEÑANZA E INVESTIGACION
CLINICA HOSPITAL ZONA II No. 1
MEXICALI, BAJA CFA.

CURSO DE ESPECIALIZACION EN MEDICINA FAMILIAR
CLINICA HOSPITAL ZONA II No. 1 MEXICALI, BAJA CFA.

DETERMINACION DE CASOS PISTA Y CONTACTOS DE SIFILIS Y SUS ALTERACIONES EN LA DINAMICA FAMILIAR EN PACIENTES EN CONTROL EN MEDICINA PREVENTIVA DEL H G Z II No. 1 DEL 1ro. DE ENERO DE 1982 AL 30 DE SEPTIEMBRE DE 1983.

TESIS DE POSTGRADO

DR. HECTOR ANTONIO RIOS MORALES

MEXICALI, B.C. DICIEMBRE 1983

IMSS

FALLA DE ORIGEN

Universidad Nacional Autónoma de México
UNAM
Biblioteca Central
Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

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.

I N D I C E G E N E R A L.

	PÁGS.
INTRODUCCIÓN	1
JUSTIFICACIÓN	2
MARCO TEORICO SÍFILIS	3
HIPOTESIS	17
MATERIAL Y METODO	19
PANORAMA GENERAL DE LAS FAMILIAS	21
RESULTADOS	23
CUADROS	24
GRAFICAS	44
CONCLUSIONES	50
BIBLIOGRAFIA	52
ANEXO	54

I N T R O D U C C I O N .

TOMANDO EN CUENTA QUE LA SECEPTIBILIDAD DEL HUMANO A-LA INFECCIÓN SIFILÍTICA ES UNIVERSAL;SIN HABER RESISTENCIA NATURAL NI ADQUIRIDA A NINGUNA EDAD,Y A PESAR QUE LA INCI - DENCIA DE ESTA PATOLOGÍA EN NUESTRO PAÍS HA DISMINUIDO CON-SIDERABLEMENTE DESDE 40 AÑOS A LA FECHA,NO DEJA DE SER UN - TEMA CONTROVERTIDO EN SU CONTROL,PRINCIPALMENTE EN LOS ESTA DOS FRONTERIZOS DEL NORTE DE LA NACIÓN,EN DONDE LAS ENFERME DADES VENÉREAS SE HAN INCREMENTADO EN FORMA SIGNIFICATIVA - QUIZA POR IDEOLOGÍAS IMPORTADAS DE PAÍSES DESARROLLADOS,EN-DONDE LA ACTITUD DE LA POBLACIÓN JOVEN ANTE LA PROMISCUIDAD SEXUAL HA CAMBIADO HACIA UNA MAYOR TOLERANCIA,SIENDO ESTO - DE CONSIDERABLE INFLUENCIA EN NUESTRO MEDIO Y AUN MAS EXA-- CERVADO POR UN NIVEL CULTURAL POBRE QUE TRAE COMO RESULTADO MAYOR MORVILIDAD.

ES DE ESPERAR QUE ESTA ENTIDAD,EN PARTICULAR,EN UNA U OTRA FORMA SEA EN PARTE CONSECUENCIA Y/O CONDICIONE ALTERA-CIONES EN LA DINÁMICA FAMILIAR,PUES COMO SE SABE LA ENFERME DAD EN GENERAL,PRESENTADA EN EL HOMBRE ES UN FACTOR QUE DES INTEGRA EL FUNCIONAMIENTO DEL DESARROLLO REPERCUTIENDO POR-LO CONSIGUIENTE EN SUS RELACIONES SOCIALES.

J U S T I F I C A C I O N .

LA MOTIVACIÓN PARA LA ELABORACIÓN DE ESTE TRABAJO ESTA BASADA EN LA DIFICULTAD DEL SEGUIMIENTO ADECUADO DE LOS CONTACTOS, DE LOS PACIENTES ETIQUETADOS CON SÍFILIS. SE HA OBSERVADO QUE UN GRAN NUMERO DE ESTOS PACIENTES, CASOS PISTA NIEGAN EL ANTECEDENTE DE RELACIÓN SEXUAL EXTRAMARITAL O CON PAREJA SEXUAL OCASIONAL; LO QUE TRAE COMO CONSECUENCIA UN -- CONTROL EPIDEMIOLÓGICO LIMITADO Y POR LO CONSIGUIENTE LA APARICIÓN DE NUEVOS CASOS.

COMO ES CONOCIDO POR TODOS, LA MAYOR FRECUENCIA DE LA SÍFILIS ES EN EL ADULTO JOVEN, PERO NO DETERMINADA EXACTAMENTE POR UN GRUPO DE EDAD PREDOMINANTE EN NUESTRA POBLACIÓN A ESTUDIAR.

AHORA BIEN, POR OTRA PARTE, ESTÁ LA INQUIETUD DE QUE SI ESTA ENTIDAD ES PORTADA POR UN MIEMBRO O VARIOS DE UNA FAMILIA; QUÉ ALTERACIONES PODRÍA GENERAR EN TORNO A LA DINÁMICA DEL NÚCLEO FAMILIAR A ENTREVISTAR.

S I F I L I S .

LA SÍFILIS ES UNA ENFERMEDAD GENERALIZADA, TRANSMITIDA HABITUALMENTE POR CONTACTO SEXUAL, CARACTERIZADA POR LESIONES CUTANEO MUCOSAS EN LA ETAPA INICIAL, CUYA REMISIÓN SE SIGUE POR PERIODOS DE LATENCIA Y RECAIDAS, ASÍ COMO MANIFESTACIONES TARDIAS DE MUY VARIADA GRAVEDAD Y NATURALEZA.

ETIOLOGIA.

EL AGENTE CAUSAL DE LA SÍFILIS ES EL TREPONEMA PALLIDUM, UN FINO Y DELICADO GERMEN CON LOS EXTREMOS PUNTIAGUDOS. TIENE LONGITUD VARIABLE DE 5 A 15 MICRAS Y UN ESPESOR CILÍNDRICO UNIFORME DE APROXIMADAMENTE -- 0.25 MICRAS. SUELE TENER DE 6 A 14 ESPIRALES EN SACACORCHO. SE MUEVE GIRANDO Y ONDULÁNDOSE EN FORMA CARACTERÍSTICA EN UN MEDIO HÚMEDO; ESTO -- PUEDE LLEVAR A IDENTIFICARLO CUANDO SE VE AL MICROSCOPIO EN CAMPO OBSCURO.

EL GERMEN SE DIVIDE POR FISIÓN BINARIA.

ES LABIL A TEMPERATURA DE 38° C A MÁS.

EPIDEMIOLOGÍA.

LA SUSCEPTIBILIDAD DEL HUMANO A LA INFECCIÓN SIFILÍTICA ES UNI-- VERSAL; NO HAY RESISTENCIA NATURAL NI ADQUIRIDA A NINGUNA EDAD; UNA MUJER EMBARAZADA INFECTADA PUEDE TRANSMITIR LA SÍFILIS AL PRODUCTO. LA AUSENCIA DE TREPONEMAS ANTES DE LA 18VA. SEMANA SE ATRIBUYE A LA EXISTENCIA DE LA CAPA DE LANGHANS EN EL CORION QUE IMPEDIRÍA LA PENETRACIÓN -- DEL TREPONEMA HASTA LA 16VA. SEMANA EN QUE DESAPARECE ESA BARRERA HISTOLÓGICA.

LA INFECCIÓN SE MANTIENE Y DISEMINADA TRAVÉS DE CONTACTOS SEXUALES CON PERSONAS INFECTADAS, CASI SIEMPRE ADULTOS JÓVENES QUE CONSTITUYEN EL RESERVORIO PRINCIPAL.

EXISTEN DIVERSOS FACTORES QUE HAN IMPEDIDO EL CONTROL DE LA SÍFILIS, ALGUNOS DE ELLOS SON LOS SIGUIENTES.

1.- MAYOR PROMISCUIDAD SEXUAL ENTRE LA POBLACIÓN, PRINCIPALMENTE ENTRE LA JUVENTUD.

2.-FALTA DE CONTROL DE LA PROSTITUCIÓN Y DEL HOMOSEXUALISMO.

3.- MAYOR NÚMERO DE RELACIONES SEXUALES BUCOGENITALES Y RECTALES, QUE PROVOCAN MAS INFECCIONES RECTALES Y DE CAVIDAD BUCAL.

4.- EL USO CRECIENTE DE ANTIONCEPTIVOS CON LA CONSECUENTE FALTA DE TEMOR AL EMBARAZO Y UNA CONDUCTA SEXUAL MAS LIBERAL.

5.- FALTA DE NOTIFICACIÓN DE LOS CASOS DE SÍFILIS A LAS AUTORIDADES SANITARIAS CORRESPONDIENTES.

6.- AUTOMEDICACIÓN; CASI SIEMPRE INADECUADA.

7.- FALTA DE INFORMACIÓN A LA POBLACIÓN EN GENERAL CON RESPECTO A LAS ENFERMEDADES VENÉREAS.

8.- DIFÍCIL DIAGNÓSTICO EN LAS MUJERES, YA QUE PRESENTAN POCOS SÍNTOMAS.

9.- LOS MOVIMIENTOS DE POBLACIÓN, INTERNOS COMO RESULTADO DE LA INDUSTRIALIZACIÓN Y URBANIZACIÓN CRECIENTES O EXTERNOS EN LOS CASOS DE TRABAJADORES MIGRATORIOS, VIAJEROS Y CONFLICTOS BÉLICOS.

LA SÍFILIS ADQUIRIDA PUEDE SER RECIENTE Y TARDÍA Y LA SÍFILIS PRENATAL A SU VEZ TAMBIÉN PUEDE SER RECIENTE Y TARDÍA; ASÍ COMO LA ENFERMEDAD PUEDE SER SINTOMÁTICA O LATENTE.

SERÍA INCOMPLETO EL PANORAMA EPIDEMIOLÓGICO DE LA SÍFILIS SI NO SE ENFATIZARA LO SUFICIENTE QUE, COMO EN LAS OTRAS ENFERMEDADES VENÉREAS, SE ESTÁ ANTE UN PROBLEMA FUNDAMEMTALMENTE SOCIAL Y QUE SE TRATA DE ENFERMEDADES EN DONDE LAS CONDUCTAS PERSONAL Y COLECTIVA ESTÁN ALTERADAS.

PATOGENIA Y ANATOMÍA PATOLÓGICA.

LAS LESIONES DE SÍFILIS INFECCIOSA SE OBSERVAN SOBRE TODO EN LA REGIÓN ANOGENITAL O EN LA BOCA. POR LO TANTO, LA TRANSMISIÓN TIENE LUGAR EN OCASIÓN DE CONTACTOS FÍSICOS O SEXUALES ESTRECHOS. LA EXCEPCIÓN ES LA SÍFILIS CONGÉNITA, QUE SE TRANSMITE DE LA MADRE INFECTADA AL FETO IN UTERO. LAS ESPIROQUETAS ATRAVIESAN LA DELGADA CAPA DE MUCOSA Y EN ALGUNOS CASOS, PUEDEN PASAR ATRAVÉS DE UNA FISURA MICROSCÓPICA EN LA EPIDERMIS.

AUNQUE LA MAYOR PARTE DE TREPONEMAS PERSISTEN EL EL LUGAR DE LA INFECCIÓN, ALGUNOS VAN A PARAR A LOS GANGLIOS LINFÁTICOS REGIONALES, CON LO CUAL PROVOCAN UNA INFECCIÓN GENERAL EN LAZO DE HORAS O DÍAS.

EN PLAZO DE 48 HORAS DESPUÉS DE LA INYECCIÓN ESPERIMENTAL DE -- TREPONEMAS, LAS CÉLULAS MONONUCLEARES SE ACOMULAN ALREDEDOR DE LOS VASOS SNGUÍNEOS, Y EN FOCOS DE TREPONEMAS. EN PLAZO DE 10 A 90 DÍAS RESULTA UNA RESPUESTA INFLAMATORIA CARACTERÍSTICA LLAMADA CHANCRO. EL - CHANCRO, SEA CUAL SEA SU LOCALIZACIÓN, ES DURO Y RESISTENTE A CONSECUENCIA DE LA INTENSA INFILTRACIÓN CELULAR ACOMPAÑADA DE ACUMULACIONES - DE SUERO Y MUCOIDE EN LAS CÉLULAS DEL TEJIDO CONECTIVO. EL VIEJO TERMINO CHANCRO DURO SIRVE PARA DISTINGIRLO DE INFECCIONES BACTERIANAS -- COMO EL CHANCRO BLANDO, O CHANCROIDE, CAUSANDO POR HAEMOPHILUS DUCRE-- YI. EL CHANCRO CASÍ SIEMPRE SE ACOMPAÑA DE INFARTO DEL GANGLIO LINFÁTICO QUE DRENA LA ZONA LOCAL. EL GANGLIO LINFÁTICO O "BUBÓN SATÉLITE" CARACTERÍSTICAMENTE ES DURO, NO FLUCTUANTE Y NO DOLOROSO.

EN LAS ÁREAS TIMO-DEPENDIENTES DE LOS GANGLIOS LINFÁTICOS HAY - DEPLECIÓN LINFOCITARIA DURANTE LAS FASES TEMPRANAS DE LA INFECCIÓN MUY PARTICULARMENTE EN LOS CASOS FATALES DE SÍFILIS PRENATAL.

LAS LESIONES CUTÁNEAS DE LA SÍFILIS TARDÍA PUEDEN ADOPTAR TRES VARIANTES, ERITEMA (MUY RARO); NÓDULOS CON LESIONES VASCULARES INFLAMATORIAS QUE EVOLUCIONAN A LA NECROSIS Y OCASIONALMENTE A LA ULCERACIÓN, LAS GOMAS SON LESIONES EN LA PIEL O EN EL TEJIDO CELULAR SUBCUTÁNEO -- DONDE LOS LINFOCITOS Y CÉLULAS EPITELIOIDES RODEAN UN CENTRO DE NECROSIS.

EN LA AORTITIS SE TRATA DE UNA PERI Y ENDOARTERITIS DE LA VASA VASORUM, QUE PROCUCE DEGENERACIÓN DE LA TÚNICA MEDIA, NECROSIS, ROTURA DE LAS MEMBRANAS ELÁSTICAS Y PROLIFERACIÓN DE LA COLÁGENA.

LA SÍFILIS DEL SISTEMA NERVIOSO SE INICIA POR LEPTOMENINGITIS E INFLAMACIÓN PERIVASCULAR. EN LA TABES DORSALES HAY DESMIELINIZACIÓN - EN LOS CORDONES POSTERIORES DE LA MÉDULA CON RREMPLZO POR NEUROGLIA. - LA PARÁLISIS GENERAL REPRESENTA LA EXTENSIÓN DEL PROCESO INFLAMATORIO DE LAS LEPTOMENINGES A LOS VASOS QUE LLEGAN A LA CORTEZA, EN PARTICULAR LOS LÓBULOS FRONTALES Y EL 4TO. VENTRÍCULO.

EN LA SÍFILIS PRENATAL LOS INFILTRADOS LINFOPLASMOCITARIOS PERIVASCULARES SE LOCALIZAN EN EL HÍGADO EN DONDE POSTERIORMENTE SE GENERA UNA FIFROSIS MUY INTENSA (FIBROSIS INTERSTICIAL); EN EL PULMÓN (NEUMO-

NÍA ALBA);EN LA UNIÓN DE LA METÁFISIS Y LA EPÍFISIS (OSTEOCONDRITIS) ;- EN LA PIEL AL REDEDOR DE LA BOCA, DEL RECTO Y EN LAS PALMAS DE LAS MA-- NOS Y PLANTAS DE LOS PIES.

MANIFESTACIONES CLÍNICAS.

COMO SE MENCIONO ANTERIORMENTE EL PERÍODO DE INCUBACIÓN MUESTRA- VARIACIONES DESDE 10 A 90 DÍAS CON UNA MEDIANA DE TRES SEMANAS; LA LE-- SIÓN PRIMARIA ES EL CHANCRO DE INOCULACIÓN; EROSIÓN MUCOSA CUTÁNEA CASI SIEMPRE SUPERFICIAL, CON BORDES INDURADOS,INDOLORA CON SECRECIÓN HABI-- TUAL ES DE 3 A 4 SEMANAS CON VARIACIONES DE 1 A 5. LA ÉTAPA SECUNDARIA- SE INICIA DE 2 A 12 SEMANAS DESPUÉS DEL CHANCRO, SE MANIFIESTA POR UNA- ERUPCIÓN SÍMETRICA MÁCULO-PAPULAR;EN LA CAVIDAD BUCAL LAS LESIONES SE - ULCERAN (PLACAS MUCOSAS) Y EN EL PERINÉ SE TORNAN VEGETATIVAS (CONDILO- MAS PLANOS);LAS LESIONES SON INDURADAS Y NO PRURIGINOSAS. LA HUMEDAD EN LA BOCA Y EN EL PERINÉ EROSIONAN LAS LESIONES CUTÁNEAS, EN MANOS Y EN - PIES QUE NO HAN PERDIDO SU CAPA EPITELIAL NO SON INFECTANTES. SE APRE - CIA ADENOPATÍA GENERALIZADA; LA FASE ERUPTIVA PUEDE DESAPARECER EN 2 A- 6 SEMANAS Y EL PERÍODO SECUNDARIO COMPRENDE DE 1 A 2 AÑOS.

AL PERÍODO SECUNDARIO SIGUE UNA FASE DE LATENCIA QUE PUEDE DURAR ENTRE 2 A 20 AÑOS EN LA CUAL NO HAY MANIFESTACIONES CLÍNICAS Y EL DIAG- NÓSTICO SE FUNDA EN LA HISTORIA CLÍNICA Y EN LOS HALLASGOS SEROLÓGICOS- POSITIVOS A TÍTULOS ALTOS EN LA FASE INICIAL (2 A 4 AÑOS) Y, MENOS ELE- VADOS EN LA FASE TARDÍA.EL DESARROLLO DE SÍFILIS TARDÍA CARACTERIZADO - POR LESIONES DEL SISTEMA NERVIOSO CENTRAL, CARDIOVASCULARES, CUTÁNEOS O VISCERALES. APROXIMADAMENTE LAS DOS TERCERAS PARTES DE LOS INDIVIDUOS - INFECTADOS Y NO TRATADOS PASARÁN TODA LA VIDA CON POCA O NINGUNA ANORMA LIDAD FÍSICA, AUNQUE MÁS DE LA MITAD SEGURÁN SIENDO SEROLOGICAMENTE PO- SITIVOS.

SÍFILIS PRENATAL.

UNA MUJER INFECTADA CON SÍFILIS, AL IGUAL QUE LOS HOMBRES, PRE- SENTAN EPISODIOS EN LOS QUE CIRCULAN TREPONEMAS EN LA SANGRE Y CONDUCEN A LOCALIZACIONES EN DIVERSOS ÓRGANOS;EN CASO DE EMBARAZO LA PLACENTA -- PUEDE SER CRUZADA POR EL T. PALLIDUM DESDE LA 18VA. SEMANA Y LA COMPE - TENCIA INMUNOLÓGICA DEL FETO COMIENZA A DESCONOCER EL TREPONEMA DESPUÉS

DEL 5TO.MES Y SE PRODUCEN LAS LESIONES DESCRITAS EN LA PARTE DE ANATOMÍA PATOLÓGICA;SI LA EMBARAZADA NO RECIBE TRATAMIENTO, 25% DE LOS FETOS MUEREN IN UTERO (ABORTOS DE REPETICIÓN),25 A 30% MUEREN POCO DESPUÉS DE NACIDOS Y 40% DESARROLLARÁ SÍFILIS SINTOMATICA TARDÍA. SI EL EMBARAZO ES GEMELAR UNIVITELINO, LA INFECCIÓN ACONTECERÁ EN AMBOS PRODUCTOS, SI LOS GEMELOS SON BIVITELINOS,UNO DE ELLOS PUEDE QUEDAR INDEMNE.

AL NACIMIENTO LOS NEONATOS PUEDEN PARECER NORMALES SALVO MENOR PESO PARA SU EDAD GESTACIONAL,ANEMIA MODERADA Y ABDOMEN PROMINENTE; LA SITUACIÓN CLÍNICA AL NACIMIENTO CORRESPONDE AL SECUNDARISMO (LA FASE PRIMARIA OCURRIÓ IN UTERO) Y HABITUALMENTE TRANSCURREN 2 A 4 SEMANAS ANTES DE LAS PRIMERAS MANIFESTACIONES CLÍNICAS; EN OCACIONES TARDAN MÁS DE UN AÑO.

LAS MANIFESTACIONES CLÍNICAS TEMPRANAS MÁS OBJETIVAS OCURREN EN LA PIEL Y MUCOSAS, FISURAS PERIORALES Y ANORECTALES; LESIONES BULOSAS EN PALMAS DE LAS MANOS Y PLANTAS DE LOS PIES, RINITIS HEMORRÁGICA (INFECTANTE) Y LESIONES ANULARES EN CARA Y CUELLO.

LA EXPLOTACIÓN FÍSICA REVELA HEPATOESPLENOMEGALIA, MICROADENOPATÍAS GENERALIZADAS Y AL EXAMEN RADIOLÓGICO SE ENCUENTAN LESIONES DE OSTEOCONDRITIS QUE PUEDEN LLEGAR A PRODUCIR LA PSEUDOPARÁLISIS DE PARROT.

LA SEROLOGÍA REVELA REAGINAS Y ANTICUERPOS ANTITREPONEMA DE LOCALIZACIÓN EN LAS IGM (INDICIO DE SU PRODUCCIÓN EN EL NEONATO Y NO COMO RESULTADO DEL TRANSPORTE PLACENTARIO).

LA FASE DE LESIONES TERCIARIAS APARECE DESPUÉS DE LOS DOS AÑOS DE EDAD Y RARAS VECES OCURRE DESPUÉS DE LOS TREINTA AÑOS DE EDAD. EN UNA PROPORCIÓN APROXIMADA LAS LESIONES TARDÍAS, MÁS FRECUENTES SON: LA QUERATITIS INTERSTICIAL EN UN 37.5% CON PREDOMINIO EN LAS NIÑAS, LA NEURO SÍFILIS EN 18.3%, APARICIÓN EN LA EDAD ESCOLAR CON MANIFESTACIONES VARIADAS AUNQUE SIN ADOPTAR LA FORMA TABÉTICA O PARALÍTICA DEL ADULTO; UNA VARIANTE PECULIAR ES LA SORDERA NEURÓGENA (5.1%), LAS LESIONES OSEAS Y DENTARIAS SON MUY CONSPICUAS, POR EJEMPLO LAS OSTEOPERIOSTITIS 2.5%; LAS TIBIAS "EN SABLE" OCUPAN UN 9.1%; LAS LESIONES EN LA PIEL Y MUCOSAS EN 4.5% Y LA HIDRARTROSIS BILATERAL DE LA RODILLA (RODILLAS DE CLUTTON) EN 0.6%.

ALGUNAS DE LAS LESIONES DEJAN CICATRICES QUE PERSISTEN COMO ES-- TIGMAS DE LA ENFERMEDAD, COMO NARIZ EN SILLA DE MONTAR (6%) DIENTES DE HUTCHINSON EN UN 11.7% RAGADÍES EN UN 3.5%, EXOSTOSIS EN 15.8%, ESCÁPULA ESCAFOIDE EN 6.8%, SIGNO DE HIGOUMENAKIS EN 0.3%, FACIES SIFILÍTICA 3.0% ETC.

DIAGNÓSTICO.

EL TREPONEMA PUEDE VISUALIZARSE EN LAS LESIONES DESCRITAS COMO - INFECTANTES; LA TÉCNICA REQUIERE DE CAMPO OBSCURO Y NO ES DEFINITIVA PARA ESTABLECER EL DIAGNÓSTICO INCONTROVERTIBLE A QUE LA MORFOLOGÍA DE - LOS TREPONEMAS PATÓGENOS Y NO - PATÓGENOS ES MUY SIMILAR. LA TINCIÓN - CON ANTICUERPOS FLUORESCENTES ES CASI ESPECÍFICA PERO ESTÁ SUJETA A NUMEROSOS FACTORES INESPECÍFICOS Y ARTEFACTOS.

LOS TREPONEMAS SAPRÓFITOS DE LA OROGARINGE SON INDISTINGUIBLES -- MORFLOLOGICAMENTE, DE T. PALLIDUM LO QUE OBLIGA A MUCHA CAUTELA EN LA - INTERPRETACIÓN DEL MATERIAL RECOGIDO DE LESIONES EN ESTA ÁREA.

PRÜEBAS SEROLOGICAS PARA EL DIAGNÓSTICO DE LA SÍFILIS.

LA INFECCIÓN HUMANA POR TREPONEMAS PATÓGENOS LO MISMO EL DE LA - SÍFILIS (TREPONEMA PALLIDUM), QUE EL DEL PINTO (TREPONEMA CARATEUM), O EL DEL PIAN (TREPONEMA PERTENUE), OCASIONAN EN EL SUJETO CONTAGIADO LESIONES Y CUADROS CLÍNICOS DIFERENTES, ASÍ COMO AL ESTIMULAR SUS MECANISMOS DE DEFENSA PROVOCAN UNA COMPLEJA REACCIÓN DE ANTICUERPOS, DE LOS -- CUALES UNOS SON INESPECÍFICOS Y OTROS SON ESPECÍFICOS PARA ESTE GRUPO - DE TREPONEMAS.

TODAS LAS PRUEBAS SEROLÓGICAS EN USO EN RELACIÓN CON LA SÍFILIS BUSCAN EN EL SUERO SANGUÍNEO O EN EL LÍQUIDO CEFALORRAQUIDEO DICHOS ANTICUERPOS. UNAS DETCTAN LOS ESPECÍFICOS Y LOS NO ESPECÍFICOS A LA VEZ; Y OTROS, EXCLUSIVAMENTE LOS TREPONÉMICOS. LA DIFERENCIACIÓN DE LOS ANTICUERPOS ESPECÍFICOS RESPECTO A LA PARTICULAR TREPANEMATOSIS QUE LOS ORIGINA, NO ES POSIBLE LOGRARLA ACTUALMENTE CON NINGUNO DE LOS MÉTODOS - SEROLÓGICOS.

PARA DETECTAR LOS ANTICUERPOS, EL LABORATORIO AÑADE AL ESPÉCIMEN EN ESTUDIO UN ANTÍGENO SELECCCIONADO, QUE PROVOCARÁ UNA REACCIÓN ANTÍGE-

NO-ANTICUERPO CUANDO ÉSTOS SE ENCUENTRAN PRESENTE, EN CUYO CASO, A LA - PRUEBA SE LE LLAMA POSITIVA O REACTIVA, Y A LA PERSONA INTERESADA, REACTORA.

CLASIFICACIÓN DE LAS REACCIONES SEROLÓGICAS.

LA PRUEBA IDEAL ANTÍGENO ANTICUERPO EN INFECCIÓN SIFILÍTICA SERÍA AQUELLA QUE PUDIERA REALIZARSE DE MANERA SENCILLA, RÁPIDA Y ECONÓMICA; QUE FUERA ALTAMENTE SENSIBLE A LA VEZ QUE ESPECÍFICA, Y ADEMÁS REPRODUCIBLE EN DISTINTOS LABORATORIOS.

HASTA EL PRESENTE, DICHA PRUEBA NO EXISTE A PESAR DE QUE SE HAN DESCRITO MÁS DE 200 TÉCNICAS SEROLÓGICAS, QUE PUEDEN CLASIFICARSE EN SÓLO DOS GRUPOS, SEGÚN EL TIPO DE ANTÍGENO QUE UTILICEN:

1.- GRUPO DE REACCIONES SEROLÓGICAS CON ANTÍGENO NO TREPONÉMICO, DENOMINADAS TAMBIÉN "NO TREPONÉMICAS". EN ELLAS, EL REACTIVO ESTÁ CONSTITUÍDO POR SUBSTANCIAS LIPOIDES SIN NINGUNA RELACIÓN CON EL TREPONEMA PÁLIDO; ES DECIR, UTILIZAN ANTÍGENO INESPECÍFICO.

ESTAS PRUEBAS FUERON LAS EXCLUSIVAMENTE EMPLEADAS DURANTE MUCHOS AÑOS A PARTIR DEL INICIO DE LA ERA SEROLÓICA DE LA SÍFILIS (WASSERMAN - EN 1906), Y TODAS ELLAS DETECTAN UNA SUBSTANCIA CON CARÁCTER DE ANTICUERPO - DENOMINADA "REAGINA", PORQUE REACCIONA ANTE LOS LIPOIDES, QUE ESTAS TÉCNICAS SEROLÓGICAS SE UTILIZAN COMO SI FUERAN VERDADEROS ANTÍGENOS.

AL PRINCIPIO SE USARON EXTRACTOS ALCOHOLICOS OBTENIDOS DE TEJIDOS ANIMALES O VEGETALES-ESCENCIALMENTE DE CORAZÓN DE RES, A LOS CUALES SE LES LLAMÓ EXTRACTOS "CRUDOS", POR CONTENER LIPOIDES SEROLÓGICAMENTE ACTIVOS JUNTO A OTROS QUE NO LO SON. MAS ADELANTE, CUANDO PANGBORN Y - SUS COLABORADORES (1941) IDENTIFICARON LA CARDIOPILINA Y LA LECITINA COMO LAS SUBTITUYENDO PROGRESIVAMENTE A LOS EXTRACTOS CRUDOS.

A ESTAS PRUEBAS DE CARDIOPILINA PERTENECE LA VDRL EN LÁMINA, QUE FUNGE ACTUALEMENTE COMO LA BÁSICA EN LA INVESTIGACIÓN DE LA REAGINA. RAZÓN POR LA CUAL A ELLA SE HARÁ ESPECIAL REFERENCIA.

2.- GRUPO DE REACCIONES SIN ANTÍGENO TREPONÉMICO, DENOMINADAS - TAMBIÉN "TREPONÉMICAS". ESTÁ INTEGRADO POR LAS QUE UTILIZAN COMO REACTIVO EL PROPIO TREPONEMA PALLIDUM O SUBSTANCIAS DERIVADAS DE TREPONE--

MAS, ES DECIR, EMPLEAN ANTÍGENOS ESPECÍFICOS.

SON LAS MÁS RECIENTEMENTE INTRODUCIDAS Y OTRAS ELLAS SE USAN PARA DESCUBRIR ANTICUERPOS TREPONÉMICOS.

ENTRE LAS PRUEBAS DE ESTE GRUPO ESTÁ LA DE ANTICUERPOS TREPONÉMICOS FLUORESCENTES CON ABSORCIÓN DEL SUERO (ATF-ABS), QUE POR LAS VENTAJAS TÉCNICAS Y PRÁCTICAS QUE TIENE SOBRE LAS DE SU GRUPO, LES HA IDO -- RE PLAZANDO RÁPIDAMENTE EN LA RESOLUCIÓN DE LOS CASOS SEROLÓGICOS PRO-- BLEMA.

INVESTIGACIÓN DE ANTICUERPOS NO ESPECÍFICOS DE SÍFILIS (VDRL).

SE USA PARA CONFIRMAR EL DIAGNÓSTICO DE ENFERMOS CON SÍNTOMAS, - DESCUBRIR ENFERMOS ASINTOMÁTICOS Y VALORAR ASÍ EL TRATAMIENTO. LA PRUEBA SE HACE POSITIVA TRES A CUATRO SEMANAS DESPUÉS DE QUE APARECE LA LESIÓN PRIMARIA (CHANCRO); ESTOS ANTICUERPOS ASCIENDEN Y ALCANZAN SU NI-- VEL MÁXIMO DURANTE EL SECUNDARISMO, DESPUÉS DESCIENDEN Y QUEDAN ESTACIONARIOS EN CONCENTRACIONES QUE DA- LA REACCIÓN DEL VDRL POSITIVA A TÍTULOS BAJOS; MENOS DEL 25% DE LOS ENFERMOS CURAN SIN TRATAMIENTO Y EN E-- LLOS DESAPARECEN ESTOS ANTICUERPOS Y LA PRUEBA DEL VDRL SE HACE NEGATIVA.

DESPUÉS DE TRATAMIENTOS EFECTIVOS, CUANDO LOS ENFERMOS YA ESTÁN CURADOS, LA CONCENTRACIÓN DE ESTOS ANTICUERPOS DESCIENDE, GENERALMENTE A TÍTULOS BAJOS. LOS ANTICUERPOS NO ESPECÍFICOS ATRAVIESAN LA BARRERA PLACENTARIA Y PRODUCEN REAGINEMIA PASIVA, LA CUAL DESAPARECE DENTRO DE LOS TRES PRIMEROS MESES DESPUÉS DEL NACIMIENTO; SI EL PRODUCTO SE INFECTA EL TÍTULO DE ESTOS ANTICUERPOS PERMANECE ESTACIONARIO O AUMENTA, EN ESTE CASO ESTAMOS FRENTE A UNA SÍFILIS CONGÉNITA.

LA REACCIÓN DEL VDRL, TIENE DOS TIPOS DE FALSAS POSITIVAS, NO -- BIOLÓGICAS Y BIOLÓGICAS; LAS PRIMERAS SON IMPUTABLES A EQUIVOCACIONES - EN EL LABORATORIO, LA CONFUSIÓN DE MUESTRA O ERRORES DE PERSONAL SIN ENTRENAMIENTO ADECUADO; SE ACLARAN AL REPETIR LA PRUEBA O CORREGIR LOS -- FACTORES MENCIONADOS, LAS FALSAS POSITIVAS BIOLÓGICAS SON LAS DEBIDAS A LA PRESENCIA DE ANTICUERPOS NO ESPECÍFICOS (REAGINA) EN LA SANGRE DEL PACIENTE.

POCO DESPUÉS DE LA INTRODUCCIÓN DE LA REACCIÓN DE WASSERMANN EN

1906, SE SOSPECHÓ QUE OCURRÍAN REACCIONES FALSAS POSITIVAS A LA PRUEVA - EN ALGUNOS PACIENTES. ESTA OBSERVACIÓN FUE CONFIRMADA DURANTE LOS SI--- GUIENTES 40 AÑOS DURANTE LOS CUALES SE EMPLEARON PRUEBAS QUE MEDÍAN REAGINAS Y EMPLEABAN ANTÍGENOS LIPOIDES.

EL DESARROLLO DE LAS PRUEBAS DE INMOVILIZACIÓN DEL TREPONEMA, DE ANTICUERPOS FLUORESCENTES ABSORBIDOS Y DE HEMAGLUTINACIÓN HICIERON POSIBLE EL PODER DISTINGUIR ENTRE REACCIONES FALSAS POSITIVAS Y TREPONÉMICAS CON CONSIDERABLE PRECISIÓN.

SE HA HECHO APARENTE QUE UNA CONSIDERABLE PROPORCIÓN DE LA POBLACIÓN PUEDE DESARROLLAR UNA REACCIÓN FALSA POSITIVA BIOLÓGICA BAJO MUCHAS CIRCUNSTANCIAS Y SE HA ESTIMADO QUE UN 20% DE LA POBLACIÓN ES REACTORA - FALSA POSITIVA POTENCIAL. ESTAS FALSAS POSITIVAS SE PUEDEN DIVIDIR EN AGUDAS Y CRÓNICAS, LAS AGUDAS PERSISTEN USUALMENTE SÓLO POR POCAS SEMANAS Y NUNCA MÁS DE SEIS MESES, Y OCURREN DURANTE O POCO DESPUÉS DE UNA GRAN VARIEDAD DE PROCESOS INMUNOLÓGICOS O ENFERMEDADES INFECCIOSAS AGUDAS COMO VACUNACIÓN CONTRA VIRUELA Y TIFOIDEA, EN HEPATITIS A, MONONUCLEOSIS - INFECCIOSA, NEUMONÍA VIRA, VARICELA, SARAMPIÓN, EMBARAZO, ETC..

LAS CRÓNICAS SON FRECUENTES DETECTADAS POR PRIMERA VEZ ENTRE PERSONAS DE 20 A 25 AÑOS Y SOBRE TODO DEL SEXO FEMENINO.

LOS PACIENTES CON ESTAS REACCIONES CRÓNICAS PRESENTAN UNA ELEVADA INCIDENCIA DE ENFERMEDADES AUTOINMUNES, ESPECIALMENTE LUPUS ERITEMATOSO SISTÉMICO, ENFERMEDAD DE SJOGREN, ANEMIA HEMOLÍTICA AUTOINMUNE, TIROIDITIS DE HASHIMOTO, ARTRITIS REUMATOIDE, ETC. LA POSIBILIDAD PUEDE OCU--- RRIR MUCHOS AÑOS ANTES DEL DESARROLLO DE LA ENFERMEDAD. FRECUENTEMENTE SE ENCUENTRAN OTRAS ANORMALIDADES DE LABORATORIO EN ESTOS PACIENTES COMO: NIVELES ELEVADOS DE GLOBULINAS, ANEMIA, VELOCIDAD DE SEDIMENTACIÓN GLOBULAR ACELERADA, PRUEBAS DE FUNCIONAMIENTO HEPÁTICO ANORMALES, ANTICUERPOS ANTINUCLEARES, CÉLULAS LE Y FACTOR REUMATOIDE POSITIVOS.

LAS REACCIONES FALSAS POSITIVAS ANTÍGENOS LIPOIDALES LO SON USUALMENTE A TÍTULOS BAJOS, LOS ANTICUERPOS SON DEL TIPO IgM PREDOMINANTEMENTE, PERO TAMBIÉN PUEDEN SERLO DEL TIPO IgG, O BIEN COMBINACIONES DE AM-- BOS.

MECANISMOS INVOLUCRADOS.

LAS PRUEBAS ESTÁNDAR PARA SÍFILIS DETECTAN ANTICUERPOS A LA CARDIOLIPINA, QUE ES UN COMPLEJO DE DIFOSFOLÍPIDOS ENCONTRADOS PRINCIPALMENTE EN LA MEMBRANA INTERNA DE LAS MITOCONDRIAS. ES IMPORTANTE RECORDAR QUE LA CAUSA MÁS COMÚN DE PRUEBAS SEROLÓGICAS PARA LA SÍFILIS, ES AÚN LA SIFILIS, SIN EMBARGO LA INCIDENCIA DE REACCIONES FALSAS POSITIVAS BIOLÓGICAS ES TAN ELEVADA COMO PARA LLEVAR A CABO UNA CUIDADOSA INVESTIGACIÓN EN TODOS LOS PACIENTES QUE LAS PRESENTAN, ANTES DE HACER EL DIAGNÓSTICO DE SÍFILIS LATENTE O DAR TRATAMIENTO ANTISIFILÍTICO.

LA REACCIÓN FALSA POSITIVA BIOLÓGICA CRÓNICA SÓLO DEBER SER DIAGNOSTICADA SI LAS PRUEBAS ESTÁNDAR PARA REAGINAS SON POSITIVAS REPETIDAMENTE POR MAS DE UN AÑO, NO EXISTE HISTORIA DE SÍFILIS CONGÉNITA O ADQUIRIDA, O DE OTRAS ENFERMEDADES TREPONÉMICAS, Y SI EL EXÁMEN FÍSICO CUIDADOSO NO REVELA NINGUNA EVIDENCIA DE TREPONEMATOSIS RADIOLÓGICO, EL CORAZÓN Y LA AORTA SON NORMALES Y SI LAS PRUEBAS SEROLÓGICAS ESPECÍFICAS COMO LA DE ATF-ABS SON NEGATIVAS EN MÁS DE UNA MUESTRA DE SUERO.

ANTICUERPOS TREPONÉMICOS ESPECÍFICOS (ATF-ABS).

EN ESTA PRUEBA SE ABSORBEN LOS ANTICUERPOS TREPONÉMICOS DEL SUERO CON TREPONÉMAS DE RAITER, EL SUERO, ASÍ ABSORTO, SE PONE EN CONTACTO CON EL ANTÍGENO, QUE EL TREPONEMA PALLIDUM CEPA NICHOLS; LOS ANTICUERPOS SE ADHIEREN AL CUERPO DEL TREPONEMA, DESPUÉS SE DEMUESTRAN LOS ANTICUERPOS ADHERIDOS CON UN ANTISUERO ANTIGAMAGLOBULINA CONJUGADO CIB FLUORENCEÍNA, LA FLUORENCENCIA DE ESTA SUBTANCIA DIBUJA EL CUERPO DEL TREPONEMA CUBIERTO POR LOS ANTICUERPOS QUE SE LE UNIERON.

LOS ANTICUERPOS TREPONÉMICOS ESPECÍFICOS APARECEREN DÍAS DESPUÉS DEL CHANCRO Y PERSISTEN MUCHOS AÑOS DESPUÉS DE QUE EL ENFERMO SE HA CURADO PRÁCTICAMENTE TODA LA VIDA, POR ESTO NO SON ÚTILES PARA VALORAR LA EFECTIVIDAD DEL TRATAMIENTO.

LA PRUEBA ES ÚTIL PARA DISTINGUIR LAS REACCIONES FALSAS POSITIVAS BIOLÓGICAS DE LAS POSITIVAS VERDADERAS. UNA VARIANTE DE ESTE PROCEDIMIENTO ES LA INVESTIGACIÓN DE:

ANTICUERPOS TREPONÉMICOS ESPECÍFICOS IGM (ATF-ABS, IGM).

LOS ANTICUERPOS TREPONÉMICOS ESPECÍFICOS DE SÍFILIS CON INMUNOGLOBULINAS G Y M, LOS IGG SON POSITIVOS EN LOS NIÑOS CON SÍFILIS CONGÉNITA.

LA AUTOMATIZACIÓN PARA INVESTIGAR ANTICUERPOS NO ESPÉCIFICOS, SIMPLIFICA EL TRABAJO PERO NO AUMENTA LA SENSIBILIDAD NI LA ESPECIFICIDAD DE LAS PRUEBAS.

TRATAMIENTO.

TODOS LOS ESTADIOS Y FORMAS CLÍNICAS DE LA SÍFILIS SON SUBSIDIARIOS DEL TRATAMIENTO CON PENICILINA G DE ACCIÓN PROLONGADA (PENICILINA G-BENZATINA Y PENICILINA G PROCAÍNA) DE ACUERDO A LOS SIGUIENTES LINEAMIENTOS:

A).-LA CANTIDAD DE PENICILINA NECESARIA ES FUNCIÓN DEL NÚMERO DE TREPONEMAS, POR LO QUE EL TRATAMIENTO EN LAS FASES INICIALES (CON TREPONEMAS ESCASOS) ES EL DESIDERÁTUM.

B).-SE REQUIERE NIVELES SERICOS DE 0.03 U/ML. DURANTE 7 A 10 DÍAS EN LA SÍFILIS PRIMARIA (TEMPRANA)

C).-UN NIVEL SOSTENIDO DE 0.03 U/ML. ES TERAPEUTICAMENTE MÁS EFICAZ Y ECONÓMICO QUE LOS NIVELES ELEVADOS, INTERCALADOS CON NIVELES SUBTREPONEMICIDAS.

D).-LOS INTERVALOS SIN PENICILINA O SUBTREPONEMICIDAS NO DEBEN SER MAYORES DE 24 A 30 HRS YA QUE EL TIEMPO DE REPRODUCCIÓN DEL T.PALLIDUM ES DE 30 HRS.

SÍFILIS TEMPRANA (PRIMARIA, SECUNDARIA Y LATENTE CON MENOS DE UN AÑO DE DURACIÓN); DEBEN DE RECIBIR 2.4 MILLONES DE PENICILINA G BENZATÍNICA EN DOS DOSIS SEPARADAS, POR VIA INTRAMUSCULAR PROFUNDA EL MISMO DÍA.

LA ALTERNATIVA ES DE 600,000 UNIDADES DE PENICILINA G PROCAÍNICA EN SOLUCIÓN ACUOSA DIARIAMENTE, POR VIA INTRAMUSCULAR POR 8 DÍAS.

SÍFILIS LATENTE (SIN EXAMEN DE L.C.R.); NEUROLÚES SINTOMÁTICA, SÍFILIS CARDIOVASCULAR Y SÍFILIS TERCIARIA BENIGNA (GOMAS ÓSEOS, CUTÁNEOS O VISCERALES); DEBEN DE RECIBIR 2.4 MILLONES DE PENICILINA BENZATÍNICA SEMANALMENTE DURANTE TRES VECES. LA ALTERNATIVA ES PENICILINA G PROCAÍNICA EN SOLUCIÓN ACUOSA DIARIAMENTE, POR VÍA INTRAMUSCULAR DURANTE 15 DÍAS.

CUANDO LA NEUROSÍFILIS ES SINTOMÁTICA O NO HA RESPONDIDO AL TRATAMIENTO, ALGUNOS ESPECIALIZADOS EN LA MATERIA RECOMIENDAN LA HOSPITALIZACIÓN Y LA ADMINISTRACIÓN DE 2 A 4 MILLONES DE UNIDADES DE PENICILINA G CRISTALINA POR VÍA ENDOVENOSA CADA 4 HRS., DURANTE 10 DÍAS.

SÍFILIS PRENATAL; REQUIERE DE 50,000 UNIDADES DE PENICILINA G CRISTALINA/KG. DE PESO POR VÍA ENDOVENOSA O INTRAMUSCULAR DIARIAMENTE, LA DOSIS FRACCIONADA EN 2 Y EL TRATAMIENTO DEBE PROLONGARSE UN MÍNIMO DE 10 - DÍAS.

LA ALTERNATIVA ES PENICILINA G PROCAÍNICA ACUOSA 50,000 UNIDADES- POR KILOGRAMO DE PESO IM POR 10 DÍAS.

EN LAS EMBARAZADAS ALÉRGICAS A LA PENICILINA QUE DEBAN RECIBIR -- TRATAMIENTO ANTILUÉTICO NO DEBEN RECIBIR ESTOLATO DE ERITROMICINA O TE-- TRACICLINAS EN BASE A LOS EFECTOS NOCIVOS REGISTRADOS EN EL FETO Y EN LA MADRE. LA ÚNICA POSIBILIDAD ES; LA ERITROMICINA EN FORMA DE ESTEARATO, - ETILSUCCINATO O EN BASE.

MCCRACKEN Y KAPLAN NO ENCUENTRAN PENICILINA EN EL LÍQUIDO CEFALORRAQUIDEO DESPUÉS DE UNA DOSIS DE 50,000 US. DE PENICILINA G BENZATINA APLICADA INTRAMUSCULARMENTE, Y DADO QUE SE CONOCE QUE EL 80% DE LOS NEONATOS CON SÍFILIS PRESENTAN ANORMALIDADES DEL LÍQUIDO CEFALORRAQUÍDEO, CONSIDERAN QUE DEBE PENSARSE EN NO USAR SISTEMÁTICAMENTE LA PENICILINA BENZATINA APLICADA INTRAMUSCULARMENTE, Y UTILIZAR LA PENICILINA G PROCAÍNA, - ES UNA APLICACIÓN DIARIA DE 50,000 US/KG. DURANTE 10 A 14 DÍAS.

EN LAS ÉTAPAS PRIMARIAS; SECUNDARIA Y LATENTE CABE ESPERAR LA CURACIÓN, EN LA SÍFILIS TERCIARIA SE DETIENE LA PROGRESIÓN Y ACTIVIDAD DE - LAS LESIONES PERO QUEDAN LOS DAÑOS TISULARES Y EN EL CASO DE LA QUERATITIS INTERSTICIAL Y LA SORDERA NEURÓGENA, EL EFECTO DEL ANTIBIÓTICO NO DETIENE LA ACTIVIDAD DEL PROCESO.

EN LA FASE TARDÍA DE LA SIFILIS LATENTE EL TRATAMIENTO NORMALIZA- LAS REACCIONES SEROLÓGICAS SÓLO EN 20-30% AL CABO DE 5 AÑOS DE HABER -- TERMINADO EL TRATAMIENTO.

LA INCERTIDUMBRE PARA JUZGAR APODÍCTICAMENTE SOBRE EL RESULTADO - DEL TRATAMIENTO, EL PELIGRO INFECTANTE DE LAS ETAPAS PRIMARIAS, SECUNDARIA Y LATENTE ASÍ COMO LA GRAVEDAD DE LA PATOLOGÍA CLÍNICA EN LA SÍFILIS -- TERCIARIA, HACEN IMPERATIVO EL SISTEMA DE VIGILANCIA SEROLÓGICA DESCRITO A CONTINUACIÓN.

A).-EN LA SÍFILIS PRIMARIA Y SECUNDARIA EXAMEN SEROLÓGICO CUANTI-

TATIVO MENSUAL LOS PRIMEROS 6 MESES, CADA 6 MESES DEL AÑO SIGUIENTE Y UN-EXAMEN DEL L.C.R. ENTRE EL 1RO. Y 2DO. AÑO.

B).-EN LA SÍFILIS LATENTE, SEROLÓGIA CADA 3 MESES DURANTE EL PRI--MER AÑO Y CADA 6 MESES EL 2DO. AÑO, ANUAL LOS SIGUIENTES 3 AÑOS Y UN EXA--MEN DE L.C.R. ANTES DE INICIAR EL TRATAMIENTO EN LA SÍFILIS LATENTE TAR-DÍA.

C).-EN LA NEUROLÚES SE DEBEN PRACTICAR SEROLOGÍA CUANTITATIVA Y - EXAMEN DE L.C.R. CADA 3 MESES DURANTE EL PRIMER AÑO; Y CADA 6 MESES EN EL 2DO AÑO; DEBEN DE DESAPARECER LAS PROTEÍNAS Y LAS CÉLULAS. LAS REAGINAS Y LOS ANTICUERPOS ESPECÍFICOS PUEDEN PERMANECER A TÍTULOS BAJOS SIN QUE INDIQUEN ACTIVIDAD. LAS IGM DISMINUYEN MAS RAPIDO QUE LAS IGG.

D).-EN LAS EMBARAZADAS Y EN LOS RECIÉN NACIDOS, SEROLOGIA CUANTI-TATIVA MENSUAL DURANTE TRES MESES Y UNA FINAL A LOS 6 MESES.

CUANDO POR REACCIONES ALÉRGICAS U OTRA INTOLERANCIA, EL PACIENTE - NO PUEDE RECIBIR LA PENICILINA, LAS ALTERNATIVAS SON MUCHO MENOS EFECTI-VAS; ASÍ LA ERITROMICINA, A DOSIS DE 30-40 MGS./KG. DURANTE 10 A 15 DÍAS ES UNA APROXIMACIÓN ACEPTABLEEN LA SÍFILIS PRIMARIA. LA TETRACICLINA A - DOSIS DE 25 MGS./KG. DURANTE 10 A 15 DÍAS ES OTRA POSIBILIDAD EN LA SÍFILIS PRENATAL. LA CEFALORIDINA ES OTRA ALTERNATIVA CON UN 5 A 10% DE EFECTIVIDAD EN COMPARACIÓN CON LA PENICILINA.

PREVENCIÓN.

EL ASEO ESCRUPULOSO DE LOS GENITALES INMEDIATAMENTE DESPUÉS DEL - COITO; EL EMPLEO DE PRESERVATIVOS Y LA APLICACIÓN DE 2.4 MILLONES DE PENICILINA G BENZATINA PUEDE CONTRIBUIR A DISMINUIR LA MORBILIDAD DE LA SÍFILIS; SIN EMBARGO ES POCO COMPARATIVAMENTE A LAS POSIBILIDADES EN CASO-QUE LA PROFESIÓN MÉDICA RECONOCIERA QUE UN ENFERMO DE SÍFILIS INFECTANTE ES TAN DIGNO DE UNA CUIDADOSA PESQUISA EPIDEMIOLÓGICA.

EL TRATAMIENTO PROFILÁCTICO DE LOS CONTACTOS ASINTOMÁTICOS EN LOS PROGRAMAS DE CONTROL DE LAS ENFERMEDADES VENÉREAS SE LLAMA; TRATAMIENTO - EPIDEMIOLÓGICO Y ADOPTA DOS MODALIDADES, EL PREVENTIVO QUE TIENDE A EVI - TAR LA INOCULACIÓN DE TREPONEMAS ANTES DE LA EXPOSICIÓN, Y EL ABORTIVO -- QUE CONTEMPLA LA DESTRUCCIÓN DE LOS TREPONEMAS DURANTE EL PERÍODO DE INCUBACIÓN (POSTEXPOSICIÓN). ESTAS CONSIDERACIONES SON FUNDAMENTALES EN EL

TRATAMIENTO DE LA SÍFILIS PRENATAL; EN EFECTO, ANTES DEL 4TO MES DE GESTACIÓN, EL TRATAMIENTO PREVIENE LA INFECCIÓN FETAL EN TANTO QUE DESPUES DEL 4TO. MES LO ÚNICO QUE SE LOGRA ES LA CURACIÓN DEL FETO INFECTADO; EL TRATAMIENTO EN LAS ÚLTIMAS DOS SEMANAS DE LA GESTACIÓN PUEDE NO PROTEGER AL FETO.

EN LA SÍFILIS LATENTE EL TRATAMIENTO CONLLEVA LOS SIGUIENTES PROPÓSITOS PROFILÁCTICOS.

1.-EVITAR LAS COMPLICACIONES DE LA SÍFILIS TERCIARIA.

2.-PREVENIR LA TRANSMISIÓN DE UNA MUJER EMBARAZADA AL FETO YA QUE PUEDE DAR AL NACIMIENTO UN PRODUCTO LUÉTICO, AUN DESPUES DE MUCHOS AÑOS DE SERORREACTIVIDAD ASINTOMÁTICA CUANDO LA ENFERMEDAD NO SE CONSIDERA INFECTANTE (7 A 8 AÑOS DESPUÉS DE LA LESIÓN PRIMARIA)

3.-EVITAR RECAÍDAS INFECTANTES DURANTE LOS DOS PRIMEROS AÑOS DESPUÉS DE LA INFECCIÓN.

LAS VACUNAS EN LA SÍFILIS SE ENCUENTRAN EN FASE EXPERIMENTAL Y AUNQUE HAN CONFERIDO PROTECCIÓN EN ANIMALES, SU APLICACIÓN EN HUMANOS NECESITA DE ESTUDIOS Y ENSAYOS ADICIONALES.

H I P O T E S I S.

1.-Ho PARA DETERMINAR LA PROPORCIÓN DE CASOS PISTA DE SÍFILIS EN-RELACIÓN A SUS CONTACTOS DECLARADOS EN TRATAMIENTO EN EL SERVICIO DE MEDICINA PREVENTIVA DEL H G Z II No 1, NO ES NECESARIO EL CONTROL DE PA- - CIENTES INCLUIDOS EN LA RELACIÓN DE ENFERMEDADES VENÉNERAS.

HL PARA DETERMINAR LA PROPORCIÓN DE CASOS PISTA DE SÍFILIS EN-RELACIÓN A SUS CONTACTOS DECLARADOS EN TRATAMIENTO EN EL SERVICIO DE MEDICINA PREVENTIVA DEL H G Z II No 1, ES INDISPENSABLE EL CONTROL DE PA-CIENTES INCLUIDOS EN LA RELACIÓN DE ENFERMEDADES VENÉREAS.

2.-Ho NO ES FACTOR DE IMPORTANCIA LA DISTRIBUCIÓN EN GRUPOS DE E-DAD Y SEXO DE LOS PACIENTES EN CONTROL DE SÍFILIS EN EL H G Z II No 1 - PARA DETERMINAR SU FRECUENCIA EN LA POBLACIÓN REGISTRADA.

HL LA DISTRIBUCIÓN EN GRUPOS DE EDAD Y SEXO DE LOS PACIENTES - EN CONTROL DE SÍFILIS EN EL H G Z II No 1 ES INDISPENSABLE PARA DETERMINAR LA FRECUENCIA EN LA POBLACIÓN.

3.- Ho EL DETERMINAR LA ETAPA DE LA EVOLUCIÓN NATURAL DE LA SÍFI-LIS EN LOS PACIENTES ESTUDIADOS NO INFLUYE EN LA ADMINISTRACIÓN DE LA - TERAPÉUTICA, ASÍ COMO EN LOS PARACLINICOS A EFECTUAR PARA SU CONTROL.

HL EL DETERMINAR LA ETAPA DE LA EVOLUCIÓN NATURAL DE LA SÍFI-LIS EN LOS PACIENTES ESTUDIADOS INFLUYE EN LA ADMINISTRACIÓN DE LA TERAPÉUTICA ASÍ COMO EN LOS PARACLINICOS A EFECTUAR PARA SU CONTROL.

4.- Ho AL SENTIRSE EL PACIENTE ASINTOMÁTICO, O CREER ESTAR CURADO ASÍ COMO EL NIVEL SOCIOCULTURAL DE ÉL Y DE SU FAMILIA, NO SON FACTORES - QUE CONTRIBUYEN AL ABANDONO DE SU TRATAMIENTO.

HL AL SENTIRSE EL PACIENTE ASINTOMÁTICO, O CREER ESTAR CURADO-ASÍ COMO EL NIVEL SOCIOCULTURAL DE ÉL Y DE SU FAMILIA, SON FACTORES QUE-CONTRIBUYEN AL ABANDONO DE SU TRATAMIENTO.

5.- Ho LA DINÁMICA FAMILIAR, NO SE ENCUENTRA ALTERADA ANTE EL CONOCIMIENTO DE ESTE PADECIMIENTO EN UNO O VARIO DE SUS MIEMBROS.

HL LA DINÁMICA FAMILIAR SI SE ENCUENTRA ALTERADA ANTE EL CO-NOCIMIENTO DE ESTE PADECIMIENTO EN UNO O VARIOS DE SUS MIEMBROS.

6.- Ho LA MIGRACIÓN CONSTANTE DE GRUPOS DE POBLACIÓN, LA PROMISCUI

DAD SEXUAL, EL MAYOR NUMERO DE CONTACTOS SEXULAS POR EL USO DE MEDIOS ANTICONCEPTIVOS Y EL NIVEL SOCIOCULTURAL DEFICIENTE ASI COMO LA PROSTITUCIÓN, NO SON FACTORES QUE DETERMINAN LA PRESENCIA DE CASOS NUEVOS DE SÍFILIS.

HL LA MIGRACIÓN CONSTANTE DE GRUPOS DE POBLACIÓN, LA PROMISCUIDAD-SEXUAL, EL MAYOR NUMERO DE CONTACTOS SEXUALES POR EL USO DE MEDIOS ANTI-CONCEPTIVOS Y EL NIVEL SOCIOCULTURAL DEFICIENTE ASI COMO LA PROSTITU--CIÓN, SI SON FACTORES QUE DETERMINAN LA PRESENCIA DE CASOS NUEVOS DE SÍFILIS.

MATERIAL Y METODO.

MATERIAL.

1.-RECURSOS HUMANOS.

- -POBLACIÓN DE PACIENTES EN CONTROL DE SÍFILIS EN EL SERVICIO DE MEDICINA PREVENTIVA DEL HGZ II No1 DE MEXICALI B.C.
- -EL NÚCLEO FAMILIAR DE CADA UNO DE LOS PACIENTES REGISTRADOS.
- -MEDICO EPIDEMIÓLOGO ENCARGADO DEL SERVICIO DE MEDICINA PREVENTIVA DEL HGZ II No1 DE MEXICALI B.C.
- -MEDICO RESIDENTE DE SEGUNDO AÑO DE MEDICINA FAMILIAR.
- -PERSONAS QUE INTEGRAN EL EQUIPO MULTIDICIPLINARIO DEL HGZ II No1 MEXICALI B.C.

2.-RECURSOS MATERIALES.

- -RELACIÓN DEL REGISTRO DE LOS CASOS PISTA Y CONTACTOS DECLARADOS EN TRATAMIENTO DE SÍFILIS EN EL SERVICIO DE MEDICINA PREVENTIVA DEL HGZ II No1 DE MEXICALI B.C.
- -TARJETAS DE REGISTRO FAMILIAR.
- -CÉDULA DE ENCUESTA
- -MEDIO DE TRANSPORTE.
- -MATERIAL DE ESCRITORIO.

METODO.

PARA LA ELABORACIÓN DE ESTE TRABAJO, FUE NECESARIO BASARNOS EN LA RELACIÓN DE ENFERMEDADES VENÉREAS, EN PARTICULAR DE LA SÍFILIS, TOMANDO EN CUENTA TANTO EL CASO PISTA ASÍ COMO SU CONTACTO DECLARADO, EXISTENTE EN EL SERVICIO DE MEDICINA PREVENTIVA DEL HGZ II No 1 DE MEXICALI B.C.

CONSIDERAMOS UN UNIVERSO DE TRABAJO DE 134 PACIENTES-A ENTREVISTAR, SIENDO EL TOTAL DE LOS CONSIGNADOS DEL 1RO DE ENERO DE 1982 AL 30 DE SEPTIEMBRE DE 1983.

SR ESPECIFICÓ DEL UNIVERSO EL NUMERO DE CASOS PISTA Y CONTACTOS DECLARADOS, EL VOLUMEN Y ESTRUCTURA DEL GRUPO DE - PACIENTES, LA EVOLUCIÓN NATURAL DE LA ENFERMEDAD, EL MANEJO-- TERAPÉUTICO EMPLEADO, SU FRECUENCIA MENSUAL, LA INTROSPECCIÓN FAMILIAR EN LAS ACTITUDES CONDUCTUALES COGNOSCITIVAS Y DIS-FUNCIONAL ANTE SU PADECIMIENTO Y EN FORMA OPCIONAL NO CON-- TEMPLADA EN LAS HIPÓTESIS SE INCLUYEN LAS CARACTERISTICAS Y ASPECTOS SOCIO ECONÓMICO Y CULTURAL.

ESTE ESTUDIO CRONOLÓGICAMENTE COMPRENDE DOS ETAPAS; - UNA ETAPA RETROSPECTIVA, CONSISTENTE EN LA OBTENCIÓN DE LOS-DATOS INDISPENSABLES PARA LA LOCALIZACIÓN DE CADA UNO DE E-LLOS, OBTENIDA DE LA RELACIÓN DE PACIENTES EN TRATAMIENTO -- CONTROLADO.

SE ESTRUCTURA UN CUESTIONARIO DE ENTREVISTA CONSIDE - RÁNDOLO ADECUADO PARA NUESTRO OBJETIVO.

LA ETAPA PROSPECTIVA COMPRENDE DESDE LA AGRUPACIÓN DE ESTAS PERSONAS, POR ZONAS PARA HACER MAS AGIL Y ECONÓMICO -- NUESTRAS ENCUESTAS.

UNA VEZ OBTENIDA LA INFORMACIÓN, SE CONDENSA ESTA EN - CUADROS, SE HACE UN ARREGLO ORDENADO ASI COMO POR GRUPOS DE-EDAD Y SEXO PARA FACILITAR LA OBTENCIÓN DE NUESTROS RESULTA DOS, CONCLUSIONES Y POR ULTIMO LA ELABORACIÓN DE LOS HISTO - GRAMAS Y POLIGONOS DE FRECUENCIA.

PANORAMA GENERAL DE LAS CARACTERISTICAS Y ASPECTOS SOCIO ECONOMICO Y CULTURAL DE LAS FAMILIAS DE LOS CASOS PISTA Y CONTACTOS DECLARADOS EN LAS PERSONAS EN TRATAMIENTO CONTROLADO DE SÍFILIS EN EL SERVICIO DE MEDICINA PREVENTIVA DEL HGZ II No1 DE MEXICALI B.C. COMPRENDIDOS DEL 1RO DE ENERO DE 1982 AL 30 DE SEPTIEMBRE DE 1983.

CON LOS RESULTADOS OBTENIDOS EN NUESTRA ENCUESTA SE TRATA DE FORMAR UNA IDEA DE LAS CONDICIONES DE LAS 73 FAMILIAS ENTREVISTADAS, DONDE QUEDAN COMPRENDIDAS LAS 99 PERSONAS LOCALIZADAS DEL TOTAL DEL UNIVERSO DE 134 PACIENTES.

ENTRE LAS GENERALIDADES DE LAS CARACTERÍSTICAS FAMILIARES, DESDE EL PUNTO DE VISTA DE DESARROLLO ENCONTRAMOS QUE LA FAMILIA MODERNA LE CORRESPONDE EL 87.7%. VER CUADRO NUMERO 1.

POR SU COMPOSICIÓN, LA NUCLEAR, CORRESPONDE EL 73.9%. VER CUADRO NUMERO 2.

POR SU DEMOGRAFIA LE CORRESPONDE EL 96.0% A LA FAMILIA URBANA. VER CUADRO NUMERO 3.

POR SU INTEGRACIÓN, LA FAMILIA INTEGRADA CORRESPONDE EL 43.8%. VER CUADRO NUMERO 4.

POR SU TIPOLOGÍA LE CORRESPONDE EL 86.3% A LA FAMILIA OBRERA. VER CUADRO NUMERO 5.

POR SU ESTRATIFICACIÓN ECONÓMICA TENEMOS QUE EL 94.5% PERTENECE A UN ESTRATO POPULAR. VER CUADRO NUMERO 6.

DE ACUERDO AL AMBIENTE FÍSICO DE LA VIVIENDA (INFRAESTRUCTURA) POR LA PROPIEDAD DEL INMUEBLE TENEMOS QUE EL 52.% ALQUILAN SU RECIDENCIA. VER CUADRO NUMERO 7.

POR EL TIPO DE LA VIVIENDA EL 71.2% SUS CASAS HABITACIÓN SON INDEPENDIENTES. VER CUADRO NUMERO 8. ASI COMO EL 47.9% CUENTAN CON UN MAXIMO DE 3 CUARTOS. VER CUADRO No.9.

POR SU URBANIZACIÓN, LA DISPONIBILIDAD DE AGUA EL 96% ES ENTUBADA INTRADOMICILIARIA. VER CUADRO NUMERO 10.

PARA LA ELIMINACIÓN DE ESCRETAS EL 100% DISPONEN DE -

ESCUSADO Y DRENAJE.VER CUADRO NUMERO 11.

PARA LA DISPOSICIÓN Y ELIMINACIÓN DE BASURA,ES ADECUADA,SIENDO UN 97.2% CON RECIPIENTE Y EL 100% CON RECOLECCIÓN ORGANIZADA.VER CUADRO NUMERO 12.

DE ACUERDO A LA FASE DEL CICLO DE LA FAMILIA EL 63.0% SE ENCUENTRAN EN EL CICLO DE INDEPENDENCIA.VER CUADRO NUMERO 13.

SEGÚN LAS FUNCIONES DE LA FAMILIA QUE AMERITAN ATENCIÓN,AGRUPADAS POR SU COMPOSICIÓN FAMILIAR,POR SU INTEGRACIÓN Y POR SU TIPOLOGÍA;EL CUIDADO FUE EL QUE OCUPÓ EL MAYOR PORCENTAJE.VER CUADROS NUMERO 14-15-16.

POR LOS HÁBITOS ALIMENTARIOS EL 54.8% CORRESPONDE A UNA ALIMENTACIÓN REGULAR EN CALIDAD Y CANTIDAD.VER CUADRO NUMERO 17.

LAS TOXICOMANIAS POR PERSONAS ESTUDIADAS EL 58.9% FRECUENTAN LA COMBINACIÓN DE ALCOHOLISMO Y TABAQUISMO.VER CUADRO NUMERO 18.

EN LOS ASPECTOS COGNOSCITIVOS CONDUCTUALES A LA ENFERMEDAD ENCONTRAMOS QUE EL 90.9% DE LOS PACIENTES ENTREVISTADOS ATRIBUYEN UNA CAUSA EMPÍRICA.VER CUADRO NUMERO 19.

PARA RECIBIR SU PRIMERA ATENCIÓN EL 95.9% ACUDIÓ CON FACULTATIVO.VER CUADRO NUMERO 20.

DE ACUERDO AL CONOCIMIENTO DE LA TERAPÉUTICA ADECUADA TENEMOS QUE EL 98.9% DE NUESTRA POBLACIÓN ESTUDIADA TIENE UN CONCEPTO EQUIVOCADO.VER CUADRO NUMERO 21.

POR LO QUE RESPECTA A LA CONSIDERACIÓN DEL PADECIMIENTO EL 90.9% LO CATALOGA COMO DELICADO.VER CUADRO NUMERO 22.

R E S U L T A D O S .

1.-DEL TOTAL DE NUESTRO UNIVERSO DE TRABAJO DE 134 -- PERSONAS;105 DE ÉSTAS SE CONSIGNAN COMO CASOS PISTA Y 29 -- QUEDAN COMO CONTACTOS DECLARADOS,LO QUE CORRESPONDE UNA PROPORCIÓN DE 3.6 ES A 1. VER CUADRO NUMERO 23.

2.-DEL TOTAL DE LA POBLACIÓN ESTUDIADA YA MENCIONADA, CORRESPONDE PARA EL SEXO MASCULINO UN 66.4%,EL GRUPO POR EDADES PREDOMINANTE FUE DE LOS 20 AÑOS A LOS 34 AÑOS,QUE CORRESPONDE AL 67.4% CON UNA MEDIA ARITMÉTICA DE 31.9 AÑOS Y-CON UNA DESVIACIÓN ESTANDAR DE ± 6.90 .

PARA EL SEXO FEMENINO CORRESPONDE EL 33.6% DEL UNIVERSO ESTUDIADO,LOS GRUPOS DE EDAD PREDOMINANTE FUÉ IGUAL - EL DEL SEXO MASCULINO OCUPANDO ESTE UN 65.3%,CON UNA MEDIA-ARITMETICA DE 32.4 AÑOS Y UNA DESVIACIÓN ESTANDAR DE ±10.3. VER CUADROS NUMERO 24-24' GRAFICAS 1-2-3.

3.-EL MAYOR PORCENTAJE POR GRUPOS DE EDAD Y SEXO FUÉ-EN LOS PACIENTES CONSIGNADOS CON SÍFILIS ADQUIRIDA RECIENTE LATENTE,QUE CORRESPONDE AL 77.6% DEL TOTAL DE LAS PERSONAS-ESTUDIADAS,LOS CUALES RECIBIERON ANTIBIÓTICOTERAPIA Y SEGUIMIENTO TRIMESTRAL DE VDRL CASI EN SU TOTALIDAD.VER CUADROS-NUMERO 25-26 GRAFICAS 4-5-6.

4.-EL NÚMERO DE PACIENTES QUE ABANDONÓ EL TRATAMIENTO FUERON 10,LA CAUSA QUE PREDOMINO ES LO MENCIONADO EN EL INCISO (c) OCUPANDO EL 50%.VER CUADRO NUMERO 27

5.-EL MAYOR PORCENTAJE DEL TOTAL DE 73 FAMILIAS ENTREVISTADAS QUE INCLUYEN 99 PERSONAS 96.2% QUEDAN COMPRENDIDAS EN GRAN FUNCIONALIDAD (APGAR FAMILIAR).VER CUADRO NUMERO 28

6.-NO SE LOGRÓ COMPROBAR HL HO POR GENERAR AMBIENTE-CONFLICTIVO,ASÍ COMO NEGATIVA POR PARTE DEL ENTREVISTADO PARA DETECTAR A LOS CONTACTOS NO UBICABLES.

GENERALIDADES DE LAS CARACTERISTICAS FAMILIARES DE LAS PERSONAS EN TRATAMIENTO CONTROLADO DE SIFILIS, SEGUN PUNTO DE VISTA: DE DESARROLLO.
SERVICIO DE MEDICINA PREVENTIVA DEL H G Z II No 1 MEXICALI B.C.
DEL 1ro DE ENERO DE 1982 AL 30 DE SEPTIEMBRE DE 1983.

CUADRO NUMERO 1

PUNTO DE VISTA DE DESARROLLO	FAMILIAS	%
MODERNA	64	88
TRADICIONAL	9	12
ARCAICA	0	0
TOTAL	73	100

NOTA. SE ESTIMA COMO UNIVERSO DE TRABAJO 99 PERSONAS (CASOS PISTA Y CONTACTOS DECLARADOS) ENTREVISTADAS, QUE INTEGRAN A 73 FAMILIAS.

CUADRO NUMERO 2

PUNTO DE VISTA DE SU COMPOSICION	FAMILIAS	%	PROMEDIO DE INTEGRANTES.	PERSONAS
NUCLEAR	54	74	4.23	228
EXTENSA	17	23	8	136
EXTENSA-COMPUESTA	2	3	13.5	27
TOTAL	73	100	5.35	391

NOTA. SE CONSIGNA UNICAMENTE EL UNIVERSO DE TRABAJO CONOCIDO DE-- 73 FAMILIAS.
FUENTE. CUESTIONARIO DE ENTREVISTA.

GENERALIDADES DE LAS CARACTERISTICAS FAMILIARES DE LAS PERSONAS EN TRATAMIENTO CONTROLADO DE SIFILIS,SEGUN PUNTO DE VISTA DEMOGRAFICO.
SERVICIO DE MEDICINA PREVENTIVA DEL H G Z II No 1 MEXICALI B.C.
DEL 1ro DE ENERO DE 1982 AL 30 DE SEPTIEMBRE DE 1983.

CUADRO NUMERO 3

PUNTO DE VISTA DEMOGRAFICO	FAMILIAS	%
URBANA	73	96
RURAL,	3	4
TOTAL	76	100

NOTA.SE INCLUYEN 5 PERSONAS QUE CONSTITUYEN 3 FAMILIAS RURALES-- AUN DE NO HABER LOCALIZADO SU DOMICILIO Y SIN ENTREVISTARLOS, NOS BASAMOS DE ACUERDO A LAS CARACTERISTICAS DEL POBLADO,ASI COMO QUEDAN EXCLUIDAS LAS FAMILIAS DE LAS PERSONAS EN LAS -- CUALES SU DOMICILIO FUE IMPOSIBLE LOCALIZAR YA SEA POR CAMBIO DE NOMENCLATURA,CAMBIO DE RESIDENCIA,POR VIVIR FUERA DE ESTA ENTIDAD,ASI COMO RAZON OBVIA LOS QUE SE REGISTRAN SIN DOMICILIO FIJO.

FUENTE.CUESTIONARIO DE ENTREVISTA.
RELACION DE PACIENTES EN CONTROL DE ENFERMEDADES VENEREAS EN EL SERVICIO DE MEDICINA PREVENTIVA DEL H G Z II No 1 DE MEXICALI BAJA CALIFORNIA.

GENERALIDADES DE LAS CARACTERISTICAS FAMILIARES DE LAS PERSONAS EN TRATAMIENTO CONTROLADO DE SIFILIS, SEGUN PUNTO DE VISTA:

DE SU INTEGRACION.

SERVICIO DE MEDICINA PREVENTIVA DEL H G Z II No 1 MEXICALI B.C.
DEL 1RO DE ENERO DE 1982 AL 30 DE SEPTIEMBRE DE 1983.

CUADRO NUMERO 4

PUNTO DE VISTA DE SU INTEGRACION	FAMILIAS	%
INTEGRADA	32	44
SEMI-INTEGRADA	31	42
DESINTEGRADA	10	14
TOTAL	73	100

TIPOLOGICO

SERVICIO DE MEDICINA PREVENTIVA DEL H G Z II No 1 MEXICALI B.C.
DEL 1RO DE ENERO DE 1982 AL 30 DE SEPTIEMBRE DE 1983.

CUADRO NUMERO 5

PUNTO DE VISTA TIPOLOGICO	FAMILIAS	%
CAMPESINA (")	0	0
OBRERA	63	86
PROFESIONISTA	10	14
TOTAL	73	100

NOTA. SE CONSIGNA UNICAMENTE EL UNIVERSO DE TRABAJO CONOCIDO DE-- 73 FAMILIAS.

(")NO ANOTAMOS NINGUNA FAMILIA CAMPESINA, INDEPENDIENTEMENTE QUE DEL PUNTO DE VISTA DEMOGRAFICO FAVORECERIA A TRES FAMILIAS PARA ESTAS ACTIVIDADES, PERO NO SE LOGRO ENTREVISTARLAS.

FUENTE. CUESTIONARIO DE ENTREVISTA.

ESTRUCTURA ECONOMICA DE LA FAMILIA, DE LAS PERSONAS EN TRATAMIENTO CONTROLADO DE SIFILIS.
SERVICIO DE MEDICINA PREVENTIVA DEL H G Z II No 1 MEXICALI B.C.
DEL 1ro DE ENERO DE 1982 AL 30 DE SEPTIEMBRE DE 1983.

CUADRO NUMERO 6

ESTRATIFICACION ECONOMICA (")	FAMILIAS	%
ESTRATO MARGINADO	0	0
ESTRATO POPULAR	69	95
ESTRATO MEDIO	4	5
ESTRATO ALTO	0	0
TOTAL	73	100

(")VER ANEXO No.2

NOTA. SE ESTIMA COMO UNIVERSO DE TRABAJO 99 PERSONAS (CASOS PISTA Y CONTACTOS DECLARADOS) ENTREVISTADAS, QUE INTEGRAN 73 FAMILIAS.

FUENTE. CUESTIONARIO DE ENTREVISTA.

AMBIENTE FISICO SOCIAL DE LA FAMILIA POR VIVIENDA SEGUN POR LA-PROPIEDAD DE EL INMUEBLE,DE LA PERSONA EN TRATAMIENTO CONTROLA-DO DE SIFILIS.
SERVICIO DE MEDICINA PREVENTIVA DEL H G Z II No 1 MEXICALI B.C.
DEL 1RO DE ENERO DE 1982 AL 30 DE SEPTIEMBRE DE 1983.

GUADRO NUMERO 7

PROPIEDAD	FAMILIAS	%
PROPIA	33	45.0
ALQUILADA	38	52.0
PRESTADA	2	3.0
OTROS	0	0.0
TOTAL	73	100.0

POR SU TIPO.
SERVICIO DE MEDICINA PREVENTIVA DEL H G Z II No 1 MEXICALI B.C.
DEL 1RO DE ENERO DE 1982 AL 30 DE SEPTIEMBRE DE 1983.

CUADRO NUMERO 8

TIPO	FAMILIA	%
SOLA	52	71.0
DEPARTAMENTO	6	8.0
VECINDAD	15	21.0
OTROS	0	0.0
TOTAL	73	100.0

NOTA.SE CONSIGNA UNICAMENTE EL UNIVERSO DE TRABAJO CONOCIDO DE 73 FAMILIAS.
FUENTE.CUESTIONARIO DE ENTREVISTA.

AMBIENTE FISICO SOCIAL DE LA FAMILIA POR VIVIENDA SEGUN SU HABITACION POR NUMERO DE CUARTOS, DE LAS PERSONAS EN TRATAMIENTO CONTROLADO DE SIFILIS.

SERVICIO DE MEDICINA PREVENTIVA DEL H G Z II No 1 MEXICALI B.C.
DEL 1RO DE ENERO DE 1982 AL 30 DE SEPTIEMBRE DE 1983.

CUADRO NUMERO 9

No. DE CUARTOS	FAMILIAS	%
1-3 CUARTOS	35	48
4-6 CUARTOS	34	47
7-(MAS)	4	5
TOTAL	73	100

NOTA. NO SE TOMA EN CUENTA LOS CUARTOS DE BAÑO Y ESCUSADO.

AMBIENTE FISICO SOCIAL DE LA FAMILIA POR VIVIENDA SEGUN LA DISPONIBILIDAD DE AGUA, DE LAS PERSONAS EN TRATAMIENTO CONTROLADO DE SIFILIS.

SERVICIO DE MEDICINA PREVENTIVA DEL H G Z II No 1 MEXICALI B.C.
DEL 1RO DE ENERO DE 1982 AL 30 DE SEPTIEMBRE DE 1983.

CUADRO NUMERO 10

AGUA	FAMILIAS	%
ENTUBADA INTRADOMICILIARIA	70	96
ENTUBADA EXTRADOMICILIARIA	3	4
POZO-NORIA	0	0
CANAL	0	0
POR DISTRIBUCION EN CARRO CISTERNA	0	0
TOTAL	73	100

NOTA. SE CONSIGNA UNICAMENTE EL UNIVERSO DE TRABAJO CONOCIDO DE 73 FAMILIAS.

FUENTE. CUESTIONARIO DE ENTREVISTA.

AMBIENTE FISICO SOCIAL DE LA FAMILIA POR VIVIENDA SEGUN LA ELIMINACION DE ESCRETAS, DE LAS PERSONAS EN TRATAMIENTO CONTROLADO DE SIFILIS.

SERVICIO DE MEDICINA PREVENTIVA DEL H G Z II No 1 MEXICALI B.C.
DEL 1ro DE ENERO DE 1982 AL 30 DE SEPTIEMBRE DE 1983.

CUADRO NUMERO 11

ELIMINACION DE ESCRETAS	FAMILIAS	%
ESCUSADO	73	100
LETRINA	0	0
FOSA SEPTICA	0	0
FECALISMO AL AIRE LIBRE	0	0
TOTAL	73	100

CUADRO NUMERO 12

DISPOSICION Y ELIMINACION DE BASURA.
SERVICIO DE MEDICINA PREVENTIVA DEL H G Z II No 1 MEXICALI B.C.
DEL 1ro DE ENERO DE 1982 AL 30 DE SEPTIEMBRE DE 1983.

DISPOSICION	FAMILIAS	%
SIN RECIPIENTE	2	3
RECIPIENTE SIN TAPA	69	94
RECIPIENTE CON TAPA	2	3
TOTAL	73	100

ELIMINACION	FAMILIAS	%
SE LANZA A LA CALLE	0	0
SE QUEMA O ENTIERRA	0	0
RECOLECCION ORGANIZADA	73	100
TOTAL	73	100

NOTA. SE CONSIGNA UNICAMENTE EL UNIVERSO DE TRABAJO CONOCIDO DE 73 FAMILIAS.

FUENTE. CUESTIONARIO DE ENTREVISTA.

FASE DEL CICLO DE VIDA DE LA FAMILIA EN EL QUE SE ENCUENTRAN-
LA PERSONA EN TRATAMIENTO CONTROLADO DE SIFILIS.
SERVICIO DE MEDICINA PREVENTIVA DEL H G Z II No 1 MEXICALI B.C.
DEL 1ro DE ENERO DE 1982 AL 30 DE SEPTIEMBRE DE 1983.

CUADRO NUMERO 13

CICLO DE VIDA	FAMILIAS	%
MATRIMONIO	6	8
EXPANSION	7	10
DISPERSION	8	11
INDEPENDENCIA	46	63
RETIRO Y MUERTE	6	8
TOTAL	73	100

NOTA. SE CONSIGNA UNICAMENTE EL UNIVERSO CONOCIDO DE TRABAJO DE 73 FAMILIAS.

FUENTE. CUESTIONARIO DE ENTREVISTA.

FUNCIONES DE LA FAMILIA QUE AMERITAN ATENCION, DE LAS PERSONAS EN TRATAMIENTO CONTROLADO DE SIFILIS, DE ACUERDO A SU COMPOSICION. SERVICIO DE MEDICINA PREVENTIVA DEL H G Z II No 1 MEXICALI B.C., DEL 1ro DE ENERO DE 1982 AL 30 DE SEPTIEMBRE DE 1983.

CUADRO NUMERO 14

FUNCIONES DE LA FAMILIA.	POR SU COMPOSICION FAMILIAR						No.	%
	NUCLEAR		EXTENSA		EXT / COMP.			
	NUMERO	%	NUMERO	%	NUMERO	%		
SOCIALIZACION	2	2.7	1	1.4	0	0.0	3	4.1
CUIDADO	25	34.2	7	9.5	1	1.4	33	45.2
AFECTO	16	22.0	6	8.2	1	1.4	23	31.5
REPRODUCCION	6	8.2	2	2.7	0	0.0	8	11.0
ESTATUS	5	6.9	1	1.4	0	0.0	6	8.2
TOTAL	54	74.0	17	23.2	2	2.8	73	100.0

CUADRO NUMERO 15

DE ACUERDO A SU INTEGRACION.
SERVICIO DE MEDICINA PREVENTIVA DEL H G Z II No 1 MEXICALI B.C.
DEL 1ro DE ENERO DE 1982 AL 30 DE SEPTIEMBRE DE 1983.

FUNCIONES DE LA FAMILIA.	POR SU INTEGRACION.						No.	%
	INTEGRADA		SEMI-INTEGRADA		DESINTEGRADA.			
	NUMERO	%	NUMERO	%	NUMERO	%		
SOCIALIZACION	0	0.0	2	2.7	1	1.4	3	4.1
CUIDADO	16	21.9	13	18.0	4	5.5	33	45.2
AFECTO	8	11.0	12	16.4	3	4.1	23	31.5
REPRODUCCION	6	8.2	2	2.7	0	0.0	8	11.0
ESTATUS,	2	2.7	2	2.7	2	2.7	6	8.2
TOTAL.	32	43.8	31	42.5	10	13.7	73	100.0

NOTA. SE CONSIGNA UNICAMENTE EL UNIVERSO DE TRABAJO CONOCIDO DE 73 FAMILIAS, TOMANDOSE EN CUENTA EL PROMEDIO MAS BAJO DE LA EVALUACION DE LAS FUNCIONES FAMILIARES.

FUENTE. CUESTIONARIO DE ENTREVISTA.

FUNCIONES DE LA FAMILIA QUE AMERITAN ATENCION, DE LAS PERSONAS-
EN TRATAMIENTO CONTROLADO DE SIFILIS, DE ACUERDO A SU TIPOLOGIA.
SERVICIO DE MEDICINA PREVENTIVA DEL H G Z II No 1 MEXICALI B.C.
DEL 1RO DE ENERO DE 1982 AL 30 DE SEPTIEMBRE DE 1983.

CUADRO NUMERO 16

FUNCIONES DE LA FAMILIA.	POR SU TIPOLOGIA						No.	%
	CAMPESINA		OBRERA		PROFESIONISTA			
	No.	%	No.	%	No.	%		
SOCIALIZACION	0	0.0	3	4.1	0	0.0	3	4.1
CUIDADO	0	0.0	28	38.4	5	6.8	33	45.2
AFECTO	0	0.0	19	26.0	4	5.5	23	31.5
REPRODUCCION	0	0.0	7	9.6	1	1.4	8	11.0
ESTATUS	0	0.0	6	8.2	0	0.0	6	8.2
TOTAL	0	0.0	63	86.3	10	13.7	73	100.0

NOTA. SE CONSIGNA UNICAMENTE EL UNIVERSO DE TRABAJO CONOCIDO DE 73 FAMILIAS, TOMANDO EN CUENTA EL PROMEDIO MAS BAJO DE LA EVALUACION DE LAS FUNCIONES FAMILIARES (VER ANEXO No 4)

FUENTE. CUESTIONARIO DE ENTREVISTA.

GENERALIDADES DESDE EL PUNTO DE VISTA DE ALIMENTACION DE LAS PERSONAS EN TRATAMIENTO CONTROLADO DE SIFILIS.
SERVICIO DE MEDICINA PREVENTIVA DEL H G Z II No 1 MEXICALI B.C.
DEL 1RO DE ENERO DE 1982 AL 30 DE SEPTIEMBRE DE 1983.

CUADRO NUMERO 17

ALIMENTACION	FAMILIAS	%
BUENA EN CALIDAD Y CANTIDAD	26	35.6
REGULAR EN CALIDAD Y CANTIDAD	40	54.8
MALA EN CALIDAD Y CANTIDAD	7	9.6
TOTAL.	73	100.0

NOTA. SE CONSIGNA UNICAMENTE EL UNIVERSO DE TRABAJO CONOCIDO DE 73 FAMILIAS.

FUENTE. CUESTIONARIO DE ENTREVISTA.

TOXICOMANIAS EN LAS PERSONAS EN TRATAMIENTO CONTROLADO DE SIFILIS.
SERVICIO DE MEDICINA PREVENTIVA DEL H G Z II No 1 MEXICALI B.C.
DEL 1ro DE ENERO DE 1982 AL 30 DE SEPTIEMBRE DE 1983.

CUADRO NUMERO 18

TOXICOMANIAS.	NUMERO DE PERSONAS	%
ALCOHOLISMO, TABAQUISMO Y DROGADICCION.	1	1.0
ALCOHOLISMO Y TABAQUISMO.	43	43.4
ALCOHOLISMO Y DROGADICCION.	0	0.0
TABAQUISMO U DROGADICCION	1	1.0
ALCOHOLISMO	21	21.2
TABAQUISMO.	14	14.2
DORGADICCION	0	0.0
SIN TOXICOMANIAS (")	19	19.2
TOTAL	99	100.0

NOTA. SE ESTIMA EL UNIVERSO CONOCIDO DE 99 PERSONAS (CASOS PISTA Y SUS CONTACTOS DECLARADOS) ENTREVISTADAS, QUE INTEGRAN A 73 FAMILIAS.

(")NO SE CONSIDERA LA INGESTA ABUNDANTE DE CAFEINA.

FUENTE. CUESTIONARIO DE ENTREVISTA.

ASPECTOS COGNOSCITIVOS Y CONDUCTUALES A LA ENFERMEDAD, EN LAS PERSONAS EN TRATAMIENTO CONTROLADO DE SIFILIS.
SERVICIO DE MEDICINA PREVENTIVA DEL H G Z II NO 1 MEXICALI B. C.
DEL 1RO DE ENERO DE 1982 AL 30 DE SEPTIEMBRE DE 1983.

CUADRO NUMERO 19

LA CAUSA A LA QUE LE ATRIBUYEN AL PADECIMIENTO.	NUMERO	%
SOBRENATURAL	0	0.0
NATURAL	1	1.0
EMPIRICO	90	90.9
CIENTIFICO	8	8.1
TOTAL	99	100.0

CUADRO NUMERO 20

ACUDIO POR PRIMERA VEZ CON:	NUMERO	%
EMPIRICO	1	1.0
FARMACEUTICO.	3	3.0
MEDICO.	95	96.0
TOTAL	99	100.0

FUENTE. CUESTIONARIO DE ENTREVISTA.

ASPECTOS COGNOSCITIVOS Y CONDUCTUALES A LA ENFERMEDAD EN LAS PERSONAS EN TRATAMIENTO CONTROLADO DE SIFILIS. SERVICIO DE MEDICINA PREVENTIVA DEL H G Z II No 1 MEXICALI B. C. DEL 1ro DE ENERO DE 1982 AL 30 DE SEPTIEMBRE DE 1983.

CUADRO NUMERO 21

CONOCIMIENTO DE LA TERAPEUTICA ADECUADA.	NUMERO	%
CORRECTO	1	1.0
INCORRECTO	98	99.0
TOTAL.	99	100.0

CUADRO NUMERO 22

COMO CONSIDERA A SU ENFERMEDAD.	NUMERO	%
NO IMPORTANTE	0	0.0
POCO DELICADA.	8	8.1
DELICADA.	90	90.9
GRAVE.	1	1.0
TOTAL.	99	100.0

FUENTE.CUESTIONARIO DE ENTREVISTA.

RELACION ENTRE CASOS PISTA Y CONTACTOS DECLARADOS DE SIFILIS DIS_
TRIBUIDOS POR GRUPOS DE EDAD Y SEXO.
SERVICIO DE MEDICINA PREVENTIVA DEL H G Z II No 1 MEXICALI B. C.
DEL 1ro DE ENERO DE 1982 AL 30 DE SEPTIEMBRE DE 1983.

CUADRO NUMERO 23

GRUPOS DE EDAD.	SEXO				NUMERO CASOS	NUMERO CONTACTOS
	HOMBRES.		MUJERES.			
	C.PISTA	CONTACTO	C.PISTA	CONTACTO	PISTA	DECLARADO
15-19	4	0	1	1	5	1
20-24	16	2	6	3	22	5
25-29	24	3	7	6	31	9
30-34	12	3	6	4	18	7
35-39	7	1	3	1	10	2
40-44	4	0	0	0	4	0
45-49	3	0	1	0	4	0
50-54	2	3	2	0	4	3
55-59	2	1	1	1	3	2
60-64	1	0	0	0	1	0
65-69	0	0	1	0	1	0
70-74	1	0	0	0	1	0
75-79	0	0	1	0	1	0
TOTAL	76	13	29	16	105	29

FUENTE. RELACIÓN DE PACIENTES EN CONTROL DE ENFERMEDADES VENEREAS EN EL SERVICIO DE MEDICINA PREVENTIVA DEL H G Z II No 1 DE MEXICALI BAJA CALIFORNIA.
CUESTIONARIO DE ENTREVISTA.

PERSONAS EN TRATAMIENTO CONTROLADO DE SIFILIS DISTRIBUIDOS POR - GRUPOS DE EDAD Y SEXO.
SERVICIO DE MEDICINA PREVENTIVA DEL H G Z II No 1 MEXICALI B.C.
DEL 1RO DE ENERO DE 1982 AL 30 DE SEPTIEMBRE DE 1983.
CUADRO NUMERO 24

GRUPOS DE EDAD.	SEXO.				NUMERO.	%
	HOMBRES.		MUJERES.			
	NUMERO.	%	NUMERO	%		
15-19	4	4.5	2	4.4	6	4.5
20-24	18	20.2	9	20.0	27	20.2
25-29	27	30.3	13	28.9	40	29.9
30-34	15	16.9	10	22.2	25	18.7
35-39	8	9.0	4	8.9	12	9.0
40-44	4	4.5	0	0.0	4	3.0
45-49	3	3.4	1	2.2	4	3.0
50-54	5	5.6	2	4.5	7	5.2
55-59	3	3.4	2	4.5	5	3.7
60-64	1	1.1	0	0.0	1	0.7
65-69	0	0.0	1	2.2	1	0.7
70-74	1	1.1	0	0.0	1	0.7
75-79	0	0.0	1	2.2	1	0.7
TOTAL	89	100.0	45	100.0	134	100.0

NOTA. SE ENCUENTRA CONSIGNADO EL CASO PISTA ASI COMO SU CONTACTO DECLARADO.

FUENTE. RELACION DE PACIENTES EN CONTROL DE ENFERMEDADES VENEREAS EN EL SERVICIO DE MEDICINA PREVENTIVA DEL H G Z II No 1 DE MEXICALI BAJA CALIFORNIA.

INCIDENCIA MENSUAL DE PERSONAS EN TRATAMIENTO CONTROLADO DE SIFILIS,POR GRUPOS DE SEXO.
SERVICIO DE MEDICINA PREVENTIVA DEL H G Z II No 1 MEXICALI B.C.
DEL 1ro DE ENERO DE 1982 AL 30 DE SEPTIEMBRE DE 1983.

CUADRO NUMERO 24'

AÑO	MESES	NUMERO DE CASOS		NUMERO.
		HOMBRES	MUJERES.	
1982	ENERO	2	0	2
	FEBRERO	7	3	10
	MARZO	11	4	15
	ABRIL	1	1	2
	MAYO	4	0	4
	JUNIO	7	2	9
	JULIO	5	0	5
	AGOSTO	8	5	13
	SEPTIEMBRE	2	4	6
	OCTUBRE	2	4	6
	NOVIEMBRE	5	2	7
	DICIEMBRE	0	1	1
1983	ENERO	4	2	6
	FEBRERO	3	2	5
	MARZO	6	4	10
	ABRIL	3	1	4
	MAYO	6	2	8
	JUNIO	3	1	4
	JULIO	6	3	9
	AGOSTO	2	2	4
	SEPTIEMBRE	2	2	4
	TOTAL	89	45	134

NOTA.EN LA INCIDENCIA DE CASOS DE SIFILIS MENSUAL SE IMCLUYE AL CASO PISTA ASI COMO A SU CONTACTO DECLARADO.

FUENTE.RELACION DE PACIENTES EN CONTROL DE ENFERMEDADES VENEREAS EN EL SERVICIO DE MEDICINA PREVENTIVA DEL H G Z II-No 1 DE MEXICALI BAJA CALIFORNIA.

MANIFESTACION DE LA EVOLUCION NATURAL DE LA ENFERMEDAD EN LA QUE SE DETECTO A LAS PERSONAS EN TRATAMIENTO CONTROLADO DE SIFILIS - POR GRUPOS DE EDAD Y SEXO.
SERVICIO DE MEDICINA PREVENTIVA DEL H G Z II No 1 MEXICALI B.C.
DEL 1ro DE ENERO DE 1982 AL 30 DE SEPTIEMBRE DE 1983.
CUADRO NUMERO 25

GRUPOS DE EDAD	EVOLUCION NATURAL DE LA SIFILIS.								NUMERO.
	SARL		SARS		SATL		SATS		
	HOMBRES	MUJERES	HOMBRES	MUJERES	HOMBRES	MUJERES	HOMBRES	MUJERES	
15-19	3	2	1	0	0	0	0	0	6
20-24	14	8	4	1	0	0	0	0	27
25-29	24	11	1	1	2	1	0	0	40
30-34	13	9	1	0	1	1	0	0	25
35-39	8	3	0	0	0	1	0	0	12
40-44	3	0	0	0	1	0	0	0	4
45-49	1	0	2	0	0	1	0	0	4
50-54	2	1	0	0	3	1	0	0	7
55-59	0	1	0	0	3	1	0	0	5
60-64	0	0	0	0	1	0	0	0	1
65-69	0	1	0	0	0	0	0	0	1
70-74	0	0	0	0	1	0	0	0	1
75-79	0	0	0	0	0	1	0	0	1
TOTAL	68	36	9	2	12	7	0	0	134

NOTA. SE ENCUENTRA CONSIGNADO EL CASO PISTA ASI COMO SU CONTACTO DECLARADO.

FUENTE. RELACION DE PACIENTES EN CONTROL DE ENFERMEDADES VENEREAS EN EL SERVICIO DE MEDICINA PREVENTIVA DEL H G Z II No 1 DE-MEXICALI BAJA CALIFORNIA.

ANTIBIOTICOTERAPIA EMPLEADA EN LAS PERSONAS EN TRATAMIENTO CONTROLADO DE SIFILIS, POE GRUPOS DE EDAD Y SEXO.
SERVICIO DE MEDICINA PREVENTIVA DEL H G Z II No 1 MEXICALI B.C.
DEL 1ro DE ENERO DE 1982 AL 30 DE SEPTIEMBRE DE 1983.

CUADRO NUMERO 26

GRUPOS DE EDAD	ANTIBIOTICOS.								No	%
	PENICILINA BENZATINICA				ERITROMICINA					
	HOMBRES	%	MUJERES	%	HOMBRES	%	MUJERES	%		
15-19	4	3	2	1.5	0	0.0	0	0.0	6	4.5
20-24	17	12.7	8	6	1	0.7	1	0.7	27	20.1
25-29	25	18.7	12	9.0	2	1.5	1	0.7	40	30.0
30-34	15	11.2	9	6.7	0	0.0	1	0.7	25	18.7
35-39	8	6.0	4	3.0	0	0.0	0	0.0	12	9.0
40-44	4	3.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	4	3.0
45-49	3	2.3	1	0.7	0	0.0	0	0.0	4	3.0
50-54	5	3.8	2	1.5	0	0.0	0	0.0	7	5.2
55-59	3	2.3	2	1.5	0	0.0	0	0.0	5	3.7
60-64	1	0.7	0	0.0	0	0.0	0	0.0	1	0.7
65-69	0	0.0	1	0.7	0	0.0	0	0.0	1	0.7
70-74	1	0.7	0	0.0	0	0.0	0	0.0	1	0.7
75-79	0	0.0	1	0.7	0	0.0	0	0.0	1	0.7
TOTAL	86	64.4	42	31.3	3	2.2	3	2.1	134	100.0

NOTA. SE ENCUENTRA CONSIGNADO EL CASO PISTA ASI COMO SU CONTACTO DECLARADO. NO SE REPITEN TRES CASOS REINCIDENTES AL TRATAMIENTO ASI COMO SE CONSIDERAN A 10 PERSONAS QUE ABANDONARON EL TRATAMIENTO.
124 PACIENTES LLEVAN CONTROL TRIMESTRAL DE VDRL; A NINGUNO SE LE HA EFECTUADO PUNCIÓN LUMBAR.

FUENTE. RELACION DE PACIENTES EN CONTROL DE ENFERMEDADES VENEREAS EN EL SERVICIO DE MEDICINA PREVENTIVA DEL H G Z II No 1 DE MEXICALI BAJA CALIFORNIA.

ASPECTOS COGNOSCITIVOS Y CONDUCTUALES DE LA ENFERMEDAD, EN LAS PERSONAS EN TRATAMIENTO CONTROLADO DE SIFILIS.
SERVICIO DE MEDICINA PREVENTIVA DEL H G Z II No 1 MEXICALI B . C .
DEL 1RO DE ENERO DE 1982 AL 30 DE SEPTIEMBRE DE 1983.

CUADRO NUMERO 27

ASPECTO COGNOSCITIVO Y CONDUCTUAL.	INTERRUPCION DEL TX. No.	%
A)CONSIDERARSE CURADO.	2	20.0
B)POR CONSIDERAR SIN IMPORTANCIA LA ENFERMEDAD.	0	0.0
C)NO SE PREOCUPA POR SU INTEGRIDAD, POR IGNORANCIA.	5	50.0
D)DIFICULTAD PARA ACUDIR A LA INSTITUCION DONDE SE CONTROLA	2	20.0
E)POR NEGLIGENCIA DEL GRUPO MULTIDICIPLINARIO DE LA INSTITUCION.	1	10.0
TOTAL	10	100.0

NOTA. SE ESTIMA COMO UNIVERSO DE TRABAJO A 10 PERSONAS QUE NO TERMINAN AUN SU TRATAMIENTO A BASE DE ANTIBIOTICOS. (SE-CONSIDERA TANTO CASO PISTA ASI COMO SU CONTACTO DECLARADO)

FUENTE. CUESTIONARIO DE ENTREVISTA.

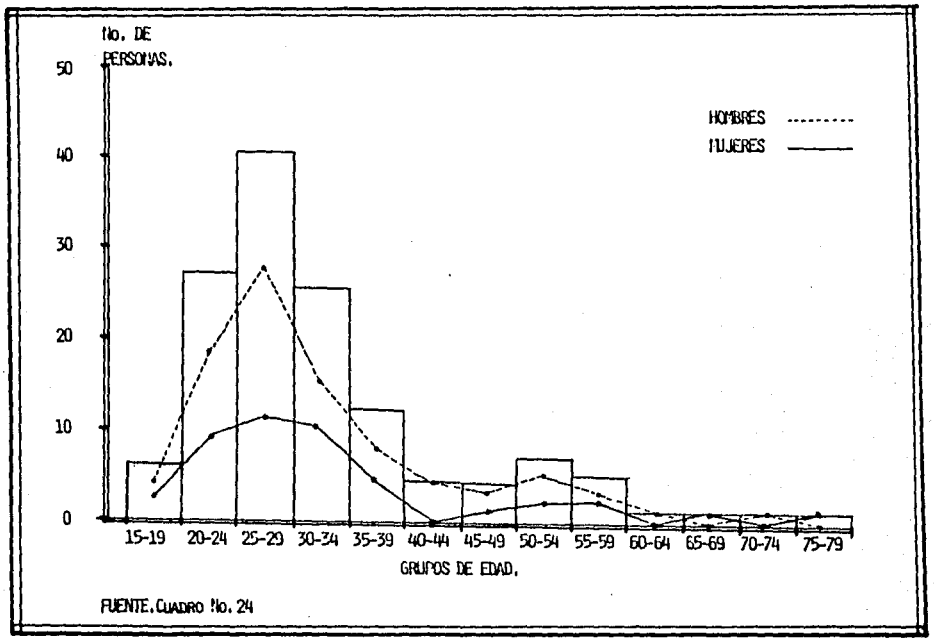
APGAR FAMILIAR.
SERVICIO DE MEDICINA PREVENTIVA DEL H G Z II No 1 MEXICALI B.C.
DEL 1ro DE ENERO DE 1982 AL 30 DE SEPTIEMBRE DE 1983.

CUADRO NUMERO 28.

APGAR FAMILIAR	NUMERO	%
GRAN FUNCIONAMIENTO FAMILIAR	70	96
MODERADAMENTE DISFUNCIONAL	2	2.7
SEVERAMENTE DISFUNCIONAL	1	1.3
TOTAL	73	100.0

NOTA. SE APLICO AL UNIVERSO DE TRABAJO DE 73 FAMILIAS DONDE - QUEDAN COMPRENDIDAS 99 PERSONAS ENTREVISTADAS.
FUENTE. CUESTIONARIO DE ENTREVISTA.

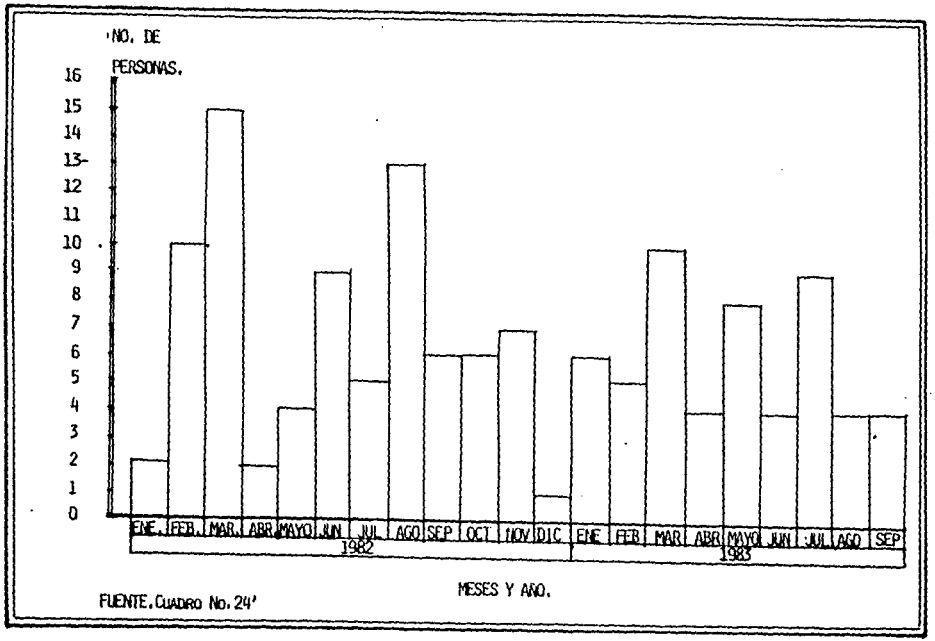
PERSONAS EN TRATAMIENTO CONTROLADO DE SIFILIS DISTRIBUIDOS POR
GRUPOS DE EDAD Y SEXO.
SERVICIO DE MEDICINA PREVENTIVA DEL H G Z II No 1 MEXICALI B.C.
DEL 1ro DE ENERO DE 1982 AL 30 DE SEPTIEMBRE DE 1983.



FUENTE. CUADRO No. 24

GRAFICA NUMERO 1

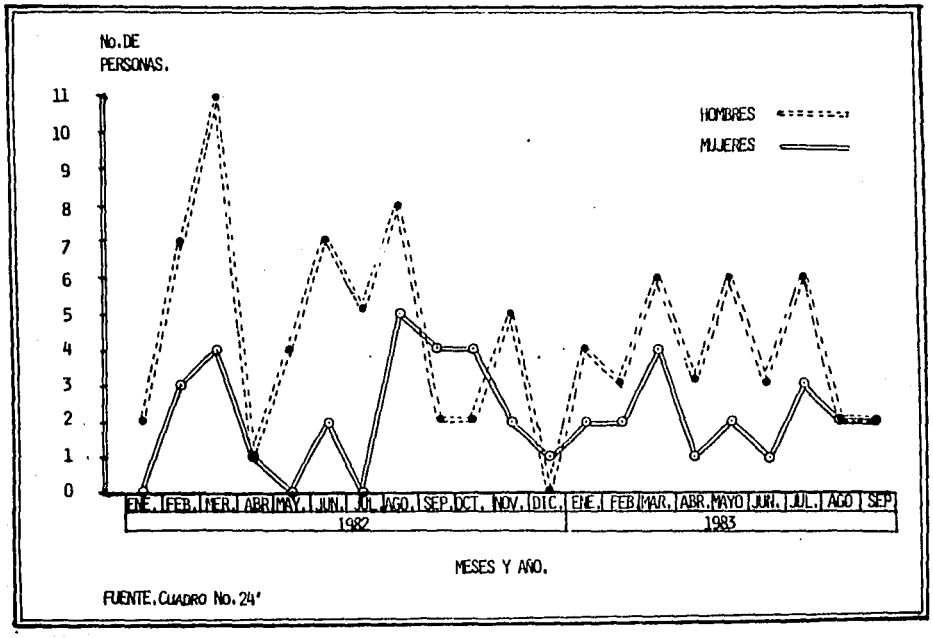
INCIDENCIA MENSUAL DE PERSONAS EN TRATAMIENTO CONTROLADO DE SIFILIS.
SERVICIO DE MEDICINA PREVENTIVA DEL H G Z II No 1 MEXICALI B. C.
DEL 1ro DE ENERO DE 1982 AL 30 DE SEPTIEMBRE DE 1983.



FUENTE. CUADRO No. 24'

GRAFICA NUMERO 2

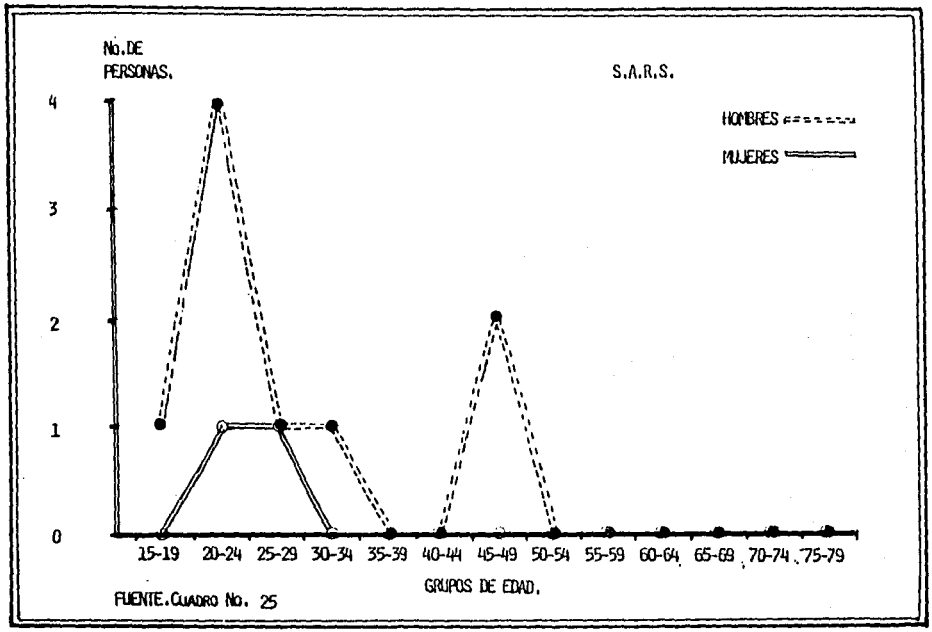
INCIDENCIA MENSUAL DE PERSONAS EN TRATAMIENTO CONTROLADO DE SIFILIS, POR GRUPOS DE SEXO.
SERVICIO DE MEDICINA PREVENTIVA DEL H G Z II No 1 MEXICALI B.C.
DEL 1RO DE ENERO DE 1982 AL 30 DE SEPTIEMBRE DE 1983.



FUENTE. CUADRO No. 24'

GRAFICA NUMERO 3

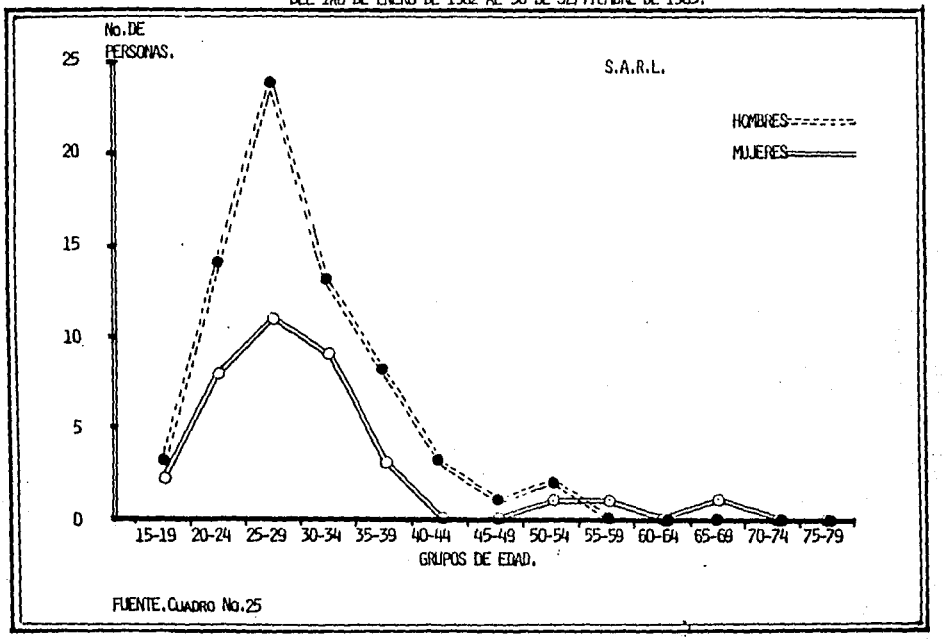
MANIFESTACION DE LA EVOLUCION NATURAL DE LA ENFERMEDAD EN LA QUE SE DETECTO A LAS PERSONAS EN TRATAMIENTO CONTROLADO DE SIFILIS - POR GRUPOS DE EDAD Y SEXO.
SERVICIO DE MEDICINA PREVENTIVA DEL H G Z 11 No 1 MEXICALI B.C.
DEL 1ro DE ENERO DE 1982 AL 30 DE SEPTIEMBRE DE 1983.



FUENTE.CUADRO No. 25

GRAFICA NUMERO 4

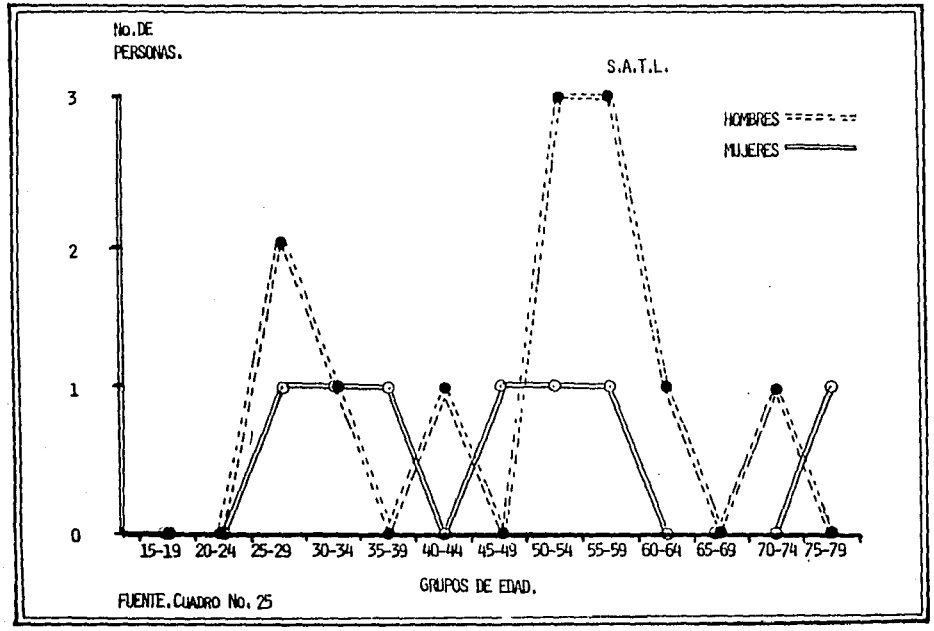
MANIFESTACION DE LA EVOLUCION NATURAL DE LA INFERMEDAD EN LA QUE SE DETECTO A LAS PERSONAS EN TRATAMIENTO CONTROLADO DE SIFILIS - POR GRUPOS DE EDAD Y SEXO.
SERVICIO DE MEDICINA PREVENTIVA DEL H G Z II No 1 MEXICALI B.C.
DEL 1ro DE ENERO DE 1982 AL 30 DE SEPTIEMBRE DE 1983.



GRAFICA NUMERO 5

ESTA TESIS NO DEBE
SALIR DE LA BIBLIOTECA

MANIFESTACION DE LA EVOLUCION NATURAL DE LA ENFERMEDAD EN LA QUE SE DETECTO A LAS PERSONAS EN TRATAMIENTO CONTROLADO DE SIFILIS - POR GRUPOS DE EDAD Y SEXO.
SERVICIO DE MEDICINA PREVENTIVA DEL H G Z II No 1 MEXICALI B.C.
DEL 1ro DE ENERO DE 1982 AL 30 DE SEPTIEMBRE DE 1983.



FUENTE.CUADRO No. 25

GRAFICA NUMERO 6

C O N C L U S I O N E S .

SE PUEDE DECIR QUE LA ENFERMEDAD DE SÍFILIS CONTINÚA-SIENDO UN GRAN PROBLEMA DE SALUD,AÚN EN NUESTRO MEDIO,YA -- QUE QUEDA APROXIMADAMENTE EN EL ANONIMATO UN 72.4% DE CON-- TACTOS (CONTACTOS NO UBICABLES) QUE ES LA PROPORCIÓN QUE EL CORRESPONDE A NUESTROS PACIENTES ESTUDIADOS AQUI EN EL HGZ-II No1,INDEPENDIENTEMENTE DE ELIMINAR A LAS FALSAS POSITI-- VAS,QUE SERÍAN EN ESTO POCO SIGNIFICATIVAS.

AHORA BIEN,LAS PERSONAS AFECTADAS DE ESTE PADECIMIEN- TO ES EL ADULTO JOVEN DE AMBOS SEXOS,COMPRENDIDOS EN LOS -- GRUPOS DE EDAD DE LOS 20 AÑOS A LOS 34 AÑOS,MÁS ESPECÍFICA-MENTE EN EL GRUPO DE LOS 25 A LOS 29 AÑOS. LA MANIFESTACIÓN DE LA EVOLUCIÓN NATURAL DE LA SÍFILIS,CON MAYOR FRECUENCIA-DIAGNOSTICADA,ES LA ADQUIRIDA RECIENTE LATENTE Y EL MANEJO POR IGUAL ES A BASE DE PENICILINA BENZATÍNICA A RAZÓN DE -- 2.4 MILLONES DE Us IM. POR SEMANA POR 3,ASI COMO CONTROL - SEROLÓGICO VDRL TRIMESTRAL POR 2 AÑOS Y UN ESTUDIO DE LCR A LOS 2 AÑOS.LA ALTERNATIVA DE ANTIBIÓTICO ES LA ERITROMICINA 500 MGS.X4X15 DÍAS VO. TANTO PARA LA MANIFESTACIÓN EVOLUTI-VA MENCIONADA ASI COMO PARA SARS Y SATL,ENCONTRÁNDOSE DIFE-RENCIA AL MANEJO TERAPÉUTICO EN RELACIÓN A LA LITERATURA RE VISADA.

LA DESERCIÓN AL TRATAMIENTO EN NUESTROS PACIENTES ES-DE EL 7.5% SIENDO ESTE UN VALOR SIGNIFICATIVO,CONSIDERÁNDO-LO PORQUE QUEDAN COMPRENDIDOS EN SU MAYORÍA EL ADULTO JOVEN SIN PAREJA SEXUAL DEFINIDA.

A LO QUE RESPECTA A LA ALTERACIÓN EN LA DINÁMICA FAMI LIAR ENCONTRAMOS,SEGUN LOS RESULTADOS DE LA APLICACIÓN DEL-APGAR FAMILIAR QUE CASI EN SU TOTALIDAD NO EXISTE APARENTE-MENTE DISFUNCIONALIDAD EN LA DINÁMICA EN EL NUCLEO FAMILIAR DE LAS PERSONAS ANTES VISITADAS.

AL HACER EN FORMA INTENSIONADA ALUCIÓN DEL PADECIMIEN

TO EN RELACIÓN DE QUE SI FUÉ O ES FACTOR DE ALTERACIÓN EN-LA DINÁMICA FAMILIAR;OBSERVAMOS QUE EN LOS MATRIMONIOS PRINCIPALMENTE DE PERSONAS JÓVENES,LO TOMAN COMO ALGO PASAJERO, QUE SUCEDIÓ SIN TENER LA MAYOR TRASCENDENCIA APARENTEMENTE; EN CAMBIO EN UNA PAREJA ESTO OCASIONÓ QUE SE SUSPENDIERA UN MATRIMONIO YA CON FECHA FIJADA PROVOCANDO RECHAZO POR PARTE DE LA MUJER.

EN OTRAS PERSONAS SE CONSERVA COMPLETAMENTE EN SECRETO SIN ENTERAR A LOS PADRES Y DEMAS MIEMBROS DE LA FAMILIA-VIÉNDOSE ESTA CONDUCTA EN EL ADULTO JOVEN SOLTERO.

EN CAMBIO EN EL ADULTO MADURO Y ANCIANOS ESTO GENERA-CONFUSIÓN TOMANDO UNA CONDUCTA INOCENTE,IGNORANDO EL PORQUÉ DE SU PADECIMIENTO ATRIBUYÉNDOLO A CAUSAS PRINCIPALMENTE DE TRABAJO EXCESIVO:OTRA FORMA ES EL HERMETISMO,CONCRETANDOSE A CONTESTAR EN FORMA TAJANTE PARA PERSUADIR LAS PREGUNTAS.

CON ESTO PUDIMOS OBSERVAR QUE EN LOS ENFERMOS DE SÍFILIS SURGE EL TEMOR,INSATISFACCIÓN Y DUDA DE RECIBIR RECHAZO DEL NÚCLEO FAMILIAR AL QUE PERTENECEN,POR LO CONCIGUIENTE - GENERA ALTERACIÓN EN EL ROL DEL PADRE,MADRE-ESPOSA,HIJOS HACIA ÉL.

PRESENTAN DESCONFIANZA PARA LA RESOLUCIÓN DE PROBLE--MAS EN FORMA CONJUNTA CON SU FAMILIA,Y OCASIONAR QUE SE DEGRADE EL AFECTO HACIA ELLOS.

CABE MENCIONAR QUE DE LAS FUNCIONES FAMILIARES QUE A-MERITAN ATENCIÓN EN ESTAS PERSONAS ENCONTRAMOS EL CUIDADO,-AFECTO Y POR ÚLTIMO EL ESTATUS,PROBABLEMENTE ATRIBUIBLE A-LA RELACIÓN DE ALCOHOLISMO,AUNQUE LA MAYORIA LO MANIFIESTAN EN FORMA SOCIAL,Y QUE DE UNA U OTRA FORMA INFLUYEN TANTO - ESTA TOXICOMANÍA Y SU ENFERMEDAD,PARA QUE ESTAS PERSONAS -- SEAN DISFUNCIONALES EN LA DINÁMICA DE SU FAMILIA.

B I B L I O G R A F I A .

1.- AMADO SAÚL .
LECCIONES DE DERMATOLOGIA.
EDITORIAL MENDEZ CERVANTES.
NOVENA EDICIÓN, 1979,PAG 129-147.

2.- ALFEÍ BEATRIZ Y COLS.
INVESTIGACIÓN DE CONTACTOS DE ENFERMOS DE SIFILIS.
BOLETIN DE LA OFICINA SANITARIA PANAMERICANA.
VOL. 95 NO 3-SEP-1983, PAG 253-259.

3.- CECIL LOEB.
TRATADO DE MEDICINA INTERNA.
EDITORIAL INTERAMERICANA.
DECIMOCUARTA EDICIÓN 1977, PAGS 489-502.

4.- HARRISON Y COLS.
MEDICINA INTERNA.
EDITORIAL LA PRENSA MÉDICA MEXICANA.
CUARTA EDICIÓN EN ESPAÑOL 1979
PAGS 992-1007.

5.- KRUGMAN WARD KATZ.
ENFERMEDADES INFECTO-CONTAGIOSAS
EDITORIAL INTERAMERICANA, SEXTA EDICIÓN.1979
PAGS 321-337.

6.- KRUPP MARCUS A. Y COLS.
DIAGNOSTICO CLINICO Y TRARAMIENTO.
EDITORIAL MANUAL MODERNO, 17VA. EDICIÓN .1982
PAGS986-997.

7.- KUMATE JESUS- GUTIERREZ GONZÁLO
MANUAL DE INFECTOLOGIA
EDICIONES MÉDICAS DEL HOSPITAL INFANTIL DE MÉXICO.
SEXTA EDICIÓN, 1978, PAGS 337-348.

8.- LA FAMILIA, UNIDAD DIDACTICA CURSO DE MEDICINA FAMILIAR
1982.

9.- LEÑERO LUIS.
LA FAMILIA, ESTRUCTURA Y DINÁMICA DE LA FAMILIA CONTEMPORÁNEA
ANUIES. 1976, PAGS 112-116.

10.- PAZ R RAMÓN.
SOCIOLOGIA.
UNIVERSIDAD AUTONOMA DE BAJA CALIFORNIA , 1983.
PAGS .71-85.

11.- SANCHEZ ASCONA JORGE.
FAMILIA Y SOCIEDAD,ETAPAS DE LA FAMILIA.
CUADERNOS DE JOAQUIN MORTIZ, TERCERA EDICIÓN,1980.
PAGS 25-47.

12.- SANTACRUZ VARELA JAVIER.
LA FAMILIA COMO UNIDAD DE ANALISIS.
REVISTA MÉDICA DEL I.M.S.S. VOL 21 NO 4,JULIO-AGOSTO 1983
PAGS 348-357.

13.- SAUNDERS W.B. & COLS.
MEDICAL CLINICS OF NORTH-AMERICA.
SYPHILIS AND OTHER VENEREAL DISEASES, VOL 48, NO 3 1964.
PHILADELPHIA.

CUESTIONARIO PARA ESTUDIO FAMILIAR
DE LOS CASOS PISTA Y CONTACTOS DE_
LUES.

1.- FAMILIA_____ CEDULA_____

DOMICILIO_____

CASO PISTA_____ SEXO_____

EDAD_____ OCUPACION _____

CONTACTO_____ SEXO_____

EDAD_____ OCUPACION_____

2.- GENERALIDADES DE LAS CARACTERISTICAS FAMILIARES DE LOS CASOS - PISTA Y CONTACTOS .

2-1. PUNTO DE VISTA DESARROLLO

2-1-1. MODERNA ( )
2-1-2 .TRADICIONAL ( )
2-1-3. ARCAICA ( )

2-2. PUNTO DE VISTA DEMOGRAFICO.

2-2-1. URBANA ( )
2-2-2. RURAL ( )

2-3. PUNTO DE VISTA DE COMPOSICIÓN.

2-3-1. NUCLEAR ( )
2-3-2. EXTENSA ( )
2-3-3. EXTENSA COMPUESTA ( )

2-4. PUNTO DE VISTA INTEGRACIÓN

2-4-1 INTEGRADA ( )
2-4-2 SEMI-INTEGRADA ( )
2-4-3 DESINTEGRADA ( )

2-5. PUNTO DE VISTA TIPOLOGICO.

2-5-1. CAMPESINA ( )
2-5-2. OBRERA ( )
2-5-3. PROFESIONISTA ( )

3. ESTRATIFICACIÓN ECONOMICA .

3-1. ESTRATO MARGINADO ( )
3-2. ESTRATO POPULAR ( )
3-3. ESTRATO MEDIO ( )
3-4 ESTRATO ALTO ( )

4. AMBIENTE FISICO SOCIAL (INFRAESTRUCTURA) DE LA VIVIENDA.

4-1 PROPIEDAD.

4-1-1. PROPIA ( )
4-1-2. ALQUILADA ( )
4-1-3. PRESTADA ( )

4-2 TIPO.

4-2-1. SOLA ( )
4-2-2. DEPARTAMENTO ( )
4-2-3. VECINDAD ( )
4-2-4. OTRAS ( )

4-3 AGUA.

4-3-1. ENTUBADA INTRADOMICILIARIA ( )
4-3-2. ENTUBADA EXTRADOMICILIARIA ( )
4-3-3. POZO O NORIA ( )
4-3-4. CANAL ( )
4-3-5. CARRO CISTERNA ( )

4-4. EXCRETAS .

4-4-1. ESCUSADO . ( )
4-4-2. LETRINA. ( )
4-4-3. FOSA SEPTICA. ( )
4-4-4. FECALISMO AL AIRE LIBRE . ( )

4-5. BASURA, DISPOSICIÓN.

4-5-1. SIN RECIPIENTE . ( )
4-5-2. RECIPIENTE SIN TAPA . ( )
4-5-3. RECIPIENTE CON TAPA. ( )

ELIMINACION .

4-5-4. SE LANZA A LA CALLE ( )
4-5-5. SE QUEMA O SE ENTIERRA ( )
4-5-6. RECOLECCIÓN ORGANIZADA. ( )

4-6. HABITACIÓN.

4-6-1. NO. DE CUARTOS. ( )
4-6-2. NO. DE CONVIVIENTES. ( )

5.- FASE DEL CICLO DE LA FAMILIA EN EL QUE ESTA INCLUIDO EL CASO PISTA Y CONTACTO .

5-1. MATRIMONIO. ( )
5-2. EXPANSIÓN. ( )
5-3. DISPERSIÓN. ( )
5-4. INDEPENDENCIA. ( )
5-5. RETIRO O MUERTE . ( )

6.- FUNCIONES DE LA FAMILIA QUE AMERITAN ANTENCIÓN.

6-1. SOCIALIZACIÓN . ( )
6-2. CUIDADO . ( )
6-3. AFECTO . ( )
6-4. REPRODUCCIÓN ( )
6-5. ESTATUS. ( )

7.- ALIMENTACIÓN.

7-1. BUENA EN CALIDAD Y CANTIDAD ( )
7-2. REGULAR EN CALIDAD Y CANTIDAD. ( )
7-3. MALA EN CALIDAD Y CANTIDAD . ( )

8.- TOXICOMANIA.

8-1. ALCOHOLISMO ( )
8-2. TABAQUISMO ( )
8-3. DROGADICCIÓN . ( )
8-4. SIN TOXICOMANIAS. ( )

9.- DINAMICA FAMILIAR .

9-1. APLICACIÓN DEL APGAR FAMILIAR AL CASO PISTA Y CONTACTO E INTEGRANTES DE SU FAMILIA .

10.- ASPECTO COGNOSCITIVO Y CONDUCTUAL DE SU ENFERMEDAD.

10-1.A QUE CAUSA LE ATRIBUYE USTED SU PADECIMIENTO .

_____

_____

10-1-1. SOBRENATURAL ( )
10-1-2. NATURAL. ( )
10-1-3. EMPIRICO. ( )
10-1-4. CIENTIFICO. ( )

10-2. SABE ALGUNA FORMA DE PREVENIR O EVITAR SU PADECIMIENTO.

SI ( )
NO ( )

_____

_____

10-3. A QUIEN ACUDIO POR PRIMERA VEZ AL SABER O TENER SOSPECHA DE QUE SE ENCONTRABA ENFERMO ..

10-3-1. A UN EMPIRICO. ( )
10-3-2. A UN FARMACEUTICO ( )
10-3-3. A UN MEDICO ( )

10-4. SABE UD. QUE TRATAMIENTO MEDICAMENTOSO Y EN GENERAL , SE SIGUE EN SU PADECIMIENTO .

10-4-1. SI ( )
10-4-2. NO ( )

_____

_____

_____

10-5. COMO CONSIDERA ESTA ENFERMEDAD.

10-5-1. NO IMPORTANTE ( )
10-5-2. POCO DELICADA ( )
10-5-3. DELICADA . ( )
10-5-4. GRAVE. ( )

POR QUE?_____

_____

10-6. CUAL ES EL MOTIVO POR EL CUAL UD. NO CONTINUO CON SU -- TRATAMIENTO.

10-6-1. CONSIDERA UD. QUE YA ESTA CURADO ( )
10-6-2. CONSIDERA UD QUE SU ENFERMEDAD-- NO ES IMPORTANTE . ( )
10-6-3. NO LE MORTIFICA A UD. SU SALUD-- ( )
10-6-4. LE ES IMPOSIBLE ACUDIR A LA INSTITUCIÓN DONDE ESTA SIENDO TRATADO . ( )

POR QUE_____

_____

10-6-5. OTRO MOTIVO , CUAL ES .

_____

_____ .

VALORACION FUNCIONES FAMILIARES

FAM :_____

FECHA:_____

FUNCIONES	PARAMETROS	PONDERAC 2 A	1 P	0 I	TOTAL.
REPRODUCCION.	SATISFACCIÓN SEXUAL DE LA PAREJA				
	BAÑARSE NIÑOS Y ADULTOS DEL MISMO SEXO				
	INTERGESTA APROPIADA DE ACUERDO A CARACTERÍSTICAS BINOMIO-PARTO				
	NO. HIJOS DESEADOS . DE ACUERDO A CAP. FAM. DE SOLUCIONAR NECESIDADES BAS				
	METODOS DE P. F., ACUERDO DE PAREJA.				
CUIDADO	CONTROL PRENATAL EN LOS EMBARAZOS DE LA MADRE				
	ESQUEMAS ADECUADOS DE INMUNIZACIONES				
	ASEO PERSONAL Y DE LA ROPA DE TODA LA FAMILIA				
	NO EXISTEN ENFERMEDADES PARASITARIA E INFECC. CRÓNICAS				
	NUTRICIÓN ADECUADA DE LOS NIÑOS				
AFECTO	LOS PADRES NO SON GOLPEADORES				
	TRASTORNOS DE CONDUCTA SIN ENFERMEDADES ORGÁNICAS .				
	FAMILIA CON ESPOSA MADRE				
	LLEVAN SUS HIJOS A JUEGOS O AL CAMPO 1 VEZ POR SEMANA				
	AYUDA EL PADRE A LA MADRE EN LAS LABORES DEL HOGAR				
SOCIALIZACION	UTILIZAN LENGUAJE SOCIALMENTE ACEPTADO				
	ALCOHOLISMO O DROGADICCIÓN				
	ESCOLARIDAD DE LOS NIÑOS DE ACUERDO A LA EDAD				
	ESTABLECEDORA DE RAPPORT CON EL EQUIPO DE SALUD				
	NO EXISTEN EXPULSIONES DE LOS NIÑOS DE LA ESCUELA				
STATUS	FAMILIA CON LIMITES JERARQUICOS DE AUTORIDAD				
	POCOS CAMBIOS DE TRABAJO DEL PADRE				
	EL HIJO MAYOR LLEVA EL NOMBRE DEL PADRE				
	EL PADRE TIENE ALGUN PUESTO DIRECTIVO EN SU EMPLEO				
	EXISTE UN AUXILIAR PARENTAL MOBIL .				

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
DELEGACION REGIONAL EN BAJA CALIFORNIA
LABORATORIO DE MEDICINA FAMILIAR

" CUESTIONARIO DE APGAR FAMILIAR "

FAMILIA : _____

NOMBRE DEL PACIENTE: _____

MARQUE CON UNA X LA RESPUESTA QUE USTED CREA CONVENIENTE :

	CASI SIEMPRE	ALGUNAS OCASIONES	NUNCA
1.- ME SIENTO SATISFECHO CON LA AYUDA QUE RECIBO DE MI FAMILIA CUANDO TENGO ALGÚN TRASTORNO.	_____	_____	_____
2.-ESTOY SATISFECHO CON LA MANERA EN QUE MI FAMILIA DISCUTE DE IGUAL ACUERDO E INTERÉS Y PARTICIPA EN LA RESOLUCIÓN DE PROBLEMAS CONMIGO .	_____	_____	_____
3.-ENCUENTRO QUE MI FAMILIA ACEPTA MIS DESEOS DE TOMAR NUEVAS ACTIVIDADES Ó HACER CAMBIOS EN MI ESTILO DE VIDA.	_____	_____	_____
4.-ESTOY SATISFECHO EN LA FORMA ENQUE MI FAMILIA EXPRESA AFECTO Y RESPONDE A MIS SENTIMIENTOS , TALES COMO IRA , AFLICCIÓN Y AMOR .	_____	_____	_____
5.- ESTOY SATISFECHO CON LA CANTIDAD DE TIEMPO QUE MI FAMILIA Y YO PASAMOS JUNTOS .	_____	_____	_____

_____ CALIFICACION TOTAL _____