

100 CAUSAS DE MORTALIDAD MAS FRECUENTES POR SEXO Y GRUPO DE EDAD 2000-2009

N°	DIAGNOSTICO		MASCULINO							TOTAL MASC	
	CODIGO	NOMBRE	-1	1 - 4.	5-14.	15-24	25-44	45-59	60-64		65+
1	C349	TUMOR MALIGNO DE LOS BRONQUIOS O DEL PULMON, PARTE NO ESPECIFICADA	0	0	0	1	5	8	8	33	55
2	J158	OTRAS NEUMONIAS BACTERIANAS	0	0	0	1	9	17	4	16	47
3	A419	SEPTICEMIA, NO ESPECIFICADA	0	0	0	0	7	13	4	13	37
4	J189	NEUMONIA, NO ESPECIFICADA	0	0	0	0	5	6	3	16	30
5	A418	OTRAS SEPTICEMIAS ESPECIFICADAS	0	0	0	6	7	5	0	10	28
6	N180	INSUFICIENCIA RENAL TERMINAL	0	0	0	2	6	3	3	3	17
7	J159	NEUMONIA BACTERIANA, NO ESPECIFICADA	0	0	0	1	3	2	2	7	15
8	C340	TUMOR MALIGNO DEL BRONQUIO PRINCIPAL	0	0	0	1	2	0	2	8	13
9	I219	INFARTO AGUDO DEL MIOCARDIO, SIN OTRA ESPECIFICACION	0	0	0	0	2	2	1	8	13
10	I269	EMBOLIA PULMONAR SIN MENCION DE CORAZON PULMONAR AGUDO	0	0	0	0	2	5	0	6	13
11	J440	ENFERMEDAD PULMONAR OBSTRUCTIVA CRONICA CON INFECCION AGUDA DE LAS VIAS RESPIRATORIAS INFERIORES	0	0	0	0	1	1	1	10	13
12	A160	TUBERCULOSIS DEL PULMON, CON EXAMEN BACTERIOLOGICO E HISTOLOGICO NEGATIVOS	0	0	0	0	3	6	0	3	12
13	A162	TUBERCULOSIS DE PULMON, SIN MENCION DE CONFIRMACION BACTERIOLOGICA O HISTOLOGICA	0	0	0	0	2	4	3	3	12
14	J181	NEUMONIA LOBAR, NO ESPECIFICADA	0	0	0	0	3	1	0	8	12
15	J90X	DERRAME PLEURAL NO CLASIFICADO EN OTRA PARTE	0	0	0	0	4	3	2	3	12
16	R571	CHOQUE HIPOVOLEMICO	0	0	0	0	3	4	1	4	12
17	J960	INSUFICIENCIA RESPIRATORIA AGUDA	0	0	0	0	2	6	2	1	11
18	I279	ENFERMEDAD PULMONAR DEL CORAZON, NO ESPECIFICADA	0	0	0	0	0	0	1	9	10
19	R042	HEMOPTISIS	0	0	0	1	3	3	0	3	10
20	J128	NEUMONIA DEBIDA A OTROS VIRUS	0	0	0	0	3	3	1	2	9
21	J80X	SINDROME DE DIFICULTAD RESPIRATORIA DEL ADULTO	0	0	0	1	3	2	0	3	9
22	C343	TUMOR MALIGNO DEL LOBULO INFERIOR, BRONQUIO O PULMON	0	0	0	0	1	2	1	4	8
23	D381	TUMOR DE COMPORTAMIENTO INCIERTO O DESCONOCIDO DE LA TRAQUEA, DE LOS BRONQUIOS Y DEL PULMON	0	0	0	0	1	1	0	6	8
24	J180	BRONCONEUMONIA, NO ESPECIFICADA	0	0	0	0	1	4	0	3	8
25	J448	OTRAS ENFERMEDADES PULMONARES OBSTRUCTIVAS CRONICAS ESPECIFICADAS	0	0	0	0	0	2	1	5	8
26	I500	INSUFICIENCIA CARDIACA CONGESTIVA	0	0	0	2	2	1	0	2	7
27	J449	ENFERMEDAD PULMONAR OBSTRUCTIVA CRONICA, NO ESPECIFICADA	0	0	0	0	1	1	0	5	7
28	J690	NEUMONITIS DEBIDA A ASPIRACION DE ALIMENTO O VOMITO	0	0	0	0	1	2	0	4	7
29	R570	CHOQUE CARDIOGENICO	0	0	0	2	1	0	1	3	7
30	I278	OTRAS ENFERMEDADES CARDIOPULMONARES ESPECIFICADAS	0	0	0	0	1	2	2	1	6
31	J841	OTRAS ENFERMEDADES PULMONARES INTERSTICIALES CON FIBROSIS	0	0	0	0	2	0	2	2	6
32	A150	TUBERCULOSIS DEL PULMON, CONFIRMADA POR HALLAZGO MICROSCOPICO DEL BACILO TUBERCULOSO EN ESPUTO, CON O SIN CULTIVO	0	0	0	0	1	1	2	1	5
33	A199	TUBERCULOSIS MILIAR, SIN OTRA ESPECIFICACION	0	0	0	2	0	2	1	0	5

100 CAUSAS DE MORTALIDAD MAS FRECUENTES POR SEXO Y GRUPO DE EDAD 2000-2009

N°	DIAGNOSTICO		MASCULINO							TOTAL MASC	
	CODIGO	NOMBRE	-1	1 - 4.	5-14.	15-24	25-44	45-59	60-64		65+
34	C450	MESOTELIOMA DE LA PLEURA	0	0	0	0	1	2	0	2	5
35	C629	TUMOR MALIGNO DEL TESTICULO, NO ESPECIFICADO	0	0	0	1	2	0	0	2	5
36	C780	TUMOR MALIGNO SECUNDARIO DEL PULMON	0	0	0	1	2	1	0	1	5
37	J81X	EDEMA PULMONAR	0	0	0	1	2	1	0	1	5
38	J869	PIOTORAX SIN FISTULA	0	0	0	0	0	3	0	2	5
39	J969	INSUFICIENCIA RESPIRATORIA, NO ESPECIFICADA	0	0	0	0	2	0	0	3	5
40	R578	OTRAS FORMAS DE CHOQUE	0	0	0	0	2	1	0	2	5
41	C329	TUMOR MALIGNO DE LA LARINGE, PARTE NO ESPECIFICADA	0	0	0	0	0	1	2	1	4
42	C341	TUMOR MALIGNO DEL LOBULO SUPERIOR, BRONQUIO O PULMON	0	0	0	0	0	1	0	3	4
43	E872	ACIDOSIS	0	0	0	0	0	2	0	2	4
44	I260	EMBOLIA PULMONAR CON MENCION DE CORAZON PULMONAR AGUDO	0	0	0	0	1	0	0	3	4
45	J948	OTRAS AFECCIONES ESPECIFICADAS DE LA PLEURA	0	0	0	0	1	0	0	3	4
46	J985	ENFERMEDADES DEL MEDIASTINO, NO CLASIFICADAS EN OTRA PARTE	0	0	0	0	3	1	0	0	4
47	K729	INSUFICIENCIA HEPATICA, NO ESPECIFICADA	0	0	0	0	1	3	0	0	4
48	N189	INSUFICIENCIA RENAL CRONICA, NO ESPECIFICADA	0	0	0	1	0	3	0	0	4
49	A152	TUBERCULOSIS DEL PULMON, CONFIRMADA HISTOLOGICAMENTE	0	0	0	0	2	0	0	1	3
50	A157	TUBERCULOSIS RESPIRATORIA PRIMARIA, CONFIRMADA BACTERIOLOGICA E HISTOLOGICAMENTE	0	0	0	0	1	1	0	1	3
51	C348	LESION DE SITIOS CONTIGUOS DE LOS BRONQUIOS Y DEL PULMON	0	0	0	0	0	2	1	0	3
52	C859	LINFOMA NO HODGKIN, NO ESPECIFICADO	0	0	0	2	0	1	0	0	3
53	D022	CARCINOMA IN SITU DEL BRONQUIO Y DEL PULMON	0	0	0	0	0	0	0	3	3
54	E662	OBESIDAD EXTREMA CON HIPOVENTILACION ALVEOLAR	0	0	0	1	1	0	0	1	3
55	I110	ENFERMEDAD CARDIACA HIPERTENSIVA CON INSUFICIENCIA CARDIACA (CONGESTIVA)	0	0	0	0	0	0	1	2	3
56	I440	BLOQUEO AURICULOVENTRICULAR DE PRIMER GRADO	0	0	0	0	0	0	1	2	3
57	I442	BLOQUEO AURICULOVENTRICULAR COMPLETO	0	0	0	0	0	1	0	2	3
58	J150	NEUMONIA DEBIDA A KLEBSIELLA PNEUMONIAE	0	0	0	0	0	1	1	1	3
59	J209	BRONQUITIS AGUDA, NO ESPECIFICADA	0	0	0	0	0	1	1	1	3
60	J961	INSUFICIENCIA RESPIRATORIA CRONICA	0	0	0	1	0	2	0	0	3
61	K750	ABSCESO DEL HIGADO	0	0	0	0	2	1	0	0	3
62	R092	PARO RESPIRATORIO	0	0	0	0	3	0	0	0	3
63	A156	PLEURESIA TUBERCULOSA, CONFIRMADA BACTERIOLOGICA E HISTOLOGICAMENTE	0	0	0	0	2	0	0	0	2
64	A165	PLEURESIA TUBERCULOSA, SIN MENCION DE CONFIRMACION BACTERIOLOGICA O HISTOLOGICA	0	0	0	0	0	1	0	1	2
65	A169	TUBERCULOSIS RESPIRATORIA NO ESPECIFICADA, SIN MENCION DE CONFIRMACION BACTERIOLOGICA O HISTOLOGICA	0	0	0	0	0	0	0	2	2
66	A191	TUBERCULOSIS MILIAR AGUDA DE SITIOS MULTIPLES	0	0	0	0	0	0	0	2	2

100 CAUSAS DE MORTALIDAD MAS FRECUENTES POR SEXO Y GRUPO DE EDAD 2000-2009

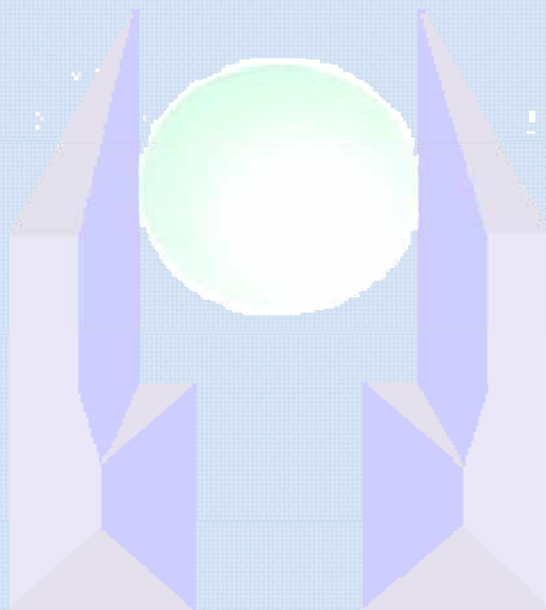
N°	DIAGNOSTICO		MASCULINO							TOTAL MASC	
	CODIGO	NOMBRE	-1	1 - 4.	5-14.	15-24	25-44	45-59	60-64		65+
67	A408	OTRAS SEPTICEMIAS ESTREPTOCOCICAS	0	0	0	0	1	1	0	0	2
68	A415	SEPTICEMIA DEBIDA A OTROS ORGANISMOS GRAMNEGATIVOS	0	0	0	0	0	1	0	1	2
69	A483	SINDROME DEL CHOQUE TOXICO	0	0	0	0	0	0	1	1	2
70	B206	ENFERMEDAD POR VIH, RESULTANTE EN NEUMONIA POR PNEUMOCYSTIS CARINII	0	0	0	0	1	1	0	0	2
71	B219	ENFERMEDAD POR VIH, RESULTANTE EN TUMORES MALIGNOS NO ESPECIFICADOS	0	0	0	0	0	1	1	0	2
72	B238	ENFERMEDAD POR VIH, RESULTANTE EN OTRAS AFECCIONES ESPECIFICADAS	0	0	0	0	1	1	0	0	2
73	C119	TUMOR MALIGNO DE LA NASOFARINGE, PARTE NO ESPECIFICADA	0	0	0	0	0	0	0	2	2
74	C189	TUMOR MALIGNO DEL COLON, PARTE NO ESPECIFICADA	0	0	0	0	0	0	0	2	2
75	C323	TUMOR MALIGNO DEL CARTILAGO LARINGEO	0	0	0	0	0	1	0	1	2
76	C342	TUMOR MALIGNO DEL LOBULO MEDIO, BRONQUIO O PULMON	0	0	0	0	0	1	0	1	2
77	C384	TUMOR MALIGNO DE LA PLEURA	0	0	0	0	1	0	0	1	2
78	C398	LESION DE SITIOS CONTIGUOS DE LOS ORGANOS RESPIRATORIOS E INTRATORACICOS	0	0	0	0	0	2	0	0	2
79	C771	TUMOR MALIGNO DE LOS GANGLIOS LINFATICOS INTRATORACICOS	0	0	0	0	1	1	0	0	2
80	C772	TUMOR MALIGNO DE LOS GANGLIOS LINFATICOS INTRAABDOMINALES	0	0	0	0	1	1	0	0	2
81	C80X	TUMOR MALIGNO DE SITIOS NO ESPECIFICADOS	0	0	0	0	1	0	0	1	2
82	C910	LEUCEMIA LINFOBLASTICA AGUDA	0	0	0	1	1	0	0	0	2
83	D190	TUMOR BENIGNO DEL TEJIDO MESOTELIAL DE LA PLEURA	0	0	0	0	0	1	0	1	2
84	D383	TUMOR DE COMPORTAMIENTO INCIERTO O DESCONOCIDO DEL MEDIASTINO	0	0	0	0	1	0	0	1	2
85	E148	DIABETES MELLITUS NO ESPECIFICADA, CON COMPLICACIONES NO ESPECIFICADAS	0	0	0	0	1	1	0	0	2
86	I150	HIPERTENSION RENOVASCULAR	0	0	0	0	0	1	0	1	2
87	I259	ENFERMEDAD ISQUEMICA CRONICA DEL CORAZON, NO ESPECIFICADA	0	0	0	0	0	0	0	2	2
88	I509	INSUFICIENCIA CARDIACA, NO ESPECIFICADA	0	0	0	0	0	0	0	2	2
89	J121	NEUMONIA DEBIDA A VIRUS SINCICIAL RESPIRATORIO	0	0	0	0	1	1	0	0	2
90	J129	NEUMONIA VIRAL, NO ESPECIFICADA	0	0	0	0	1	1	0	0	2
91	J188	OTRAS NEUMONIAS, DE MICROORGANISMO NO ESPECIFICADO	0	0	0	0	0	2	0	0	2
92	J849	ENFERMEDAD PULMONAR INTERSTICIAL, NO ESPECIFICADA	0	0	0	0	1	0	0	1	2
93	J931	OTROS TIPOS DE NEUMOTORAX ESPONTANEO	0	0	0	0	0	2	0	0	2
94	J938	OTROS NEUMOTORAX	0	0	0	0	1	1	0	0	2
95	J942	HEMOTORAX	0	0	0	1	0	0	0	1	2
96	J984	OTROS TRASTORNOS DEL PULMON	0	0	0	0	0	1	0	1	2
97	K650	PERITONITIS AGUDA	0	0	0	0	1	0	0	1	2
98	K704	INSUFICIENCIA HEPATICA ALCOHOLICA	0	0	0	0	0	2	0	0	2
99	N178	OTRAS INSUFICIENCIAS RENALES AGUDAS	0	0	0	0	0	0	1	1	2
100	K920	HEMATEMESIS	0	0	0	0	1	1	0	0	2
		OTROS	0	0	0	14	25	44	13	42	138
		TOTAL MASCULINO	0	0	0	44	156	211	71	313	795

En el periodo comprendido del año 2000 a 2009 el número de defunciones asciende a 1,443 dando un promedio anual de 144.3 de las cuáles el 44.9% (648 defunciones) corresponden al sexo femenino y el 55.1% (795 defunciones) al sexo masculino.

Es importante mencionar que el análisis de los resultados de las defunciones se realiza única y específicamente de acuerdo al diagnóstico del CIE-10 por lo que nos ubica solo en un diagnóstico preciso sin realizar agrupaciones por padecimientos semejantes como lo observaremos en el desarrollo analítico de la información.

Como primer causa de defunción tenemos al código J-158 (otras neumonías bacterianas) el cual representa el 6.44% del total de las defunciones, el Código C-349 (tumor maligno de bronquios o pulmón) representa el 5.27%, el A-419 (Septicemia no especificada) representa el 4.6%; el código J-90X (Derrame Pleural no especificado) el 3.33%; el J-189 (Neumonía no especificada) el 3.12%; el I-269 (Embolia pulmonar sin mención de corazón pulmonar agudo) el 2% al igual que el código R-571 (Choque hipovolémico); el Código N-180 (Insuficiencia renal terminal) representa el 1.8% y, finalmente el J-159 (Neumonía bacteriana no especificada) ocupa el décimo lugar con el 1.66% de las defunciones. Los otros conceptos equivalen al 65.9% teniendo una proporción entre mujeres y hombres del 34.88% y 33.46% respectivamente.

Con respecto a las entidades federativas el 46.92% (677 defunciones) corresponden al Distrito Federal y el 38.88% (561 defunciones) al Estado de México quedando el 14.2% entre las demás Entidades manteniendo la correlación entre mujeres y hombres.



CONSULTAS

2005



30 PRINCIPALES MOTIVOS DE CONSULTA DE NEUMOLOGÍA 2005.

N°	CODIGO	NOMBRE DIAGNOSTICO	-1		1-4		5-14		15-24		25-44		45-59		60-64		65+		TOTAL	TOTAL	TOTAL
			F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	FEM	MASC	GRAL
1	J449	ENFERMEDAD PULMONAR OBSTRUCTIVA CRONICA, NO ESPECIFICADA	0	0	0	0	14	3	69	55	285	192	696	419	367	244	1135	770	2566	1683	4249
2	J459	ASMA, NO ESPECIFICADO	0	0	0	3	5	0	118	60	606	145	458	137	90	41	186	99	1463	485	1948
3	J40X	BRONQUITIS, NO ESPECIFICADA COMO AGUDA O CRONICA	0	0	0	0	0	0	33	30	244	52	266	71	93	14	233	88	869	255	1124
4	J329	SINUSITIS CRONICA, NO ESPECIFICADA	0	0	0	0	0	0	27	47	186	140	236	107	69	41	137	90	655	425	1080
5	T659	EFFECTO TOXICO DE SUSTANCIA NO ESPECIFICADA	0	0	0	0	0	0	3	5	60	14	62	27	3	3	14	5	142	54	196
6	R05X	TOS	0	0	0	0	0	0	0	0	22	16	55	8	14	0	16	14	107	38	145
7	J90X	DERRAME PLEURAL NO CLASIFICADO EN OTRA PARTE	0	0	0	0	0	0	0	8	16	0	25	14	5	3	27	22	73	47	120
8	B206	ENFERMEDAD POR VIH, RESULTANTE EN NEUMONIA POR PNEUMOCYSTIS CARINII	0	0	0	0	0	0	3	14	19	58	3	5	5	0	3	3	33	80	113
9	J679	NEUMONITIS DEBIDA A HIPERSENSIBILIDAD A POLVO ORGANICO NO ESPECIFICADO	0	0	0	0	0	0	3	0	16	0	52	3	11	3	8	5	90	11	101
10	J849	ENFERMEDAD PULMONAR INTERSTICIAL, NO ESPECIFICADA	0	0	0	0	0	0	0	0	22	0	47	5	8	8	3	5	80	18	98
11	T658	EFFECTOS TOXICOS DE OTRAS SUSTANCIAS ESPECIFICADAS	0	0	0	0	0	0	0	0	16	5	38	5	3	0	3	5	60	15	75
12	J984	OTROS TRASTORNOS DEL PULMON	0	0	0	0	0	0	0	3	14	0	14	8	14	0	11	5	53	16	69
13	B24X	ENFERMEDAD POR VIRUS DE LA INMUNODEFICIENCIA HUMANA [VIH], SIN OTRA ESPECIFICACION	0	0	0	0	0	0	3	8	14	14	5	3	3	0	3	0	28	25	53
14	J42X	BRONQUITIS CRONICA NO ESPECIFICADA	0	0	0	0	0	0	0	3	5	8	3	0	3	3	19	8	30	22	52
15	I10X	HIPERTENSION ESENCIAL (PRIMARIA)	0	0	0	0	0	0	0	0	5	0	14	0	8	0	19	0	46	0	46
16	I279	ENFERMEDAD PULMONAR DEL CORAZON, NO ESPECIFICADA	0	0	0	0	0	0	0	0	0	8	8	0	0	3	16	11	24	22	46
17	J439	ENFISEMA, NO ESPECIFICADO	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	14	11	5	0	11	5	30	16	46
18	M329	LUPUS ERITEMATOSO SISTEMICO, SIN OTRA ESPECIFICACION	0	0	0	0	0	0	3	0	19	5	16	0	3	0	0	0	41	5	46
19	E662	OBESIDAD EXTREMA CON HIPOVENTILACION ALVEOLAR	0	0	0	0	0	0	3	0	8	5	16	8	0	0	3	0	30	13	43
20	B200	ENFERMEDAD POR VIH, RESULTANTE EN INFECCION POR MICOBACTERIAS	0	0	0	0	0	0	5	0	3	22	0	3	3	0	0	3	11	28	39
21	G473	APNEA DEL SUE/O	0	0	0	0	0	0	0	0	8	5	3	11	0	0	0	3	11	19	30
22	M069	ARTRITIS REUMATOIDE, NO ESPECIFICADA	0	0	0	0	0	0	0	0	3	3	8	3	8	0	5	0	24	6	30
23	A182	LINFADENOPATIA PERIFERICA TUBERCULOSA	0	0	0	0	3	0	4	0	5	3	0	5	0	3	5	0	17	11	28
24	E668	OTROS TIPOS DE OBESIDAD	0	0	0	0	0	0	0	0	8	3	5	3	0	0	3	3	16	9	25
25	A169	TUBERCULOSIS RESPIRATORIA NO ESPECIFICADA, SIN MENCION DE CONFIRMACION BACTERIOLOGICA O HISTOLOGICA	0	0	0	0	0	0	0	3	3	5	0	3	3	0	5	0	11	11	22
26	J029	FARINGITIS AGUDA, NO ESPECIFICADA	0	0	0	0	0	0	0	3	0	3	5	5	3	0	3	0	11	11	22
27	C349	TUMOR MALIGNO DE LOS BRONQUIOS O DEL PULMON, PARTE NO ESPECIFICADA	0	0	0	0	0	0	0	0	0	3	5	0	0	3	5	3	10	9	19
28	A199	TUBERCULOSIS MILIAR, SIN OTRA ESPECIFICACION	0	0	0	0	0	0	0	0	8	5	0	3	0	0	0	0	8	8	16
29	A162	TUBERCULOSIS DE PULMON, SIN MENCION DE CONFIRMACION BACTERIOLOGICA O HISTOLOGICA	0	0	0	0	0	0	0	0	5	0	3	0	3	0	0	0	11	0	11
30	C509	TUMOR MALIGNO DE LA MAMA, PARTE NO ESPECIFICADA	0	0	0	0	0	0	0	0	3	0	3	0	0	0	3	0	9	0	9
		OTROS	0	0	0	0	0	0	0	19	34	29	48	30	11	1	32	24	124	103	227
		TOTAL GENERAL 2005	0	0	0	3	22	3	274	258	1637	743	2108	897	735	370	1908	1171	6683	3445	10128



CONSULTAS POR ENTIDAD FEDERATIVA, RANGO DE EDAD SEXO Y DIAGNOSTICO DEL AÑO 2005

ENTIDAD	CODIGO	NOMBRE	RANGO DE EDAD								TOTAL FEM
			DIAGNOSTICO	-1	1-4	5-14	15-24	25-44	45-59	60-64	
AGUASCALIENTES	J449-J449	ENFERMEDAD PULMONAR OBSTRUCTIVA CRONICA, NO ESPECIFICADA	0	0	0	0	0	0	3	0	3
		AGUASCALIENTES	0	0	0	0	0	0	3	0	3
DISTRITO FEDERAL	J449-J449	ENFERMEDAD PULMONAR OBSTRUCTIVA CRONICA, NO ESPECIFICADA	0	0	11	55	225	540	280	929	2039
	J459-J459	ASMA, NO ESPECIFICADO	0	0	5	93	502	370	69	156	1195
	J40X-J40X	BRONQUITIS, NO ESPECIFICADA COMO AGUDA O CRONICA	0	0	0	25	197	206	74	189	691
	J329-J329	SINUSITIS CRONICA, NO ESPECIFICADA	0	0	0	19	126	167	47	104	463
	T659-T659	EFFECTO TOXICO DE SUSTANCIA NO ESPECIFICADA	0	0	0	3	52	52	0	11	118
	R05X-R05X	TOS	0	0	0	0	14	41	14	16	85
	J679-J679	NEUMONITIS DEBIDA A HIPERSENSIBILIDAD A POLVO ORGANICO NO ESPECIFICADO	0	0	0	0	16	47	5	8	77
	J849-J849	ENFERMEDAD PULMONAR INTERSTICIAL, NO ESPECIFICADA	0	0	0	0	16	38	5	3	63
	T658-T658	EFFECTOS TOXICOS DE OTRAS SUSTANCIAS ESPECIFICADAS	0	0	0	0	16	33	3	3	55
	J90X-J90X	DERRAME PLEURAL NO CLASIFICADO EN OTRA PARTE	0	0	0	0	11	16	3	16	47
	I10X-I10X	HIPERTENSION ESENCIAL (PRIMARIA)	0	0	0	0	5	14	3	14	36
	J984-J984	OTROS TRASTORNOS DEL PULMON	0	0	0	0	14	3	8	11	36
	M329-M329	LUPUS ERITEMATOSO SISTEMICO, SIN OTRA ESPECIFICACION	0	0	0	3	16	14	0	0	33
	B206-B206	ENFERMEDAD POR VIH, RESULTANTE EN NEUMONIA POR PNEUMOCYSTIS CARINII	0	0	0	3	16	3	5	3	30
	E112-E112	DIABETES MELLITUS NO INSULINODEPENDIENTE, CON COMPLICACIONES RENALES	0	0	0	0	0	25	3	0	27
	J42X-J42X	BRONQUITIS CRONICA NO ESPECIFICADA	0	0	0	0	3	3	3	19	27
	E662-E662	OBESIDAD EXTREMA CON HIPOVENTILACION ALVEOLAR	0	0	0	3	5	14	0	3	25
	B24X-B24X	ENFERMEDAD POR VIRUS DE LA INMUNODEFICIENCIA HUMANA [VIH], SIN OTRA ESPECIFICACION	0	0	0	3	14	3	3	0	22
	J439-J439	ENFISEMA, NO ESPECIFICADO	0	0	0	0	0	8	3	11	22
	M069-M069	ARTRITIS REUMATOIDE, NO ESPECIFICADA	0	0	0	0	3	5	8	5	22
	I279-I279	ENFERMEDAD PULMONAR DEL CORAZON, NO ESPECIFICADA	0	0	0	0	0	5	0	14	19
	A182-A182	LINFADENOPATIA PERIFERICA TUBERCULOSA	0	0	3	3	5	0	0	5	16
	E668-E668	OTROS TIPOS DE OBESIDAD	0	0	0	0	5	3	0	3	11
	F329-F329	EPISODIO DEPRESIVO, NO ESPECIFICADO	0	0	0	0	3	3	3	3	11
	A162-A162	TUBERCULOSIS DE PULMON, SIN MENCION DE CONFIRMACION BACTERIOLOGICA O HISTOLOGICA	0	0	0	0	5	0	3	0	8
	A169-A169	TUBERCULOSIS RESPIRATORIA NO ESPECIFICADA, SIN MENCION DE CONFIRMACION BACTERIOLOGICA O HISTOLOGICA	0	0	0	0	0	0	3	5	8
	A199-A199	TUBERCULOSIS MILIAR, SIN OTRA ESPECIFICACION	0	0	0	0	8	0	0	0	8
	B200-B200	ENFERMEDAD POR VIH, RESULTANTE EN INFECCION POR MICOBACTERIAS	0	0	0	3	3	0	3	0	8
	C349-C349	TUMOR MALIGNO DE LOS BRONQUIOS O DEL PULMON, PARTE NO ESPECIFICADA	0	0	0	0	0	5	0	3	8
	G473-G473	APNEA DEL SUE/O	0	0	0	0	5	3	0	0	8
		OTROS	0	0	0	0	23	15	3	23	60
		DISTRITO FEDERAL	0	0	19	213	1308	1636	551	1557	5278



CONSULTAS POR ENTIDAD FEDERATIVA, RANGO DE EDAD SEXO Y DIAGNOSTICO DEL AÑO 2005

EDO. DE MEXICO	J449-J449	ENFERMEDAD PULMONAR OBSTRUCTIVA CRONICA, NO ESPECIFICADA	0	0	3	11	58	145	77	192	485	
	J459-J459	ASMA, NO ESPECIFICADO	0	0	0	25	104	82	19	27	258	
	J329-J329	SINUSITIS CRONICA, NO ESPECIFICADA	0	0	0	5	58	60	19	30	173	
	J40X-J40X	BRONQUITIS, NO ESPECIFICADA COMO AGUDA O CRONICA	0	0	0	8	47	55	14	36	159	
	J90X-J90X	DERRAME PLEURAL NO CLASIFICADO EN OTRA PARTE	0	0	0	0	5	8	3	11	27	
	R05X-R05X	TOS	0	0	0	0	5	14	0	0	19	
	J849-J849	ENFERMEDAD PULMONAR INTERSTICIAL, NO ESPECIFICADA	0	0	0	0	5	8	3	0	16	
	T659-T659	EFECTO TOXICO DE SUSTANCIA NO ESPECIFICADA	0	0	0	0	5	5	3	3	16	
	J679-J679	NEUMONITIS DEBIDA A HIPERSENSIBILIDAD A POLVO ORGANICO NO ESPECIFICADO	0	0	0	3	0	5	5	0	14	
	J984-J984	OTROS TRASTORNOS DEL PULMON	0	0	0	0	0	8	5	0	14	
	I10X-I10X	HIPERTENSION ESENCIAL (PRIMARIA)	0	0	0	0	0	0	5	5	11	
	J181-J181	NEUMONIA LOBAR, NO ESPECIFICADA	0	0	0	0	5	0	0	3	8	
	M329-M329	LUPUS ERITEMATOSO SISTEMICO, SIN OTRA ESPECIFICACION	0	0	0	0	3	3	3	0	8	
	E662-E662	OBESIDAD EXTREMA CON HIPOVENTILACION ALVEOLAR	0	0	0	0	3	3	0	0	5	
	E668-E668	OTROS TIPOS DE OBESIDAD	0	0	0	0	3	3	0	0	5	
	I279-I279	ENFERMEDAD PULMONAR DEL CORAZON, NO ESPECIFICADA	0	0	0	0	0	3	0	3	5	
	J00X-J00X	RINOFARINGITIS AGUDA [RESFRIADO COMUN]	0	0	0	0	3	0	3	0	5	
	J029-J029	FARINGITIS AGUDA, NO ESPECIFICADA	0	0	0	0	0	3	3	0	5	
	J439-J439	ENFISEMA, NO ESPECIFICADO	0	0	0	0	0	5	0	0	5	
	T658-T658	EFECTOS TOXICOS DE OTRAS SUSTANCIAS ESPECIFICADAS	0	0	0	0	0	5	0	0	5	
	A162-A162	TUBERCULOSIS DE PULMON, SIN MENCION DE CONFIRMACION BACTERIOLOGICA O HISTOLOGICA	0	0	0	0	0	3	0	0	3	
	A169-A169	TUBERCULOSIS RESPIRATORIA NO ESPECIFICADA, SIN MENCION DE CONFIRMACION BACTERIOLOGICA O HISTOLOGICA	0	0	0	0	3	0	0	0	3	
	A182-A182	LINFADENOPATIA PERIFERICA TUBERCULOSA	0	0	0	3	0	0	0	0	3	
	B200-B200	ENFERMEDAD POR VIH, RESULTANTE EN INFECCION POR MICOBACTERIAS	0	0	0	3	0	0	0	0	3	
	B206-B206	ENFERMEDAD POR VIH, RESULTANTE EN NEUMONIA POR PNEUMOCYSTIS CARINII	0	0	0	0	3	0	0	0	3	
	B24X-B24X	ENFERMEDAD POR VIRUS DE LA INMUNODEFICIENCIA HUMANA [VIH], SIN OTRA ESPECIFICACION	0	0	0	0	0	3	0	0	3	
	C349-C349	TUMOR MALIGNO DE LOS BRONQUIOS O DEL PULMON, PARTE NO ESPECIFICADA	0	0	0	0	0	0	0	3	3	
	C509-C509	TUMOR MALIGNO DE LA MAMA, PARTE NO ESPECIFICADA	0	0	0	0	0	3	0	0	3	
	E112-E112	DIABETES MELLITUS NO INSULINODEPENDIENTE, CON COMPLICACIONES RENALES	0	0	0	0	0	0	0	3	3	
	F329-F329	EPISODIO DEPRESIVO, NO ESPECIFICADO	0	0	0	0	0	3	0	0	3	
				0	0	0	0	9	9	0	6	24
			EDO. DE MEXICO	0	0	3	58	319	436	162	322	1297



CONSULTAS POR ENTIDAD FEDERATIVA, RANGO DE EDAD SEXO Y DIAGNOSTICO DEL AÑO 2005

GUANAJUATO	T659-T659	EFFECTO TOXICO DE SUSTANCIA NO ESPECIFICADA	0	0	0	0	0	3	0	0	3
		GUANAJUATO	0	0	0	0	0	3	0	0	3
GUERRERO	J40X-J40X	BRONQUITIS, NO ESPECIFICADA COMO AGUDA O CRONICA	0	0	0	0	0	3	0	0	3
	J449-J449	ENFERMEDAD PULMONAR OBSTRUCTIVA CRONICA, NO ESPECIFICADA	0	0	0	3	0	0	0	0	3
		GUERRERO	0	0	0	3	0	3	0	0	6
HIDALGO	J449-J449	ENFERMEDAD PULMONAR OBSTRUCTIVA CRONICA, NO ESPECIFICADA	0	0	0	0	0	11	0	3	14
	J329-J329	SINUSITIS CRONICA, NO ESPECIFICADA	0	0	0	0	3	0	0	0	3
	J459-J459	ASMA, NO ESPECIFICADO	0	0	0	0	0	0	3	0	3
		HIDALGO	0	0	0	0	3	11	3	3	20
MICHOACAN	J40X-J40X	BRONQUITIS, NO ESPECIFICADA COMO AGUDA O CRONICA	0	0	0	0	0	3	3	5	11
	J449-J449	ENFERMEDAD PULMONAR OBSTRUCTIVA CRONICA, NO ESPECIFICADA	0	0	0	0	3	0	0	3	5
	J329-J329	SINUSITIS CRONICA, NO ESPECIFICADA	0	0	0	0	0	3	0	0	3
		MICHOACAN	0	0	0	0	3	6	3	8	19
MORELOS	J329-J329	SINUSITIS CRONICA, NO ESPECIFICADA	0	0	0	0	0	0	0	3	3
	J449-J449	ENFERMEDAD PULMONAR OBSTRUCTIVA CRONICA, NO ESPECIFICADA	0	0	0	0	0	0	3	0	3
		MORELOS	0	0	0	0	0	0	3	3	6
OAXACA	J329-J329	SINUSITIS CRONICA, NO ESPECIFICADA	0	0	0	3	0	0	3	0	5
	J449-J449	ENFERMEDAD PULMONAR OBSTRUCTIVA CRONICA, NO ESPECIFICADA	0	0	0	0	0	0	5	0	5
	J459-J459	ASMA, NO ESPECIFICADO	0	0	0	0	0	3	0	3	5
	B24X-B24X	ENFERMEDAD POR VIRUS DE LA INMUNODEFICIENCIA HUMANA [VIH], SIN OTRA ESPECIFICACION	0	0	0	0	0	0	0	3	3
	J00X-J00X	RINOFARINGITIS AGUDA [RESFRIADO COMUN]	0	0	0	0	0	3	0	0	3
	J40X-J40X	BRONQUITIS, NO ESPECIFICADA COMO AGUDA O CRONICA	0	0	0	0	0	0	3	0	3
	J439-J439	ENFISEMA, NO ESPECIFICADO	0	0	0	0	0	0	3	0	3
	R05X-R05X	TOS	0	0	0	0	3	0	0	0	3
	OAXACA	0	0	0	3	3	6	14	6	30	
PUEBLA	J329-J329	SINUSITIS CRONICA, NO ESPECIFICADA	0	0	0	0	0	3	0	0	3
		PUEBLA	0	0	0	0	0	3	0	0	3



CONSULTAS POR ENTIDAD FEDERATIVA, RANGO DE EDAD SEXO Y DIAGNOSTICO DEL AÑO 2005

SE IGNORA	J40X-J40X	BRONQUITIS, NO ESPECIFICADA COMO AGUDA O CRONICA	0	0	0	0	0	0	0	3	3
		SE IGNORA	0	0	0	0	0	0	0	3	3

TLAXCALA	J449-J449	ENFERMEDAD PULMONAR OBSTRUCTIVA CRONICA, NO ESPECIFICADA	0	0	0	0	0	0	0	3	3
		TLAXCALA	0	0	0	0	0	0	0	3	3

VERACRUZ	J449-J449	ENFERMEDAD PULMONAR OBSTRUCTIVA CRONICA, NO ESPECIFICADA	0	0	0	0	0	0	0	5	5
	J329-J329	SINUSITIS CRONICA, NO ESPECIFICADA	0	0	0	0	0	3	0	0	3
	J459-J459	ASMA, NO ESPECIFICADO	0	0	0	0	0	3	0	0	3
	J984-J984	OTROS TRASTORNOS DEL PULMON	0	0	0	0	0	3	0	0	3
		VERACRUZ	0	0	0	0	0	9	0	5	14

TOTAL FEMENINO 2005			0	0	22	274	1636	2108	735	1908	6683
---------------------	--	--	---	---	----	-----	------	------	-----	------	------



CONSULTAS POR ENTIDAD FEDERATIVA, RANGO DE EDAD SEXO Y DIAGNOSTICO DEL AÑO 2005

ENTIDAD	CODIGO	NOMBRE DIAGNOSTICO	-1	1-4	5-14	15-24	25-44	45-59	60-64	65+	TOTAL MASC	
			AGUASCALIENTES	J329-J329	SINUSITIS CRONICA, NO ESPECIFICADA	0	0	0	0	3		0
		AGUASCALIENTAS	0	0	0	0	3	0	0	0	3	
DISTRITO FEDERAL	J449-J449	ENFERMEDAD PULMONAR OBSTRUCTIVA CRONICA, NO ESPECIFICADA	0	0	3	52	184	395	208	721	1563	
	J459-J459	ASMA, NO ESPECIFICADO	0	3	0	58	129	126	38	99	453	
	J329-J329	SINUSITIS CRONICA, NO ESPECIFICADA	0	0	0	33	107	71	27	71	310	
	J40X-J40X	BRONQUITIS, NO ESPECIFICADA COMO AGUDA O CRONICA	0	0	0	25	49	52	11	74	211	
	B206-B206	ENFERMEDAD POR VIH, RESULTANTE EN NEUMONIA POR PNEUMOCYSTIS CARINII	0	0	0	14	58	5	0	0	77	
	T659-T659	EFFECTO TOXICO DE SUSTANCIA NO ESPECIFICADA	0	0	0	5	14	22	3	5	49	
	J90X-J90X	DERRAME PLEURAL NO CLASIFICADO EN OTRA PARTE	0	0	0	5	0	11	3	16	36	
	R05X-R05X	TOS	0	0	0	0	16	8	0	11	36	
	B200-B200	ENFERMEDAD POR VIH, RESULTANTE EN INFECCION POR MICOBACTERIAS	0	0	0	0	19	3	0	3	25	
	B24X-B24X	ENFERMEDAD POR VIRUS DE LA INMUNODEFICIENCIA HUMANA [VIH], SIN OTRA ESPECIFICACION	0	0	0	8	14	3	0	0	25	
	I279-I279	ENFERMEDAD PULMONAR DEL CORAZON, NO ESPECIFICADA	0	0	0	0	8	0	3	8	19	
	J42X-J42X	BRONQUITIS CRONICA NO ESPECIFICADA	0	0	0	3	5	0	3	8	19	
	G473-G473	APNEA DEL SUE/O	0	0	0	0	5	8	0	3	16	
	J439-J439	ENFISEMA, NO ESPECIFICADO	0	0	0	0	0	11	0	5	16	
	J849-J849	ENFERMEDAD PULMONAR INTERSTICIAL, NO ESPECIFICADA	0	0	0	0	0	5	8	3	16	
	T658-T658	EFFECTOS TOXICOS DE OTRAS SUSTANCIAS ESPECIFICADAS	0	0	0	0	5	5	0	5	16	
	E662-E662	OBESIDAD EXTREMA CON HIPOVENTILACION ALVEOLAR	0	0	0	0	5	8	0	0	14	
	A169-A169	TUBERCULOSIS RESPIRATORIA NO ESPECIFICADA, SIN MENCION DE CONFIRMACION BACTERIOLOGICA O HISTOLOGICA	0	0	0	3	5	3	0	0	11	
	A182-A182	LINFADENOPATIA PERIFERICA TUBERCULOSA	0	0	0	0	3	5	3	0	11	
	J029-J029	FARINGITIS AGUDA, NO ESPECIFICADA	0	0	0	3	3	5	0	0	11	
	J679-J679	NEUMONITIS DEBIDA A HIPERSENSIBILIDAD A POLVO ORGANICO NO ESPECIFICADO	0	0	0	0	0	3	3	5	11	
	J984-J984	OTROS TRASTORNOS DEL PULMON	0	0	0	0	0	8	0	3	11	
	A199-A199	TUBERCULOSIS MILIAR, SIN OTRA ESPECIFICACION	0	0	0	0	5	3	0	0	8	
	C349-C349	TUMOR MALIGNO DE LOS BRONQUIOS O DEL PULMON, PARTE NO ESPECIFICADA	0	0	0	0	3	0	3	3	8	
	C819-C819	ENFERMEDAD DE HODGKIN, NO ESPECIFICADA	0	0	0	8	0	0	0	0	8	
	E112-E112	DIABETES MELLITUS NO INSULINODEPENDIENTE, CON COMPLICACIONES RENALES	0	0	0	0	0	5	0	3	8	
	E668-E668	OTROS TIPOS DE OBESIDAD	0	0	0	0	3	3	0	3	8	
	I120-I120	ENFERMEDAD RENAL HIPERTENSIVA CON INSUFICIENCIA RENAL	0	0	0	0	3	5	0	0	8	
	J869-J869	PIOTORAX SIN FISTULA	0	0	0	0	3	3	0	0	5	
	J980-J980	ENFERMEDADES DE LA TRAQUEA Y DE LOS BRONQUIOS, NO CLASIFICADAS EN OTRA PARTE	0	0	0	0	3	0	0	3	5	
			OTROS	0	0	0	3	24	18	3	12	59
			DISTRITO FEDERAL	0	3	3	220	673	794	316	1064	3073



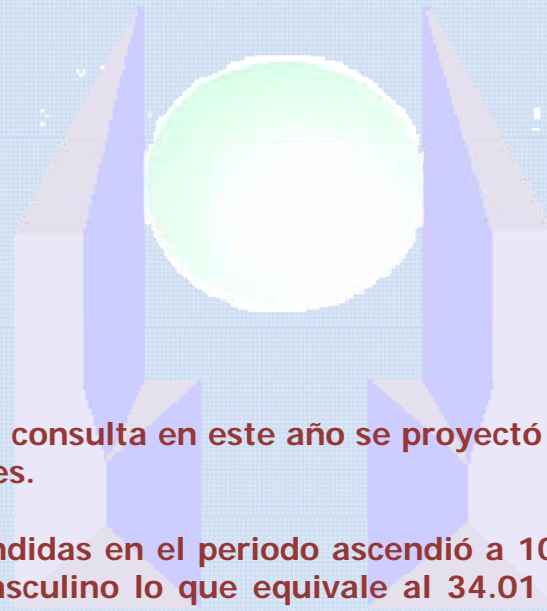
CONSULTAS POR ENTIDAD FEDERATIVA, RANGO DE EDAD SEXO Y DIAGNOSTICO DEL AÑO 2005

EDO. DE MEXICO	J449-J449	ENFERMEDAD PULMONAR OBSTRUCTIVA CRONICA, NO ESPECIFICADA	0	0	0	3	8	19	33	44	107
	J329-J329	SINUSITIS CRONICA, NO ESPECIFICADA	0	0	0	8	30	27	14	11	91
	J40X-J40X	BRONQUITIS, NO ESPECIFICADA COMO AGUDA O CRONICA	0	0	0	5	3	16	3	11	38
	J459-J459	ASMA, NO ESPECIFICADO	0	0	0	3	16	11	3	0	33
	J90X-J90X	DERRAME PLEURAL NO CLASIFICADO EN OTRA PARTE	0	0	0	0	0	3	0	5	8
	C819-C819	ENFERMEDAD DE HODGKIN, NO ESPECIFICADA	0	0	0	5	0	0	0	0	5
	B200-B200	ENFERMEDAD POR VIH, RESULTANTE EN INFECCION POR MICOBACTERIAS	0	0	0	0	3	0	0	0	3
	B206-B206	ENFERMEDAD POR VIH, RESULTANTE EN NEUMONIA POR PNEUMOCYSTIS CARINII	0	0	0	0	0	0	0	3	3
	D649-D649	ANEMIA DE TIPO NO ESPECIFICADO	0	0	0	0	0	0	0	3	3
	G473-G473	APNEA DEL SUE/O	0	0	0	0	0	3	0	0	3
	I279-I279	ENFERMEDAD PULMONAR DEL CORAZON, NO ESPECIFICADA	0	0	0	0	0	0	0	3	3
	J00X-J00X	RINOFARINGITIS AGUDA [RESFRIADO COMUN]	0	0	0	0	0	3	0	0	3
	J42X-J42X	BRONQUITIS CRONICA NO ESPECIFICADA	0	0	0	0	3	0	0	0	3
	J980-J980	ENFERMEDADES DE LA TRAQUEA Y DE LOS BRONQUIOS, NO CLASIFICADAS EN OTRA PARTE	0	0	0	0	3	0	0	0	3
	J984-J984	OTROS TRASTORNOS DEL PULMON	0	0	0	3	0	0	0	0	3
	J988-J988	OTROS TRASTORNOS RESPIRATORIOS ESPECIFICADOS	0	0	0	3	0	0	0	0	3
	M329-M329	LUPUS ERITEMATOSO SISTEMICO, SIN OTRA ESPECIFICACION	0	0	0	0	3	0	0	0	3
R05X-R05X	TOS	0	0	0	0	0	0	0	3	3	
T659-T659	EFEECTO TOXICO DE SUSTANCIA NO ESPECIFICADA	0	0	0	0	0	3	0	0	3	
		EDO. DE MÉXICO	0	0	0	30	69	85	53	83	321
GUANAJUATO	J449-J449	ENFERMEDAD PULMONAR OBSTRUCTIVA CRONICA, NO ESPECIFICADA	0	0	0	0	0	0	0	3	3
		GUANAJUATO	0	0	0	0	0	0	0	3	3
GUERRERO	J329-J329	SINUSITIS CRONICA, NO ESPECIFICADA	0	0	0	3	0	0	0	0	3
	J40X-J40X	BRONQUITIS, NO ESPECIFICADA COMO AGUDA O CRONICA	0	0	0	0	0	0	0	3	3
	J449-J449	ENFERMEDAD PULMONAR OBSTRUCTIVA CRONICA, NO ESPECIFICADA	0	0	0	0	0	0	0	3	3
	J849-J849	ENFERMEDAD PULMONAR INTERSTICIAL, NO ESPECIFICADA	0	0	0	0	0	0	0	3	3
		GUERRERO	0	0	0	3	0	0	0	9	12
MICHOACAN	J329-J329	SINUSITIS CRONICA, NO ESPECIFICADA	0	0	0	0	0	3	0	0	3
		MICHOACAN	0	0	0	0	0	3	0	0	3



CONSULTAS POR ENTIDAD FEDERATIVA, RANGO DE EDAD SEXO Y DIAGNOSTICO DEL AÑO 2005

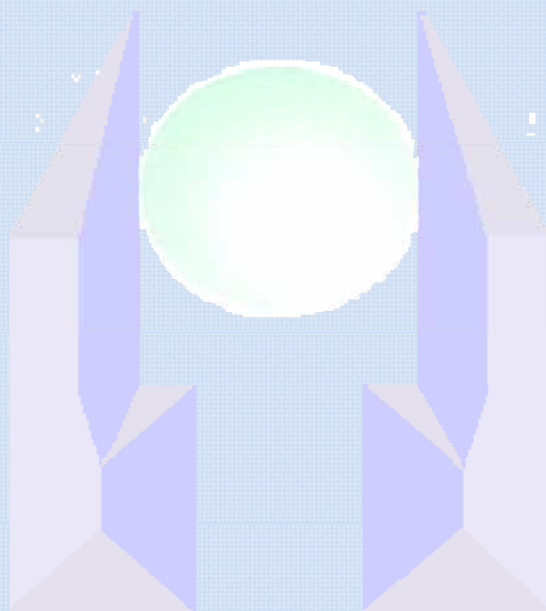
MORELOS	J329-J329	SINUSITIS CRONICA, NO ESPECIFICADA	0	0	0	0	0	3	0	3	5
		MORELOS	0	0	0	0	0	3	0	3	5
OAXACA	J329-J329	SINUSITIS CRONICA, NO ESPECIFICADA	0	0	0	3	0	0	0	3	5
		OAXACA	0	0	0	3	0	0	0	3	5
PUEBLA	J449-J449	ENFERMEDAD PULMONAR OBSTRUCTIVA CRONICA, NO ESPECIFICADA	0	0	0	0	0	5	0	0	5
	J90X-J90X	DERRAME PLEURAL NO CLASIFICADO EN OTRA PARTE	0	0	0	3	0	0	0	0	3
		PUEBLA	0	0	0	3	0	5	0	0	8
QUERETARO	J329-J329	SINUSITIS CRONICA, NO ESPECIFICADA	0	0	0	0	0	0	0	3	3
		QUERETARO	0	0	0	0	0	0	0	3	3
VERACRUZ	B371-B371	CANDIDIASIS PULMONAR	0	0	0	0	0	0	0	3	3
	J329-J329	SINUSITIS CRONICA, NO ESPECIFICADA	0	0	0	0	0	3	0	0	3
	J40X-J40X	BRONQUITIS, NO ESPECIFICADA COMO AGUDA O CRONICA	0	0	0	0	0	3	0	0	3
	J449-J449	ENFERMEDAD PULMONAR OBSTRUCTIVA CRONICA, NO ESPECIFICADA	0	0	0	0	0	0	3	0	3
	J984-J984	OTROS TRASTORNOS DEL PULMON	0	0	0	0	0	0	0	3	3
		VERACRUZ	0	0	0	0	0	6	3	6	15
TOTAL MASCULINO 2005			0	3	3	258	743	897	370	1171	3445



Es importante mencionar que el reporte de la consulta en este año se proyectó en un 63.53% ya que sólo se capturaron 3,654 consultas de las 10,128 consultas totales.

En el año 2005 la cantidad de consultas atendidas en el periodo ascendió a 10,128 de las cuales, 6,683 fueron para el sexo femenino (65.99%) y 3,445 fueron masculino lo que equivale al 34.01 %. Los padecimientos mas importantes fueron la Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica (J-449) con 4,249 consultas que equivalen al 41.95%, el Asma Bronquial, no especificado (J-459) con 1,948 consultas equivalentes al 19.23%, la Bronquitis Crónica, no especificada como aguda o crónica (J-40X) con 1,124 con el 11.10%, y la Sinusitis Crónica, no especificada (J-329) con 1,080 consultas que representan en 10.66% del total de la consulta.

Por entidad federativa resalta el hecho de que el Distrito Federal representa el mayor porcentaje de consultas para esta entidad con el 82.45 % (8,351 consultas) del global, para el Estado de México se atendieron 1,618 consultas (15.97%) quedando solo el 1.58% de las consultas para el resto de las entidades donde predominan el Estado de Veracruz, Guerrero y Oaxaca.



CONSULTAS

2006



30 PRINCIPALES MOTIVOS DE CONSULTA DE NEUMOLOGÍA 2006.

N°	CODIGO	NOMBRE	-1		1-4		5-14		15-24		25-44		45-59		60-64		65+		TOTAL	TOTAL	TOTAL
			F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	FEM	MASC	GRAL
1	J449	ENFERMEDAD PULMONAR OBSTRUCTIVA CRONICA, NO ESPECIFICADA	0	0	0	0	14	3	69	55	285	192	696	419	367	244	1135	770	2566	1683	4249
2	J459	ASMA, NO ESPECIFICADO	0	0	0	3	5	0	118	60	606	145	458	137	90	41	186	99	1463	485	1948
3	J40X	BRONQUITIS, NO ESPECIFICADA COMO AGUDA O CRONICA	0	0	0	0	0	0	33	30	244	52	266	71	93	14	233	88	869	255	1124
4	J329	SINUSITIS CRONICA, NO ESPECIFICADA	0	0	0	0	0	0	27	47	186	140	236	107	69	41	137	90	655	425	1080
5	T659	EFECTO TOXICO DE SUSTANCIA NO ESPECIFICADA	0	0	0	0	0	0	3	5	60	14	62	27	3	3	14	5	142	54	196
6	R05X	TOS	0	0	0	0	0	0	0	0	22	16	55	8	14	0	16	14	107	38	145
7	J90X	DERRAME PLEURAL NO CLASIFICADO EN OTRA PARTE	0	0	0	0	0	0	8	16	0	25	14	5	3	27	22	73	47	120	
8	B206	ENFERMEDAD POR VIH, RESULTANTE EN NEUMONIA POR PNEUMOCYSTIS CARINII	0	0	0	0	0	0	3	14	19	58	3	5	5	0	3	3	33	80	113
9	J679	NEUMONITIS DEBIDA A HIPERSENSIBILIDAD A POLVO ORGANICO NO ESPECIFICADO	0	0	0	0	0	0	3	0	16	0	52	3	11	3	8	5	90	11	101
10	J849	ENFERMEDAD PULMONAR INTERSTICIAL, NO ESPECIFICADA	0	0	0	0	0	0	0	0	22	0	47	5	8	8	3	5	80	18	98
11	T658	EFECTOS TOXICOS DE OTRAS SUSTANCIAS ESPECIFICADAS	0	0	0	0	0	0	0	0	16	5	38	5	3	0	3	5	60	15	75
12	J984	OTROS TRASTORNOS DEL PULMON	0	0	0	0	0	0	3	14	0	14	8	14	0	11	5	53	16	69	
13	B24X	ENFERMEDAD POR VIRUS DE LA INMUNODEFICIENCIA HUMANA [VIH], SIN OTRA ESPECIFICACION	0	0	0	0	0	0	3	8	14	14	5	3	3	0	3	0	28	25	53
14	J42X	BRONQUITIS CRONICA NO ESPECIFICADA	0	0	0	0	0	0	3	5	8	3	0	3	3	19	8	30	22	52	
15	I10X	HIPERTENSION ESENCIAL (PRIMARIA)	0	0	0	0	0	0	0	5	0	14	0	8	0	19	0	46	0	46	
16	I279	ENFERMEDAD PULMONAR DEL CORAZON, NO ESPECIFICADA	0	0	0	0	0	0	0	0	8	8	0	0	3	16	11	24	22	46	
17	J439	ENFISEMA, NO ESPECIFICADO	0	0	0	0	0	0	0	0	0	14	11	5	0	11	5	30	16	46	
18	M329	LUPUS ERITEMATOSO SISTEMICO, SIN OTRA ESPECIFICACION	0	0	0	0	0	0	3	0	19	5	16	0	3	0	0	0	41	5	46
19	E662	OBESIDAD EXTREMA CON HIPOVENTILACION ALVEOLAR	0	0	0	0	0	0	3	0	8	5	16	8	0	0	3	0	30	13	43
20	B200	ENFERMEDAD POR VIH, RESULTANTE EN INFECCION POR MICOBACTERIAS	0	0	0	0	0	0	5	0	3	22	0	3	3	0	0	3	11	28	39
21	G473	APNEA DEL SUE/O	0	0	0	0	0	0	0	8	5	3	11	0	0	0	3	11	19	30	
22	M069	ARTRITIS REUMATOIDE, NO ESPECIFICADA	0	0	0	0	0	0	0	3	3	8	3	8	0	5	0	24	6	30	
23	A182	LINFADENOPATIA PERIFERICA TUBERCULOSA	0	0	0	0	3	0	4	0	5	3	0	5	0	3	5	0	17	11	28
24	E668	OTROS TIPOS DE OBESIDAD	0	0	0	0	0	0	0	8	3	5	3	0	0	3	3	16	9	25	
25	A169	TUBERCULOSIS RESPIRATORIA NO ESPECIFICADA, SIN MENCION DE CONFIRMACION BACTERIOLOGICA O HISTOLOGICA	0	0	0	0	0	0	3	3	5	0	3	3	0	5	0	11	11	22	
26	J029	FARINGITIS AGUDA, NO ESPECIFICADA	0	0	0	0	0	0	3	0	3	5	5	3	0	3	0	11	11	22	
27	C349	TUMOR MALIGNO DE LOS BRONQUIOS O DEL PULMON, PARTE NO ESPECIFICADA	0	0	0	0	0	0	0	0	3	5	0	0	3	5	3	10	9	19	
28	A199	TUBERCULOSIS MILIAR, SIN OTRA ESPECIFICACION	0	0	0	0	0	0	0	8	5	0	3	0	0	0	0	8	8	16	
29	A162	TUBERCULOSIS DE PULMON, SIN MENCION DE CONFIRMACION BACTERIOLOGICA O HISTOLOGICA	0	0	0	0	0	0	0	5	0	3	0	3	0	0	0	11	0	11	
30	C509	TUMOR MALIGNO DE LA MAMA, PARTE NO ESPECIFICADA	0	0	0	0	0	0	0	3	0	3	0	0	0	3	0	9	0	9	
		OTROS	0	0	0	0	0	0	19	34	29	48	30	11	1	32	24	124	103	227	
		TOTAL GENERAL 2005	0	0	0	3	22	3	274	258	1637	743	2108	897	735	370	1908	1171	6683	3445	10128

CONSULTAS POR ENTIDAD FEDERATIVA, RANGO DE EDAD SEXO Y DIAGNOSTICO DEL AÑO 2006

ENTIDAD	CODIGO	NOMBRE									TOTAL
			DIAGNOSTICO	-1	1-4	5-14	15-24	25-44	45-59	60-64	65+
CHIAPAS	J449-J449	ENFERMEDAD PULMONAR OBSTRUCTIVA CRONICA, NO ESPECIFICADA	0	0	0	0	0	1	0	1	2
	A162-A162	TUBERCULOSIS DE PULMON, SIN MENCION DE CONFIRMACION BACTERIOLOGICA O HISTOLOGICA	0	0	0	0	0	0	0	1	1
	J42X-J42X	BRONQUITIS CRONICA NO ESPECIFICADA	0	0	0	0	0	1	0	0	1
	J459-J459	ASMA, NO ESPECIFICADO	0	0	0	0	0	0	0	1	1
	M348-M348	OTRAS FORMAS DE ESCLEROSIS SISTEMICA	0	0	0	0	1	0	0	0	1
			CHIAPAS	0	0	0	0	1	2	0	3
CHIHUAHUA	E662-E662	OBESIDAD EXTREMA CON HIPOVENTILACION ALVEOLAR	0	0	0	0	0	1	0	0	1
		CHIHUAHUA	0	0	0	0	0	1	0	0	1
COAHUILA	E662-E662	OBESIDAD EXTREMA CON HIPOVENTILACION ALVEOLAR	0	0	0	0	0	1	0	0	1
		COAHUILA	0	0	0	0	0	1	0	0	1



CONSULTAS POR ENTIDAD FEDERATIVA, RANGO DE EDAD SEXO Y DIAGNOSTICO DEL AÑO 2006

DISTRITO FEDERAL	J449-J449	ENFERMEDAD PULMONAR OBSTRUCTIVA CRONICA, NO ESPECIFICADA	0	0	0	14	117	370	182	686	1369
	J459-J459	ASMA, NO ESPECIFICADO	0	0	3	100	383	250	49	69	854
	J410-J410	BRONQUITIS CRONICA SIMPLE	0	0	0	10	59	135	43	100	347
	J42X-J42X	BRONQUITIS CRONICA NO ESPECIFICADA	0	0	0	6	61	100	46	95	308
	J329-J329	SINUSITIS CRONICA, NO ESPECIFICADA	0	0	0	11	78	69	20	24	202
	A162-A162	TUBERCULOSIS DE PULMON, SIN MENCION DE CONFIRMACION BACTERIOLOGICA O HISTOLOGICA	0	0	0	11	61	59	11	28	170
	J849-J849	ENFERMEDAD PULMONAR INTERSTICIAL, NO ESPECIFICADA	0	0	0	0	31	65	13	13	122
	E662-E662	OBESIDAD EXTREMA CON HIPOVENTILACION ALVEOLAR	0	0	0	5	29	61	14	11	120
	A182-A182	LINFADENOPATIA PERIFERICA TUBERCULOSA	0	0	1	13	34	30	6	15	99
	J40X-J40X	BRONQUITIS, NO ESPECIFICADA COMO AGUDA O CRONICA	0	0	1	1	25	19	18	29	93
	J679-J679	NEUMONITIS DEBIDA A HIPERSENSIBILIDAD A POLVO ORGANICO NO ESPECIFICADO	0	0	0	1	20	51	14	6	92
	J90X-J90X	DERRAME PLEURAL NO CLASIFICADO EN OTRA PARTE	0	0	0	1	18	36	10	15	80
	Z711-Z711	PERSONA QUE TEME ESTAR ENFERMA, A QUIEN NO SE HACE DIAGNOSTICO	0	0	0	8	26	26	4	16	80
	G473-G473	APNEA DEL SUEÑO	0	0	0	0	19	36	8	10	73
	I279-I279	ENFERMEDAD PULMONAR DEL CORAZON, NO ESPECIFICADA	0	0	0	3	10	14	9	26	62
	A168-A168	OTRAS TUBERCULOSIS RESPIRATORIAS, SIN MENCION DE CONFIRMACION	0	0	0	5	14	23	3	13	58
	J984-J984	OTROS TRASTORNOS DEL PULMON	0	0	0	0	9	30	4	14	57
	C349-C349	TUMOR MALIGNO DE LOS BRONQUIOS O DEL PULMON, PARTE NO ESPECIFICADA	0	0	0	0	8	16	6	18	48
	J841-J841	OTRAS ENFERMEDADES PULMONARES INTERSTICIALES CON FIBROSIS	0	0	0	1	5	20	4	16	46
	R05X-R05X	TOS	0	0	0	0	9	19	3	5	36
	T659-T659	EFECTO TOXICO DE SUSTANCIA NO ESPECIFICADA	0	0	0	1	9	20	1	4	35
	I10X-I10X	HIPERTENSION ESENCIAL (PRIMARIA)	0	0	0	0	6	9	1	18	34
	J189-J189	NEUMONIA, NO ESPECIFICADA	0	0	0	0	9	14	4	6	33
	M329-M329	LUPUS ERITEMATOSO SISTEMICO, SIN OTRA ESPECIFICACION	0	0	0	3	23	6	0	0	32
	Z508-Z508	ATENCION POR OTROS PROCEDIMIENTOS DE REHABILITACION	0	0	0	0	4	14	3	9	30
	M069-M069	ARTRITIS REUMATOIDE, NO ESPECIFICADA	0	0	0	0	3	14	4	8	29
	C509-C509	TUMOR MALIGNO DE LA MAMA, PARTE NO ESPECIFICADA	0	0	0	0	5	10	3	6	24
	A199-A199	TUBERCULOSIS MILIAR, SIN OTRA ESPECIFICACION	0	0	0	6	9	3	1	4	23
	J439-J439	ENFISEMA, NO ESPECIFICADO	0	0	0	1	4	3	3	9	20
	J304-J304	RINITIS ALERGICA, NO ESPECIFICADA	0	0	0	1	14	4	0	0	19
		OTROS TRASTORNOS DEL PULMON	0	0	0	25	109	125	19	83	361
	DISTRITO FEDERAL	0	0	5	227	1211	1651	506	1356	4956	


CONSULTAS POR ENTIDAD FEDERATIVA, RANGO DE EDAD SEXO Y DIAGNOSTICO DEL AÑO 2006

EDO. DE MEXICO	J449-J449	ENFERMEDAD PULMONAR OBSTRUCTIVA CRONICA, NO ESPECIFICADA	0	0	1	4	41	110	54	198	408
	J459-J459	ASMA, NO ESPECIFICADO	0	0	0	41	153	78	16	29	317
	J42X-J42X	BRONQUITIS CRONICA NO ESPECIFICADA	0	0	0	6	31	75	18	58	188
	A162-A162	TUBERCULOSIS DE PULMON, SIN MENCION DE CONFIRMACION BACTERIOLOGICA O HISTOLOGICA	0	0	0	14	49	51	16	15	145
	J329-J329	SINUSITIS CRONICA, NO ESPECIFICADA	0	0	0	5	19	20	3	9	56
	J679-J679	NEUMONITIS DEBIDA A HIPERSENSIBILIDAD A POLVO ORGANICO NO ESPECIFICADO	0	0	0	0	23	18	4	4	49
	E662-E662	OBESIDAD EXTREMA CON HIPOVENTILACION ALVEOLAR	0	0	0	0	18	16	8	3	45
	I279-I279	ENFERMEDAD PULMONAR DEL CORAZON, NO ESPECIFICADA	0	0	0	0	4	14	5	18	41
	J849-J849	ENFERMEDAD PULMONAR INTERSTICIAL, NO ESPECIFICADA	0	0	0	1	11	21	1	4	38
	J841-J841	OTRAS ENFERMEDADES PULMONARES INTERSTICIALES CON FIBROSIS	0	0	0	0	8	8	8	11	35
	C349-C349	TUMOR MALIGNO DE LOS BRONQUIOS O DEL PULMON, PARTE NO ESPECIFICADA	0	0	0	0	5	9	4	14	32
	J410-J410	BRONQUITIS CRONICA SIMPLE	0	0	0	0	8	6	8	10	32
	I10X-I10X	HIPERTENSION ESENCIAL (PRIMARIA)	0	0	0	0	4	9	1	11	25
	A182-A182	LINFADENOPATIA PERIFERICA TUBERCULOSA	0	0	0	1	8	3	3	8	23
	J90X-J90X	DERRAME PLEURAL NO CLASIFICADO EN OTRA PARTE	0	0	0	0	10	10	3	0	23
	J984-J984	OTROS TRASTORNOS DEL PULMON	0	0	0	3	4	5	4	6	22
	J189-J189	NEUMONIA, NO ESPECIFICADA	0	0	0	3	4	5	1	5	18
	G473-G473	APNEA DEL SUE/O	0	0	0	1	5	6	1	4	17
	J941-J941	FIBROTORAX	0	0	0	0	0	6	6	5	17
	J40X-J40X	BRONQUITIS, NO ESPECIFICADA COMO AGUDA O CRONICA	0	0	0	0	1	8	3	3	15
	Z711-Z711	PERSONA QUE TEME ESTAR ENFERMA, A QUIEN NO SE HACE DIAGNOSTICO	0	0	0	0	5	6	0	3	14
	T659-T659	EFECTO TOXICO DE SUSTANCIA NO ESPECIFICADA	0	0	0	0	6	4	1	0	11
	J304-J304	RINITIS ALERGICA, NO ESPECIFICADA	0	0	0	3	5	0	0	0	8
	J398-J398	OTRAS ENFERMEDADES ESPECIFICADAS DE LAS VIAS RESPIRATORIAS SUPERIORES	0	0	0	1	3	3	0	1	8
	C509-C509	TUMOR MALIGNO DE LA MAMA, PARTE NO ESPECIFICADA	0	0	0	0	4	3	0	0	7
	I269-I269	EMBOLIA PULMONAR SIN MENCION DE CORAZON PULMONAR AGUDO	0	0	0	0	3	1	0	3	7
	J439-J439	ENFISEMA, NO ESPECIFICADO	0	0	0	0	0	3	0	4	7
	Z488-Z488	OTROS CUIDADOS ESPECIFICADOS POSTERIORES A LA CIRUGIA	0	0	0	0	3	3	0	1	7
	A192-A192	TUBERCULOSIS MILIAR AGUDA, NO ESPECIFICADA	0	0	0	1	1	4	0	0	6
	M329-M329	LUPUS ERITEMATOSO SISTEMICO, SIN OTRA ESPECIFICACION	0	0	0	3	3	0	0	0	6
	OTROS	0	0	0	15	48	77	15	34	189	
	EDO. DE MEXICO		0	0	1	102	486	582	183	461	1816

CONSULTAS POR ENTIDAD FEDERATIVA, RANGO DE EDAD SEXO Y DIAGNOSTICO DEL AÑO 2006

GUANAJUATO	I279-I279	ENFERMEDAD PULMONAR DEL CORAZON, NO ESPECIFICADA	0	0	0	0	0	0	1	0	1
	K219-K219	ENFERMEDAD DEL REFLUJO GASTROESOFAGICO SIN ESOFAGITIS	0	0	0	0	0	1	0	0	1
	GUANAJUATO		0	0	0	0	0	1	1	0	2
GUERRERO	J449-J449	ENFERMEDAD PULMONAR OBSTRUCTIVA CRONICA, NO ESPECIFICADA	0	0	0	0	1	5	4	3	13
	J459-J459	ASMA, NO ESPECIFICADO	0	0	0	1	1	1	1	0	4
	A162-A162	TUBERCULOSIS DE PULMON, SIN MENCION DE CONFIRMACION BACTERIOLOGICA O HISTOLOGICA	0	0	0	0	0	0	0	1	1
	A168-A168	OTRAS TUBERCULOSIS RESPIRATORIAS, SIN MENCION DE CONFIRMACION	0	0	0	0	0	1	0	0	1
	A181-A181	TUBERCULOSIS DEL APARATO GENITOURINARIO	0	0	0	0	0	0	0	1	1
	C509-C509	TUMOR MALIGNO DE LA MAMA, PARTE NO ESPECIFICADA	0	0	0	0	0	1	0	0	1
	E662-E662	OBESIDAD EXTREMA CON HIPOVENTILACION ALVEOLAR	0	0	0	0	1	0	0	0	1
	J029-J029	FARINGITIS AGUDA, NO ESPECIFICADA	0	0	0	0	0	1	0	0	1
	J188-J188	OTRAS NEUMONIAS, DE MICROORGANISMO NO ESPECIFICADO	0	0	0	0	0	1	0	0	1
	J329-J329	SINUSITIS CRONICA, NO ESPECIFICADA	0	0	0	0	0	0	0	1	1
	J40X-J40X	BRONQUITIS, NO ESPECIFICADA COMO AGUDA O CRONICA	0	0	0	0	0	0	1	0	1
	J42X-J42X	BRONQUITIS CRONICA NO ESPECIFICADA	0	0	0	0	0	0	1	0	1
	J680-J680	BRONQUITIS Y NEUMONITIS DEBIDAS A INHALACION DE GASES, HUMOS, VAPORES Y SUSTANCIAS QUIMICAS	0	0	0	0	0	0	1	0	1
	J841-J841	OTRAS ENFERMEDADES PULMONARES INTERSTICIALES CON FIBROSIS	0	0	0	0	0	1	0	0	1
	J90X-J90X	DERRAME PLEURAL NO CLASIFICADO EN OTRA PARTE	0	0	0	0	0	1	0	0	1
	J941-J941	FIBROTORAX	0	0	0	0	0	0	1	0	1
	Z930-Z930	TRAQUEOSTOMIA	0	0	0	0	0	0	1	0	1
GUERRERO		0	0	0	1	3	12	10	6	32	
HIDALGO	J459-J459	ASMA, NO ESPECIFICADO	0	0	0	0	6	4	1	0	11
	J90X-J90X	DERRAME PLEURAL NO CLASIFICADO EN OTRA PARTE	0	0	0	1	4	1	0	0	6
	J449-J449	ENFERMEDAD PULMONAR OBSTRUCTIVA CRONICA, NO ESPECIFICADA	0	0	0	0	0	1	1	3	5
	J42X-J42X	BRONQUITIS CRONICA NO ESPECIFICADA	0	0	0	0	0	1	1	1	3
	C349-C349	TUMOR MALIGNO DE LOS BRONQUIOS O DEL PULMON, PARTE NO ESPECIFICADA	0	0	0	0	0	1	0	0	1
	E142-E142	DIABETES MELLITUS NO ESPECIFICADA, CON COMPLICACIONES RENALES	0	0	0	0	0	1	0	0	1
	J849-J849	ENFERMEDAD PULMONAR INTERSTICIAL, NO ESPECIFICADA	0	0	0	0	0	1	0	0	1
	M348-M348	OTRAS FORMAS DE ESCLEROSIS SISTEMICA	0	0	0	1	0	0	0	0	1
	N832-N832	OTROS QUISTES OVARICOS Y LOS NO ESPECIFICADOS	0	0	0	0	0	1	0	0	1
	Z711-Z711	PERSONA QUE TEME ESTAR ENFERMA, A QUIEN NO SE HACE DIAGNOSTICO	0	0	0	0	0	1	0	0	1
HIDALGO		0	0	0	2	10	12	3	4	31	

CONSULTAS POR ENTIDAD FEDERATIVA, RANGO DE EDAD SEXO Y DIAGNOSTICO DEL AÑO 2006

MICHOACAN	J42X-J42X	BRONQUITIS CRONICA NO ESPECIFICADA	0	0	0	0	1	3	3	4	11
	J449-J449	ENFERMEDAD PULMONAR OBSTRUCTIVA CRONICA, NO ESPECIFICADA	0	0	0	0	0	1	0	4	5
	E662-E662	OBESIDAD EXTREMA CON HIPOVENTILACION ALVEOLAR	0	0	0	0	0	3	0	0	3
	M069-M069	ARTRITIS REUMATOIDE, NO ESPECIFICADA	0	0	0	0	0	0	0	3	3
	I269-I269	EMBOLIA PULMONAR SIN MENCION DE CORAZON PULMONAR AGUDO	0	0	0	0	0	1	1	0	2
	B49X-B49X	MICOSIS, NO ESPECIFICADA	0	0	0	0	0	0	0	1	1
	C349-C349	TUMOR MALIGNO DE LOS BRONQUIOS O DEL PULMON, PARTE NO ESPECIFICADA	0	0	0	0	0	0	0	1	1
	C509-C509	TUMOR MALIGNO DE LA MAMA, PARTE NO ESPECIFICADA	0	0	0	0	0	1	0	0	1
	I279-I279	ENFERMEDAD PULMONAR DEL CORAZON, NO ESPECIFICADA	0	0	0	0	0	0	0	1	1
	J189-J189	NEUMONIA, NO ESPECIFICADA	0	0	0	0	0	1	0	0	1
	J398-J398	OTRAS ENFERMEDADES ESPECIFICADAS DE LAS VIAS RESPIRATORIAS SUPERIORES	0	0	0	0	0	1	0	0	1
	J410-J410	BRONQUITIS CRONICA SIMPLE	0	0	0	0	0	0	0	1	1
	J439-J439	ENFISEMA, NO ESPECIFICADO	0	0	0	0	0	0	0	1	1
	J679-J679	NEUMONITIS DEBIDA A HIPERSENSIBILIDAD A POLVO ORGANICO NO ESPECIFICADO	0	0	0	0	0	1	0	0	1
	J984-J984	OTROS TRASTORNOS DEL PULMON	0	0	0	0	0	1	0	0	1
R05X-R05X	TOS	0	0	0	0	0	1	0	0	1	
MICHOACAN			0	0	0	0	1	14	4	16	35

MORELOS	J459-J459	ASMA, NO ESPECIFICADO	0	0	0	0	1	4	0	0	5
	J42X-J42X	BRONQUITIS CRONICA NO ESPECIFICADA	0	0	0	0	1	1	0	1	3
	A162-A162	TUBERCULOSIS DE PULMON, SIN MENCION DE CONFIRMACION BACTERIOLOGICA O HISTOLOGICA	0	0	0	0	1	0	0	1	2
	J410-J410	BRONQUITIS CRONICA SIMPLE	0	0	0	0	1	1	0	0	2
	J449-J449	ENFERMEDAD PULMONAR OBSTRUCTIVA CRONICA, NO ESPECIFICADA	0	0	0	1	1	0	0	0	2
	M329-M329	LUPUS ERITEMATOSO SISTEMICO, SIN OTRA ESPECIFICACION	0	0	0	1	1	0	0	0	2
	A192-A192	TUBERCULOSIS MILIAR AGUDA, NO ESPECIFICADA	0	0	0	0	0	0	0	1	1
	E662-E662	OBESIDAD EXTREMA CON HIPOVENTILACION ALVEOLAR	0	0	0	0	0	1	0	0	1
	J679-J679	NEUMONITIS DEBIDA A HIPERSENSIBILIDAD A POLVO ORGANICO NO ESPECIFICADO	0	0	0	0	0	1	0	0	1
	R074-R074	DOLOR EN EL PECHO, NO ESPECIFICADO	0	0	0	0	0	1	0	0	1
MORELOS			0	0	0	2	6	9	0	3	20



CONSULTAS POR ENTIDAD FEDERATIVA, RANGO DE EDAD SEXO Y DIAGNOSTICO DEL AÑO 2006

NAYARIT	A162-A162	TUBERCULOSIS DE PULMON, SIN MENCION DE CONFIRMACION BACTERIOLOGICA O HISTOLOGICA	0	0	0	0	0	1	0	0	1
	C859-C859	LINFOMA NO HODGKIN, NO ESPECIFICADO	0	0	0	0	0	0	0	1	1
	NAYARIT		0	0	0	0	0	1	0	1	2
NUEVO LEON	J449-J449	ENFERMEDAD PULMONAR OBSTRUCTIVA CRONICA, NO ESPECIFICADA	0	0	0	0	1	1	0	0	2
	J459-J459	ASMA, NO ESPECIFICADO	0	0	0	0	1	0	0	0	1
	NUEVO LEON		0	0	0	0	2	1	0	0	3
OAXACA	J449-J449	ENFERMEDAD PULMONAR OBSTRUCTIVA CRONICA, NO ESPECIFICADA	0	0	0	0	0	3	0	9	12
	J42X-J42X	BRONQUITIS CRONICA NO ESPECIFICADA	0	0	0	0	3	1	0	3	7
	A162-A162	TUBERCULOSIS DE PULMON, SIN MENCION DE CONFIRMACION BACTERIOLOGICA O HISTOLOGICA	0	0	0	0	1	1	0	0	2
	E662-E662	OBESIDAD EXTREMA CON HIPOVENTILACION ALVEOLAR	0	0	0	0	0	1	0	0	1
	S223-S223	FRACTURA DE COSTILLA	0	0	0	0	0	0	0	1	1
	OAXACA		0	0	0	0	4	6	0	13	23
OTROS PAISES DE LATINOAMERICA	J449-J449	ENFERMEDAD PULMONAR OBSTRUCTIVA CRONICA, NO ESPECIFICADA	0	0	0	0	0	0	0	1	1
	OTROS PAISES DE LATINOAMERICA		0	0	0	0	0	0	0	1	1
PUEBLA	J449-J449	ENFERMEDAD PULMONAR OBSTRUCTIVA CRONICA, NO ESPECIFICADA	0	0	0	0	0	8	4	6	18
	A162-A162	TUBERCULOSIS DE PULMON, SIN MENCION DE CONFIRMACION BACTERIOLOGICA O HISTOLOGICA	0	0	0	3	1	4	0	0	8
	J42X-J42X	BRONQUITIS CRONICA NO ESPECIFICADA	0	0	0	0	3	1	0	3	7
	C349-C349	TUMOR MALIGNO DE LOS BRONQUIOS O DEL PULMON, PARTE NO ESPECIFICADA	0	0	0	0	0	0	0	4	4
	J459-J459	ASMA, NO ESPECIFICADO	0	0	0	0	1	3	0	0	4
	A182-A182	LINFADENOPATIA PERIFERICA TUBERCULOSA	0	0	0	1	1	0	0	0	2
	I279-I279	ENFERMEDAD PULMONAR DEL CORAZON, NO ESPECIFICADA	0	0	0	0	0	1	0	1	2
	J410-J410	BRONQUITIS CRONICA SIMPLE	0	0	0	0	0	1	1	0	2
	E038-E038	OTROS HIPOTIROIDISMOS ESPECIFICADOS	0	0	0	0	0	1	0	0	1
	E662-E662	OBESIDAD EXTREMA CON HIPOVENTILACION ALVEOLAR	0	0	0	0	0	0	0	1	1
	I10X-I10X	HIPERTENSION ESENCIAL (PRIMARIA)	0	0	0	0	0	1	0	0	1
	J329-J329	SINUSITIS CRONICA, NO ESPECIFICADA	0	0	0	0	0	1	0	0	1
	J841-J841	OTRAS ENFERMEDADES PULMONARES INTERSTICIALES CON FIBROSIS	0	0	0	0	0	1	0	0	1
	J984-J984	OTROS TRASTORNOS DEL PULMON	0	0	0	0	0	0	0	1	1
	K295-K295	GASTRITIS CRONICA, NO ESPECIFICADA	0	0	0	0	0	0	1	0	1
	Z711-Z711	PERSONA QUE TEME ESTAR ENFERMA, A QUIEN NO SE HACE DIAGNOSTICO	0	0	0	0	0	1	0	0	1
PUEBLA		0	0	0	4	6	23	6	16	55	



CONSULTAS POR ENTIDAD FEDERATIVA, RANGO DE EDAD SEXO Y DIAGNOSTICO DEL AÑO 2006

QUERETARO	I10X-I10X	HIPERTENSION ESENCIAL (PRIMARIA)	0	0	0	0	0	0	0	1	1
	J449-J449	ENFERMEDAD PULMONAR OBSTRUCTIVA CRONICA, NO ESPECIFICADA	0	0	0	0	0	0	0	1	1
	QUERETARO		0	0	0	0	0	0	0	0	2
QUINTANA ROO	A192-A192	TUBERCULOSIS MILIAR AGUDA, NO ESPECIFICADA	0	0	0	0	0	0	0	1	1
	QUINTANA ROO		0	0	0	0	0	0	0	0	1
SAN LUIS POTOSI	J449-J449	ENFERMEDAD PULMONAR OBSTRUCTIVA CRONICA, NO ESPECIFICADA	0	0	0	0	1	0	0	0	1
	SAN LUIS POTOSI		0	0	0	0	1	0	0	0	0
SE IGNORA	Z711-Z711	PERSONA QUE TEME ESTAR ENFERMA, A QUIEN NO SE HACE DIAGNOSTICO	0	0	0	0	1	0	0	0	1
	SE IGNORA		0	0	0	0	1	0	0	0	0
TLAXCALA	C349-C349	TUMOR MALIGNO DE LOS BRONQUIOS O DEL PULMON, PARTE NO ESPECIFICADA	0	0	0	0	0	0	0	1	1
	J329-J329	SINUSITIS CRONICA, NO ESPECIFICADA	0	0	0	0	0	0	1	0	1
	J42X-J42X	BRONQUITIS CRONICA NO ESPECIFICADA	0	0	0	0	0	0	1	0	1
	J449-J449	ENFERMEDAD PULMONAR OBSTRUCTIVA CRONICA, NO ESPECIFICADA	0	0	0	0	0	0	0	1	1
	J679-J679	NEUMONITIS DEBIDA A HIPERSENSIBILIDAD A POLVO ORGANICO NO ESPECIFICADO	0	0	0	0	0	1	0	0	1
	J90X-J90X	DERRAME PLEURAL NO CLASIFICADO EN OTRA PARTE	0	0	0	0	0	0	0	1	1
	Z488-Z488	OTROS CUIDADOS ESPECIFICADOS POSTERIORES A LA CIRUGIA	0	0	0	1	0	0	0	0	1
TLAXCALA		0	0	0	1	0	1	2	3	7	
VERACRUZ	J459-J459	ASMA, NO ESPECIFICADO	0	0	0	0	3	4	0	1	8
	A162-A162	TUBERCULOSIS DE PULMON, SIN MENCION DE CONFIRMACION BACTERIOLOGICA O HISTOLOGICA	0	0	0	0	3	1	0	1	5
	J449-J449	ENFERMEDAD PULMONAR OBSTRUCTIVA CRONICA, NO ESPECIFICADA	0	0	0	0	1	1	0	3	5
	J329-J329	SINUSITIS CRONICA, NO ESPECIFICADA	0	0	0	1	0	0	0	3	4
	A199-A199	TUBERCULOSIS MILIAR, SIN OTRA ESPECIFICACION	0	0	0	0	1	0	0	0	1
	C509-C509	TUMOR MALIGNO DE LA MAMA, PARTE NO ESPECIFICADA	0	0	0	0	0	1	0	0	1
	J189-J189	NEUMONIA, NO ESPECIFICADA	0	0	0	0	0	1	0	0	1
	J410-J410	BRONQUITIS CRONICA SIMPLE	0	0	0	0	1	0	0	0	1
	J42X-J42X	BRONQUITIS CRONICA NO ESPECIFICADA	0	0	0	0	0	0	0	1	1
	J841-J841	OTRAS ENFERMEDADES PULMONARES INTERSTICIALES CON FIBROSIS	0	0	0	0	0	0	0	1	1
M069-M069	ARTRITIS REUMATOIDE, NO ESPECIFICADA	0	0	0	0	1	0	0	0	1	
VERACRUZ		0	0	0	1	10	8	0	10	29	

CONSULTAS POR ENTIDAD FEDERATIVA, RANGO DE EDAD SEXO Y DIAGNOSTICO DEL AÑO 2006

ZACATECAS	C189-C189	TUMOR MALIGNO DEL COLON, PARTE NO ESPECIFICADA	0	0	0	0	0	0	0	1	1
	J449-J449	ENFERMEDAD PULMONAR OBSTRUCTIVA CRONICA, NO ESPECIFICADA	0	0	0	0	0	0	0	1	1
	ZACATECAS		0	0	0	0	0	0	0	0	2
TOTAL FEMENINO 2006			0	0	6	340	1743	2325	715	1898	7027



CONSULTAS POR ENTIDAD FEDERATIVA, RANGO DE EDAD SEXO Y DIAGNOSTICO DEL AÑO 2006

ENTIDAD	CODIGO	NOMBRE DIAGNOSTICO	RANGO DE EDAD								TOTAL MASC
			-1	1-4	5-14	15-24	25-44	45-59	60-64	65+	
AGUASCALIENTES	C349-C349	TUMOR MALIGNO DE LOS BRONQUIOS O DEL PULMON, PARTE NO ESPECIFICADA	0	0	0	0	0	0	1	0	1
		AGUASCALIENTES	0	0	0	0	0	0	1	0	1
CHIAPAS	J449-J449	ENFERMEDAD PULMONAR OBSTRUCTIVA CRONICA, NO ESPECIFICADA	0	0	0	0	0	0	0	1	1
	J941-J941	FIBROTORAX	0	0	0	0	0	0	0	1	1
		CHIAPAS	0	0	0	0	0	0	0	2	2
COLIMA	J449-J449	ENFERMEDAD PULMONAR OBSTRUCTIVA CRONICA, NO ESPECIFICADA	0	0	0	0	0	1	0	0	1
		COLIMA	0	0	0	0	0	1	0	0	1


CONSULTAS POR ENTIDAD FEDERATIVA, RANGO DE EDAD SEXO Y DIAGNOSTICO DEL AÑO 2006

DISTRITO FEDERAL	J449-J449	ENFERMEDAD PULMONAR OBSTRUCTIVA CRONICA, NO ESPECIFICADA	0	0	0	24	109	260	108	459	960
	J459-J459	ASMA, NO ESPECIFICADO	0	0	8	45	105	51	6	43	258
	A162-A162	TUBERCULOSIS DE PULMON, SIN MENCION DE CONFIRMACION BACTERIOLOGICA O HISTOLOGICA	0	0	1	13	66	30	5	28	143
	J410-J410	BRONQUITIS CRONICA SIMPLE	0	0	0	6	26	36	13	40	121
	J42X-J42X	BRONQUITIS CRONICA NO ESPECIFICADA	0	0	0	6	20	29	11	39	105
	A182-A182	LINFADENOPATIA PERIFERICA TUBERCULOSA	0	0	0	9	34	14	6	10	73
	G473-G473	APNEA DEL SUE/O	0	0	0	4	26	30	3	5	68
	J329-J329	SINUSITIS CRONICA, NO ESPECIFICADA	0	0	1	10	25	11	3	11	61
	C349-C349	TUMOR MALIGNO DE LOS BRONQUIOS O DEL PULMON, PARTE NO ESPECIFICADA	0	0	0	3	8	21	8	16	56
	I279-I279	ENFERMEDAD PULMONAR DEL CORAZON, NO ESPECIFICADA	0	0	0	0	11	23	4	18	56
	B200-B200	ENFERMEDAD POR VIH, RESULTANTE EN INFECCION POR MICOBACTERIAS	0	0	0	11	31	6	0	1	49
	E662-E662	OBESIDAD EXTREMA CON HIPOVENTILACION ALVEOLAR	0	0	0	1	21	11	4	8	45
	J40X-J40X	BRONQUITIS, NO ESPECIFICADA COMO AGUDA O CRONICA	0	0	0	5	9	14	3	9	40
	A168-A168	OTRAS TUBERCULOSIS RESPIRATORIAS, SIN MENCION DE CONFIRMACION	0	0	0	3	10	10	1	11	35
	T659-T659	EFECTO TOXICO DE SUSTANCIA NO ESPECIFICADA	0	0	0	0	18	13	3	0	34
	Z711-Z711	PERSONA QUE TEME ESTAR ENFERMA, A QUIEN NO SE HACE DIAGNOSTICO	0	0	0	5	8	5	6	10	34
	J189-J189	NEUMONIA, NO ESPECIFICADA	0	0	0	3	10	5	3	8	29
	J849-J849	ENFERMEDAD PULMONAR INTERSTICIAL, NO ESPECIFICADA	0	0	0	0	15	4	1	8	28
	J90X-J90X	DERRAME PLEURAL NO CLASIFICADO EN OTRA PARTE	0	0	0	0	5	9	3	9	26
	J984-J984	OTROS TRASTORNOS DEL PULMON	0	0	0	0	5	13	3	5	26
	J439-J439	ENFISEMA, NO ESPECIFICADO	0	0	0	0	4	10	0	11	25
	B206-B206	ENFERMEDAD POR VIH, RESULTANTE EN NEUMONIA POR PNEUMOCYSTIS CARINII	0	0	0	4	18	0	0	0	22
	Z508-Z508	ATENCION POR OTROS PROCEDIMIENTOS DE REHABILITACION	0	0	0	1	9	5	4	1	20
	A199-A199	TUBERCULOSIS MILIAR, SIN OTRA ESPECIFICACION	0	0	0	3	10	3	0	3	19
	J304-J304	RINITIS ALERGICA, NO ESPECIFICADA	0	0	0	1	6	8	0	1	16
	J841-J841	OTRAS ENFERMEDADES PULMONARES INTERSTICIALES CON FIBROSIS	0	0	0	0	1	5	4	5	15
	I10X-I10X	HIPERTENSION ESENCIAL (PRIMARIA)	0	0	0	0	4	1	3	6	14
	T658-T658	EFECTOS TOXICOS DE OTRAS SUSTANCIAS ESPECIFICADAS	0	0	0	1	4	5	1	3	14
	J398-J398	OTRAS ENFERMEDADES ESPECIFICADAS DE LAS VIAS RESPIRATORIAS SUPERIORES	0	0	0	3	3	3	0	4	13
	J679-J679	NEUMONITIS DEBIDA A HIPERSENSIBILIDAD A POLVO ORGANICO NO ESPECIFICADO	0	0	0	0	6	4	0	3	13
		OTROS	0	0	3	16	85	74	13	44	235
		DISTRITO FEDERAL	0	0	13	177	712	713	219	819	2653

CONSULTAS POR ENTIDAD FEDERATIVA, RANGO DE EDAD SEXO Y DIAGNOSTICO DEL AÑO 2006

EDO. DE MEXICO	J449-J449	ENFERMEDAD PULMONAR OBSTRUCTIVA CRONICA, NO ESPECIFICADA	0	0	0	1	33	63	29	88	214
	A162-A162	TUBERCULOSIS DE PULMON, SIN MENCION DE CONFIRMACION BACTERIOLOGICA O HISTOLOGICA	0	0	0	10	24	28	5	9	76
	J42X-J42X	BRONQUITIS CRONICA NO ESPECIFICADA	0	0	0	0	14	20	8	13	55
	J459-J459	ASMA, NO ESPECIFICADO	0	0	0	13	24	13	1	4	55
	J439-J439	ENFISEMA, NO ESPECIFICADO	0	0	0	0	1	5	4	11	21
	C349-C349	TUMOR MALIGNO DE LOS BRONQUIOS O DEL PULMON, PARTE NO ESPECIFICADA	0	0	0	0	0	5	4	10	19
	J90X-J90X	DERRAME PLEURAL NO CLASIFICADO EN OTRA PARTE	0	0	0	3	8	1	1	5	18
	J410-J410	BRONQUITIS CRONICA SIMPLE	0	0	0	0	3	3	5	4	15
	B200-B200	ENFERMEDAD POR VIH, RESULTANTE EN INFECCION POR MICOBACTERIAS	0	0	0	1	8	4	0	0	13
	G473-G473	APNEA DEL SUE/O	0	0	0	0	5	6	0	1	12
	E662-E662	OBESIDAD EXTREMA CON HIPOVENTILACION ALVEOLAR	0	0	0	3	3	4	1	0	11
	A182-A182	LINFADENOPATIA PERIFERICA TUBERCULOSA	0	0	0	6	3	0	1	0	10
	I279-I279	ENFERMEDAD PULMONAR DEL CORAZON, NO ESPECIFICADA	0	0	0	0	3	5	1	1	10
	A168-A168	OTRAS TUBERCULOSIS RESPIRATORIAS, SIN MENCION DE CONFIRMACION	0	0	0	0	1	3	3	1	8
	J329-J329	SINUSITIS CRONICA, NO ESPECIFICADA	0	0	0	1	4	3	0	0	8
	J398-J398	OTRAS ENFERMEDADES ESPECIFICADAS DE LAS VIAS RESPIRATORIAS SUPERIORES	0	0	0	3	1	0	1	3	8
	J984-J984	OTROS TRASTORNOS DEL PULMON	0	0	0	0	0	3	0	4	7
	J841-J841	OTRAS ENFERMEDADES PULMONARES INTERSTICIALES CON FIBROSIS	0	0	0	0	1	1	1	3	6
	B49X-B49X	MICOSIS, NO ESPECIFICADA	0	0	0	0	0	4	1	0	5
	J189-J189	NEUMONIA, NO ESPECIFICADA	0	0	0	3	1	1	0	0	5
	A199-A199	TUBERCULOSIS MILIAR, SIN OTRA ESPECIFICACION	0	0	0	3	0	1	0	0	4
	B206-B206	ENFERMEDAD POR VIH, RESULTANTE EN NEUMONIA POR PNEUMOCYSTIS CARINII	0	0	0	1	3	0	0	0	4
	J40X-J40X	BRONQUITIS, NO ESPECIFICADA COMO AGUDA O CRONICA	0	0	0	0	3	0	1	0	4
	J988-J988	OTROS TRASTORNOS RESPIRATORIOS ESPECIFICADOS	0	0	0	3	1	0	0	0	4
	T659-T659	EFECTO TOXICO DE SUSTANCIA NO ESPECIFICADA	0	0	0	0	0	3	0	1	4
	C459-C459	MESOTELIOMA, DE SITIO NO ESPECIFICADO	0	0	0	1	1	1	0	0	3
	D869-D869	SARCOIDOSIS DE SITIO NO ESPECIFICADO	0	0	0	0	3	0	0	0	3
	J219-J219	BRONQUIOLITIS AGUDA, NO ESPECIFICADA	0	0	0	0	3	0	0	0	3
	J679-J679	NEUMONITIS DEBIDA A HIPERSENSIBILIDAD A POLVO ORGANICO NO ESPECIFICADO	0	0	0	1	1	1	0	0	3
	J941-J941	FIBROTORAX	0	0	0	0	1	1	1	0	3
		OTROPS	0	0	1	7	19	12	11	18	68
		EDO. DE MEXICO	0	0	1	60	172	191	79	176	679

CONSULTAS POR ENTIDAD FEDERATIVA, RANGO DE EDAD SEXO Y DIAGNOSTICO DEL AÑO 2006

GUANAJUATO	J449-J449	ENFERMEDAD PULMONAR OBSTRUCTIVA CRONICA, NO ESPECIFICADA	0	0	0	0	0	0	1	0	1
		GUANAJUATO	0	0	0	0	0	0	1	0	1
GUERRERO	A162-A162	TUBERCULOSIS DE PULMON, SIN MENCION DE CONFIRMACION BACTERIOLOGICA O HISTOLOGICA	0	0	0	0	3	3	0	0	6
	J449-J449	ENFERMEDAD PULMONAR OBSTRUCTIVA CRONICA, NO ESPECIFICADA	0	0	0	0	3	0	1	1	5
	J459-J459	ASMA, NO ESPECIFICADO	0	0	0	0	3	0	0	0	3
	J42X-J42X	BRONQUITIS CRONICA NO ESPECIFICADA	0	0	0	0	1	0	0	1	2
	C80X-C80X	TUMOR MALIGNO DE SITIOS NO ESPECIFICADOS	0	0	0	1	0	0	0	0	1
	I269-I269	EMBOLIA PULMONAR SIN MENCION DE CORAZON PULMONAR AGUDO	0	0	0	0	1	0	0	0	1
	I279-I279	ENFERMEDAD PULMONAR DEL CORAZON, NO ESPECIFICADA	0	0	0	0	1	0	0	0	1
	J22X-J22X	INFECCION AGUDA NO ESPECIFICADA DE LAS VIAS RESPIRATORIAS INFERIORES	0	0	0	0	0	0	0	1	1
	J841-J841	OTRAS ENFERMEDADES PULMONARES INTERSTICIALES CON FIBROSIS	0	0	0	0	0	0	0	1	1
		GUERRERO	0	0	0	1	12	3	1	4	21
HIDALGO	J449-J449	ENFERMEDAD PULMONAR OBSTRUCTIVA CRONICA, NO ESPECIFICADA	0	0	0	0	1	0	0	1	2
	Z711-Z711	PERSONA QUE TEME ESTAR ENFERMA, A QUIEN NO SE HACE DIAGNOSTICO	0	0	0	0	1	0	0	1	2
	A163-A163	TUBERCULOSIS DE GANGLIOS LINFATICOS INTRATORACICOS, SIN MENCION DE CONFIRMACION BACTERIOLOGICA O HISTOLOGICA	0	0	0	0	1	0	0	0	1
	A169-A169	TUBERCULOSIS RESPIRATORIA NO ESPECIFICADA, SIN MENCION DE CONFIRMACION BACTERIOLOGICA O HISTOLOGICA	0	0	0	0	0	1	0	0	1
	C349-C349	TUMOR MALIGNO DE LOS BRONQUIOS O DEL PULMON, PARTE NO ESPECIFICADA	0	0	0	0	0	1	0	0	1
	J439-J439	ENFISEMA, NO ESPECIFICADO	0	0	0	0	0	0	0	1	1
	J459-J459	ASMA, NO ESPECIFICADO	0	0	0	0	1	0	0	0	1
		HIDALGO	0	0	0	0	4	2	0	3	9
MICHOACAN	J449-J449	ENFERMEDAD PULMONAR OBSTRUCTIVA CRONICA, NO ESPECIFICADA	0	0	0	0	0	1	0	6	7
	B49X-B49X	MICOSIS, NO ESPECIFICADA	0	0	0	0	0	0	0	1	1
	I279-I279	ENFERMEDAD PULMONAR DEL CORAZON, NO ESPECIFICADA	0	0	0	0	1	0	0	0	1
	J00X-J00X	RINOFARINGITIS AGUDA [RESFRIADO COMUN]	0	0	0	0	0	1	0	0	1
	J410-J410	BRONQUITIS CRONICA SIMPLE	0	0	0	0	0	0	1	0	1
	J869-J869	PIOTORAX SIN FISTULA	0	0	0	0	0	0	0	1	1
	J981-J981	COLAPSO PULMONAR	0	0	0	0	0	1	0	0	1
	Z488-Z488	OTROS CUIDADOS ESPECIFICADOS POSTERIORES A LA CIRUGIA	0	0	0	0	0	1	0	0	1
		MICHOACAN	0	0	0	0	1	4	1	8	14



CONSULTAS POR ENTIDAD FEDERATIVA, RANGO DE EDAD SEXO Y DIAGNOSTICO DEL AÑO 2006

MORELOS	A162-A162	TUBERCULOSIS DE PULMON, SIN MENCION DE CONFIRMACION BACTERIOLOGICA O HISTOLOGICA	0	0	0	5	0	0	0	0	5
	J410-J410	BRONQUITIS CRONICA SIMPLE	0	0	1	0	0	1	0	0	2
	J449-J449	ENFERMEDAD PULMONAR OBSTRUCTIVA CRONICA, NO ESPECIFICADA	0	0	0	0	0	1	0	1	2
	J42X-J42X	BRONQUITIS CRONICA NO ESPECIFICADA	0	0	0	0	0	0	0	1	1
		MORELOS	0	0	1	5	0	2	0	2	10
NAYARIT	A199-A199	TUBERCULOSIS MILIAR, SIN OTRA ESPECIFICACION	0	0	0	0	1	0	0	0	1
		NAYARIT	0	0	0	0	1	0	0	0	1
NUEVO LEON	J459-J459	ASMA, NO ESPECIFICADO	0	0	0	0	0	0	0	1	1
		NUEVO LEON	0	0	0	0	0	0	0	1	1
OAXACA	J42X-J42X	BRONQUITIS CRONICA NO ESPECIFICADA	0	0	0	0	0	0	0	3	3
	A162-A162	TUBERCULOSIS DE PULMON, SIN MENCION DE CONFIRMACION BACTERIOLOGICA O HISTOLOGICA	0	0	0	0	0	1	1	0	2
	A182-A182	LINFADENOPATIA PERIFERICA TUBERCULOSA	0	0	0	0	0	0	0	1	1
	I279-I279	ENFERMEDAD PULMONAR DEL CORAZON, NO ESPECIFICADA	0	0	0	0	0	0	0	1	1
	J40X-J40X	BRONQUITIS, NO ESPECIFICADA COMO AGUDA O CRONICA	0	0	0	0	0	0	0	1	1
	J439-J439	ENFISEMA, NO ESPECIFICADO	0	0	0	0	0	0	0	1	1
		OAXACA	0	0	0	0	0	1	1	7	9
OTROS PAISES	J22X-J22X	INFECCION AGUDA NO ESPECIFICADA DE LAS VIAS RESPIRATORIAS INFERIORES	0	0	0	0	1	0	0	0	1
		OTROS PAISES	0	0	0	0	1	0	0	0	1
PUEBLA	A162-A162	TUBERCULOSIS DE PULMON, SIN MENCION DE CONFIRMACION BACTERIOLOGICA O HISTOLOGICA	0	0	0	0	3	0	0	5	8
	J449-J449	ENFERMEDAD PULMONAR OBSTRUCTIVA CRONICA, NO ESPECIFICADA	0	0	0	0	3	0	0	4	7
	J459-J459	ASMA, NO ESPECIFICADO	0	0	0	0	3	0	0	0	3
	B200-B200	ENFERMEDAD POR VIH, RESULTANTE EN INFECCION POR MICOBACTERIAS	0	0	0	0	0	1	0	0	1
	C104-C104	TUMOR MALIGNO DE LA HENDIDURA BRANQUIAL	0	0	0	0	0	0	0	1	1
	C349-C349	TUMOR MALIGNO DE LOS BRONQUIOS O DEL PULMON, PARTE NO ESPECIFICADA	0	0	0	0	0	0	0	1	1
	G473-G473	APNEA DEL SUE/O	0	0	0	0	0	1	0	0	1
	I10X-I10X	HIPERTENSION ESENCIAL (PRIMARIA)	0	0	0	0	0	0	0	1	1
	J398-J398	OTRAS ENFERMEDADES ESPECIFICADAS DE LAS VIAS RESPIRATORIAS SUPERIORES	0	0	0	0	0	0	0	1	1
	J679-J679	NEUMONITIS DEBIDA A HIPERSENSIBILIDAD A POLVO ORGANICO NO ESPECIFICADO	0	0	0	0	0	0	0	1	1
	J849-J849	ENFERMEDAD PULMONAR INTERSTICIAL, NO ESPECIFICADA	0	0	0	0	0	0	1	0	1
		PUEBLA	0	0	0	0	9	2	1	14	26



CONSULTAS POR ENTIDAD FEDERATIVA, RANGO DE EDAD SEXO Y DIAGNOSTICO DEL AÑO 2006

TABASCO	J42X-J42X	BRONQUITIS CRONICA NO ESPECIFICADA	0	0	0	0	0	1	0	0	1
		TABASCO	0	0	0	0	0	1	0	0	1
TLAXCALA	I509-I509	INSUFICIENCIA CARDIACA, NO ESPECIFICADA	0	0	0	0	0	0	0	1	1
	J329-J329	SINUSITIS CRONICA, NO ESPECIFICADA	0	0	0	0	0	0	0	1	1
	Z488-Z488	OTROS CUIDADOS ESPECIFICADOS POSTERIORES A LA CIRUGIA	0	0	0	1	0	0	0	0	1
		TLAXCALA	0	0	0	1	0	0	0	0	2
VERACRUZ	J449-J449	ENFERMEDAD PULMONAR OBSTRUCTIVA CRONICA, NO ESPECIFICADA	0	0	0	0	0	3	0	3	6
	A162-A162	TUBERCULOSIS DE PULMON, SIN MENCION DE CONFIRMACION BACTERIOLOGICA O HISTOLOGICA	0	0	0	0	1	0	0	1	2
	J849-J849	ENFERMEDAD PULMONAR INTERSTICIAL, NO ESPECIFICADA	0	0	0	0	0	0	1	1	2
	A182-A182	LINFADENOPATIA PERIFERICA TUBERCULOSA	0	0	0	0	0	0	0	1	1
	C349-C349	TUMOR MALIGNO DE LOS BRONQUIOS O DEL PULMON, PARTE NO ESPECIFICADA	0	0	0	0	0	0	0	1	1
	C509-C509	TUMOR MALIGNO DE LA MAMA, PARTE NO ESPECIFICADA	0	0	0	0	0	1	0	0	1
	J398-J398	OTRAS ENFERMEDADES ESPECIFICADAS DE LAS VIAS RESPIRATORIAS SUPERIORES	0	0	0	0	1	0	0	0	1
	J42X-J42X	BRONQUITIS CRONICA NO ESPECIFICADA	0	0	0	0	0	1	0	0	1
	J439-J439	ENFISEMA, NO ESPECIFICADO	0	0	0	0	0	1	0	0	1
	J47X-J47X	BRONQUIECTASIA	0	0	0	0	0	0	0	1	1
	Z090-Z090	EXAMEN DE SEGUIMIENTO CONSECUTIVO A CIRUGIA POR OTRAS AFECCIONES	0	0	0	1	0	0	0	0	1
	VERACRUZ	0	0	0	1	2	6	1	8	18	
TOTAL MASCULINO 2006			0	0	15	245	914	926	305	1046	3451



En el 2006 las consultas otorgadas en neumología fueron 10,478 en total de las cuales 7,027 fueron del sexo femenino (67.06%) y 3,451 del masculino (32.94%) teniendo como principales diagnósticos la Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica (J-449) con 3,054 consultas que equivalen al 29.15%, el Asma Bronquial, no especificado (J-459) con 1,526 consultas equivalentes al 14.56%, la Bronquitis Crónica, no especificada (J-42X) con 700 con el 6.68%, la Tuberculosis de Pulmón, sin mención de confirmación bacteriológica o histológica con 580 consultas (5.54%) y la Bronquitis Crónica Simple (J-410) con 525 consultas que equivale al 5.01%. Para el resto de las patologías atendidas resta el 39.06% de las 10,478 consultas.

Por entidad federativa las personas atendidas del Distrito Federal ascendieron a 7,609 pacientes que corresponde al 72.62% del total, del Estado de México se atendieron 2,495 consultas que son el 23.81% y quedando para las demás entidades federativas solo el 3.57% del total donde predominan el Estado de Puebla, Guerrero, Michoacán y Veracruz.



CONSULTAS

2007



30 PRINCIPALES MOTIVOS DE CONSULTA DE NEUMOLOGÍA 2007

N°	CODIGO	NOMBRE	-1		1-4		5-14		15-24		25-44		45-59		60-64		65+		TOTAL	TOTAL	TOTAL
			FEM	MASC	FEM	MASC	FEM	MASC	FEM	MASC	FEM	MASC	FEM	MASC	FEM	MASC	FEM	MASC	FEM	MASC	GRAL
1	J449-J449	ENFERMEDAD PULMONAR OBSTRUCTIVA CRONICA, NO ESPECIFICADA	0	0	0	0	0	1	18	19	188	141	489	310	211	113	801	549	1707	1133	2840
2	J459-J459	ASMA, NO ESPECIFICADO	0	0	0	0	2	2	117	58	488	162	339	77	52	15	126	41	1124	355	1479
3	J42X-J42X	BRONQUITIS CRONICA NO ESPECIFICADA	0	0	0	0	3	0	28	13	179	51	306	117	137	39	260	117	913	337	1250
4	A162-A162	TUBERCULOSIS DE PULMON, SIN MENCION DE CONFIRMACION BACTERIOLOGICA O HISTOLOGICA	0	0	1	0	2	2	39	21	117	103	139	74	39	32	54	68	391	300	691
5	J329-J329	SINUSITIS CRONICA, NO ESPECIFICADA	0	0	0	0	0	0	7	11	56	24	53	13	12	2	17	5	145	55	200
6	J849-J849	ENFERMEDAD PULMONAR INTERSTICIAL, NO ESPECIFICADA	0	0	0	0	0	0	1	1	40	6	78	8	21	6	18	6	158	27	185
7	C349-C349	TUMOR MALIGNO DE LOS BRONQUIOS O DEL PULMON, PARTE NO ESPECIFICADA	0	0	0	0	0	0	3	1	11	14	32	21	11	7	45	39	102	82	184
8	G473-G473	APNEA DEL SUE/O	0	0	0	0	0	0	4	4	25	32	48	36	6	5	14	3	97	80	177
9	I279-I279	ENFERMEDAD PULMONAR DEL CORAZON, NO ESPECIFICADA	0	0	0	0	0	0	0	0	12	11	27	21	10	7	54	34	103	73	176
10	E662-E662	OBESIDAD EXTREMA CON HIPOVENTILACION ALVEOLAR	0	0	0	0	0	0	8	3	34	23	49	18	10	2	14	3	115	49	164
11	J841-J841	OTRAS ENFERMEDADES PULMONARES INTERSTICIALES CON FIBROSIS	0	0	0	0	0	0	1	6	9	11	60	9	16	7	28	15	114	48	162
12	A182-A182	LINFADENOPATIA PERIFERICA TUBERCULOSA	0	0	0	0	2	1	30	12	41	24	18	10	2	1	5	10	98	58	156
13	I10X-I10X	HIPERTENSION ESENCIAL (PRIMARIA)	0	0	0	0	0	0	0	0	10	9	40	10	11	7	38	22	99	48	147
14	J90X-J90X	DERRAME PLEURAL NO CLASIFICADO EN OTRA PARTE	0	0	0	0	0	0	1	3	15	14	39	12	10	3	20	17	85	49	134
15	J679-J679	NEUMONITIS DEBIDA A HIPERSENSIBILIDAD A POLVO ORGANICO NO ESPECIFICADO	0	0	0	0	0	0	0	1	41	12	47	2	11	2	9	1	108	18	126
16	B200-B200	ENFERMEDAD POR VIH, RESULTANTE EN INFECCION POR MICOBACTERIAS	0	0	0	0	0	0	3	9	17	61	7	16	1	2	2	0	30	88	118
17	T659-T659	EFECTO TOXICO DE SUSTANCIA NO ESPECIFICADA	0	0	0	0	0	0	3	4	18	11	39	26	3	5	4	4	67	50	117
18	Z711-Z711	PERSONA QUE TEME ESTAR ENFERMA, A QUIEN NO SE HACE DIAGNOSTICO	0	0	0	0	0	1	4	5	16	11	19	15	8	8	22	7	69	47	116
19	J984-J984	OTROS TRASTORNOS DEL PULMON	0	0	0	0	0	0	3	2	17	12	22	7	7	7	28	9	77	37	114
20	J189-J189	NEUMONIA, NO ESPECIFICADA	0	0	0	0	0	0	2	4	28	9	24	6	6	2	18	7	78	28	106
21	R05X-R05X	TOS	0	0	0	0	0	0	2	4	20	8	30	9	7	2	12	4	71	27	98
22	J304-J304	RINITIS ALERGICA, NO ESPECIFICADA	0	0	0	0	1	0	9	4	35	10	28	2	2	0	3	1	78	17	95
23	Z488-Z488	OTROS CUIDADOS ESPECIFICADOS POSTERIORES A LA CIRUGIA	0	0	0	0	3	0	2	6	14	14	15	8	2	3	11	4	47	35	82
24	M549-M549	DORSALGIA, NO ESPECIFICADA	0	0	0	0	0	0	1	1	8	6	16	12	3	1	15	5	43	25	68
25	K219-K219	ENFERMEDAD DEL REFLUJO GASTROESOFAGICO SIN ESOFAGITIS	0	0	0	0	0	0	2	0	14	10	20	4	6	1	6	4	48	19	67
26	R060-R060	DISNEA	0	0	0	0	0	1	2	4	14	6	15	5	7	2	3	6	41	24	65
27	J398-J398	OTRAS ENFERMEDADES ESPECIFICADAS DE LAS VIAS RESPIRATORIAS SUPERIORES	0	0	0	0	0	1	3	7	4	4	11	5	1	1	3	1	22	19	41
28	J439-J439	ENFISEMA, NO ESPECIFICADO	0	0	0	0	0	0	0	1	6	4	7	6	3	1	10	1	26	13	39
29	C509-C509	TUMOR MALIGNO DE LA MAMA, PARTE NO ESPECIFICADA	0	0	0	0	0	0	0	0	4	0	17	0	5	0	9	1	35	1	36
30	J47X-J47X	BRONQUIECTASIA	0	0	0	0	0	0	1	0	6	3	6	4	5	0	8	3	26	10	36
		OTROS	0	0	0	0	3	0	30	30	156	130	209	106	52	27	128	73	578	366	944
		TOTAL GENERAL 2007	0	0	1	0	16	9	324	234	1643	936	2249	969	677	310	1785	1060	6695	3518	10213

CONSULTAS POR ENTIDAD FEDERATIVA, RANGO DE EDAD SEXO Y DIAGNOSTICO DEL AÑO 2007

ENTIDAD	NOMBRE										TOTAL FEM
	CODIGO	DIAGNOSTICO	-1	1-4	5-14	15-24	25-44	45-59	60-64	65+	
AGUASCALIENTES	J459-J459	ASMA, NO ESPECIFICADO	0	0	0	0	0	1	0	0	1
		AGUASCALIENTES	0	0	0	0	0	1	0	0	1

CHIAPAS	J459-J459	ASMA, NO ESPECIFICADO	0	0	0	0	0	1	1	1	3
	J42X-J42X	BRONQUITIS CRONICA NO ESPECIFICADA	0	0	0	0	2	0	0	0	2
	A162-A162	TUBERCULOSIS DE PULMON, SIN MENCION DE CONFIRMACION BACTERIOLOGICA O HISTOLOGICA	0	0	0	0	1	0	0	0	1
	A182-A182	LINFADENOPATIA PERIFERICA TUBERCULOSA	0	0	0	0	0	0	0	1	1
	J029-J029	FARINGITIS AGUDA, NO ESPECIFICADA	0	0	0	0	1	0	0	0	1
	J209-J209	BRONQUITIS AGUDA, NO ESPECIFICADA	0	0	0	0	0	1	0	0	1
	J449-J449	ENFERMEDAD PULMONAR OBSTRUCTIVA CRONICA, NO ESPECIFICADA	0	0	0	0	0	0	0	1	1
	J679-J679	NEUMONITIS DEBIDA A HIPERSENSIBILIDAD A POLVO ORGANICO NO ESPECIFICADO	0	0	0	0	0	0	0	1	1
	K219-K219	ENFERMEDAD DEL REFLUJO GASTROESOFAGICO SIN ESOFAGITIS	0	0	0	0	1	0	0	0	1
	CHIAPAS	0	0	0	0	5	2	1	4	12	

CONSULTAS POR ENTIDAD FEDERATIVA, RANGO DE EDAD SEXO Y DIAGNOSTICO DEL AÑO 2007

DISTRITO FEDERAL	J449-J449	ENFERMEDAD PULMONAR OBSTRUCTIVA CRONICA, NO ESPECIFICADA	0	0	0	8	49	175	65	256	553
	J459-J459	ASMA, NO ESPECIFICADO	0	0	0	51	160	95	9	36	351
	J42X-J42X	BRONQUITIS CRONICA NO ESPECIFICADA	0	0	1	13	65	104	40	82	305
	A162-A162	TUBERCULOSIS DE PULMON, SIN MENCION DE CONFIRMACION BACTERIOLOGICA O HISTOLOGICA	0	0	0	8	27	25	9	15	84
	J329-J329	SINUSITIS CRONICA, NO ESPECIFICADA	0	0	0	4	16	19	3	6	48
	T659-T659	EFFECTO TOXICO DE SUSTANCIA NO ESPECIFICADA	0	0	0	1	12	20	2	2	37
	I279-I279	ENFERMEDAD PULMONAR DEL CORAZON, NO ESPECIFICADA	0	0	0	0	5	7	6	18	36
	E662-E662	OBESIDAD EXTREMA CON HIPOVENTILACION ALVEOLAR	0	0	0	5	13	11	1	4	34
	J849-J849	ENFERMEDAD PULMONAR INTERSTICIAL, NO ESPECIFICADA	0	0	0	1	10	12	6	2	31
	J90X-J90X	DERRAME PLEURAL NO CLASIFICADO EN OTRA PARTE	0	0	0	0	5	12	2	11	30
	Z711-Z711	PERSONA QUE TEME ESTAR ENFERMA, A QUIEN NO SE HACE DIAGNOSTICO	0	0	0	2	8	8	2	8	28
	J984-J984	OTROS TRASTORNOS DEL PULMON	0	0	0	0	7	8	1	10	26
	I10X-I10X	HIPERTENSION ESENCIAL (PRIMARIA)	0	0	0	0	3	9	3	9	24
	J304-J304	RINITIS ALERGICA, NO ESPECIFICADA	0	0	1	1	14	6	1	1	24
	R05X-R05X	TOS	0	0	0	0	5	14	2	3	24
	A182-A182	LINFADENOPATIA PERIFERICA TUBERCULOSA	0	0	0	4	10	7	2	0	23
	J841-J841	OTRAS ENFERMEDADES PULMONARES INTERSTICIALES CON FIBROSIS	0	0	0	0	4	6	7	5	22
	J189-J189	NEUMONIA, NO ESPECIFICADA	0	0	0	2	7	4	3	5	21
	C349-C349	TUMOR MALIGNO DE LOS BRONQUIOS O DEL PULMON, PARTE NO ESPECIFICADA	0	0	0	0	3	5	3	9	20
	R060-R060	DISNEA	0	0	0	0	6	6	3	1	16
	K219-K219	ENFERMEDAD DEL REFLUJO GASTROESOFAGICO SIN ESOFAGITIS	0	0	0	2	4	7	2	0	15
	G473-G473	APNEA DEL SUE/O	0	0	0	1	3	8	1	1	14
	M069-M069	ARTRITIS REUMATOIDE, NO ESPECIFICADA	0	0	0	0	1	6	1	5	13
	M549-M549	DORSALGIA, NO ESPECIFICADA	0	0	0	1	2	2	1	7	13
	C509-C509	TUMOR MALIGNO DE LA MAMA, PARTE NO ESPECIFICADA	0	0	0	0	2	7	0	2	11
	J679-J679	NEUMONITIS DEBIDA A HIPERSENSIBILIDAD A POLVO ORGANICO NO ESPECIFICADO	0	0	0	0	2	6	3	0	11
	M329-M329	LUPUS ERITEMATOSO SISTEMICO, SIN OTRA ESPECIFICACION	0	0	0	0	7	3	1	0	11
	B200-B200	ENFERMEDAD POR VIH, RESULTANTE EN INFECCION POR MICOBACTERIAS	0	0	0	2	7	1	0	0	10
J029-J029	FARINGITIS AGUDA, NO ESPECIFICADA	0	0	0	0	2	4	1	1	8	
J47X-J47X	BRONQUIECTASIA	0	0	0	0	1	1	3	3	8	
	OTROS	0	0	1	10	44	50	16	41	162	
	DISTRITO FEDERAL		0	0	3	116	504	648	199	543	2013

CONSULTAS POR ENTIDAD FEDERATIVA, RANGO DE EDAD SEXO Y DIAGNOSTICO DEL AÑO 2007

EDO. DE MEXICO	J449-J449	ENFERMEDAD PULMONAR OBSTRUCTIVA CRONICA, NO ESPECIFICADO	0	0	0	9	117	270	130	483	1009
	J459-J459	ASMA, NO ESPECIFICADO	0	0	2	62	307	230	37	75	713
	J42X-J42X	BRONQUITIS CRONICA NO ESPECIFICADA	0	0	2	14	101	187	88	158	550
	A162-A162	TUBERCULOSIS DE PULMON, SIN MENCION DE CONFIRMACION BACTERIOLOGICA O HISTOLOGICA	0	1	2	29	75	106	30	38	281
	J849-J849	ENFERMEDAD PULMONAR INTERSTICIAL, NO ESPECIFICADA	0	0	0	0	30	66	14	15	125
	J329-J329	SINUSITIS CRONICA, NO ESPECIFICADA	0	0	0	3	38	33	7	8	89
	J679-J679	NEUMONITIS DEBIDA A HIPERSENSIBILIDAD A POLVO ORGANICO NO ESPECIFICADO	0	0	0	0	38	37	8	4	87
	J841-J841	OTRAS ENFERMEDADES PULMONARES INTERSTICIALES CON FIBROSIS	0	0	0	1	5	53	7	21	87
	G473-G473	APNEA DEL SUE/O	0	0	0	3	22	38	5	11	79
	E662-E662	OBESIDAD EXTREMA CON HIPOVENTILACION ALVEOLAR	0	0	0	3	19	37	9	9	77
	I10X-I10X	HIPERTENSION ESENCIAL (PRIMARIA)	0	0	0	0	7	29	8	29	73
	C349-C349	TUMOR MALIGNO DE LOS BRONQUIOS O DEL PULMON, PARTE NO ESPECIFICADA	0	0	0	3	7	23	5	32	70
	A182-A182	LINFADENOPATIA PERIFERICA TUBERCULOSA	0	0	2	24	30	9	0	3	68
	I279-I279	ENFERMEDAD PULMONAR DEL CORAZON, NO ESPECIFICADA	0	0	0	0	7	19	4	36	66
	J189-J189	NEUMONIA, NO ESPECIFICADA	0	0	0	0	20	20	3	11	54
	J304-J304	RINITIS ALERGICA, NO ESPECIFICADA	0	0	0	8	21	20	1	2	52
	J90X-J90X	DERRAME PLEURAL NO CLASIFICADO EN OTRA PARTE	0	0	0	1	9	24	8	9	51
	J984-J984	OTROS TRASTORNOS DEL PULMON	0	0	0	3	8	12	5	17	45
	R05X-R05X	TOS	0	0	0	1	13	16	3	8	41
	Z711-Z711	PERSONA QUE TEME ESTAR ENFERMA, A QUIEN NO SE HACE DIAGNOSTICO	0	0	0	2	8	11	5	11	37
	Z488-Z488	OTROS CUIDADOS ESPECIFICADOS POSTERIORES A LA CIRUGIA	0	0	1	1	10	11	1	8	32
	T659-T659	EFECTO TOXICO DE SUSTANCIA NO ESPECIFICADA	0	0	0	2	6	19	1	2	30
	K219-K219	ENFERMEDAD DEL REFLUJO GASTROESOFAGICO SIN ESOFAGITIS	0	0	0	0	9	11	3	6	29
	M549-M549	DORSALGIA, NO ESPECIFICADA	0	0	0	0	6	12	1	8	27
	C509-C509	TUMOR MALIGNO DE LA MAMA, PARTE NO ESPECIFICADA	0	0	0	0	2	10	5	7	24
	R060-R060	DISNEA	0	0	0	2	7	9	4	2	24
	B200-B200	ENFERMEDAD POR VIH, RESULTANTE EN INFECCION POR MICOBACTERIAS	0	0	0	1	10	5	0	2	18
	M329-M329	LUPUS ERITEMATOSO SISTEMICO, SIN OTRA ESPECIFICACION	0	0	0	0	11	7	0	0	18
	M069-M069	ARTRITIS REUMATOIDE, NO ESPECIFICADA	0	0	0	3	4	3	3	3	16
	J439-J439	ENFISEMA, NO ESPECIFICADO	0	0	0	0	3	6	3	3	15
	OTROS	0	0	3	17	86	137	27	81	351	
	EDO. DE MEXICO		0	1	12	192	1036	1470	425	1102	4238



CONSULTAS POR ENTIDAD FEDERATIVA, RANGO DE EDAD SEXO Y DIAGNOSTICO DEL AÑO 2007

GUANAJUATO	E662-E662	OBESIDAD EXTREMA CON HIPOVENTILACION ALVEOLAR	0	0	0	0	1	0	0	1	2
	J449-J449	ENFERMEDAD PULMONAR OBSTRUCTIVA CRONICA, NO ESPECIFICADA	0	0	0	0	0	0	0	2	2
	J459-J459	ASMA, NO ESPECIFICADO	0	0	0	0	0	0	0	2	2
	C349-C349	TUMOR MALIGNO DE LOS BRONQUIOS O DEL PULMON, PARTE NO ESPECIFICADA	0	0	0	0	0	0	1	0	1
	G473-G473	APNEA DEL SUE/O	0	0	0	0	0	0	0	1	1
	J42X-J42X	BRONQUITIS CRONICA NO ESPECIFICADA	0	0	0	0	0	0	0	1	1
	J439-J439	ENFISEMA, NO ESPECIFICADO	0	0	0	0	0	0	0	1	1
	J841-J841	OTRAS ENFERMEDADES PULMONARES INTERSTICIALES CON FIBROSIS	0	0	0	0	0	0	1	0	1
	J984-J984	OTROS TRASTORNOS DEL PULMON	0	0	0	0	0	0	1	0	1
	M329-M329	LUPUS ERITEMATOSO SISTEMICO, SIN OTRA ESPECIFICACION	0	0	0	0	0	1	0	0	1
	GUANAJUATO	0	0	0	0	1	1	3	8	13	

GUERRERO	J449-J449	ENFERMEDAD PULMONAR OBSTRUCTIVA CRONICA, NO ESPECIFICADA	0	0	0	0	4	11	2	10	27
	J42X-J42X	BRONQUITIS CRONICA NO ESPECIFICADA	0	0	0	0	1	2	2	6	11
	J459-J459	ASMA, NO ESPECIFICADO	0	0	0	2	2	1	2	2	9
	A162-A162	TUBERCULOSIS DE PULMON, SIN MENCION DE CONFIRMACION BACTERIOLOGICA O HISTOLOGICA	0	0	0	0	2	2	0	0	4
	A182-A182	LINFADENOPATIA PERIFERICA TUBERCULOSA	0	0	0	1	0	1	0	1	3
	C349-C349	TUMOR MALIGNO DE LOS BRONQUIOS O DEL PULMON, PARTE NO ESPECIFICADA	0	0	0	0	0	0	2	1	3
	J984-J984	OTROS TRASTORNOS DEL PULMON	0	0	0	0	0	1	0	1	2
	M549-M549	DORSALGIA, NO ESPECIFICADA	0	0	0	0	0	2	0	0	2
	A181-A181	TUBERCULOSIS DEL APARATO GENITOURINARIO	0	0	0	0	0	0	0	1	1
	B200-B200	ENFERMEDAD POR VIH, RESULTANTE EN INFECCION POR MICOBACTERIAS	0	0	0	0	0	1	0	0	1
	E116-E116	DIABETES MELLITUS NO INSULINODEPENDIENTE, CON OTRAS COMPLICACIONES ESPECIFICADAS	0	0	0	0	0	1	0	0	1
	E662-E662	OBESIDAD EXTREMA CON HIPOVENTILACION ALVEOLAR	0	0	0	0	1	0	0	0	1
	J628-J628	NEUMOCONIOSIS DEBIDA A OTROS POLVOS QUE CONTIENEN SILICE	0	0	0	0	0	1	0	0	1
	J841-J841	OTRAS ENFERMEDADES PULMONARES INTERSTICIALES CON FIBROSIS	0	0	0	0	0	0	1	0	1
	K219-K219	ENFERMEDAD DEL REFLUJO GASTROESOFAGICO SIN ESOFAGITIS	0	0	0	0	0	0	1	0	1
	K409-K409	HERNIA INGUINAL UNILATERAL O NO ESPECIFICADA, SIN OBSTRUCCION NI GANGRENA	0	0	0	0	0	0	1	0	1
	K801-K801	CALCULO DE LA VESICULA BILIAR CON OTRA COLECISTITIS	0	0	0	0	0	1	0	0	1
	M545-M545	LUMBAGO NO ESPECIFICADO	0	0	0	0	0	0	0	1	1
	N819-N819	PROLAPSO GENITAL FEMENINO, NO ESPECIFICADO	0	0	0	0	0	1	0	0	1
	GUERRERO	0	0	0	3	10	25	11	23	72	



CONSULTAS POR ENTIDAD FEDERATIVA, RANGO DE EDAD SEXO Y DIAGNOSTICO DEL AÑO 2007

HIDALGO	J449-J449	ENFERMEDAD PULMONAR OBSTRUCTIVA CRONICA, NO ESPECIFICADA	0	0	0	0	4	7	0	8	19
	J42X-J42X	BRONQUITIS CRONICA NO ESPECIFICADA	0	0	0	0	0	5	1	0	6
	A162-A162	TUBERCULOSIS DE PULMON, SIN MENCION DE CONFIRMACION BACTERIOLOGICA O HISTOLOGICA	0	0	0	0	2	2	0	1	5
	J459-J459	ASMA, NO ESPECIFICADO	0	0	0	0	3	1	0	1	5
	C349-C349	TUMOR MALIGNO DE LOS BRONQUIOS O DEL PULMON, PARTE NO ESPECIFICADA	0	0	0	0	0	1	0	1	2
	J329-J329	SINUSITIS CRONICA, NO ESPECIFICADA	0	0	0	0	0	0	2	0	2
	J90X-J90X	DERRAME PLEURAL NO CLASIFICADO EN OTRA PARTE	0	0	0	0	1	1	0	0	2
	R05X-R05X	TOS	0	0	0	0	1	0	1	0	2
	A169-A169	TUBERCULOSIS RESPIRATORIA NO ESPECIFICADA, SIN MENCION DE CONFIRMACION BACTERIOLOGICA O HISTOLOGICA	0	0	0	0	1	0	0	0	1
	A182-A182	LINFADENOPATIA PERIFERICA TUBERCULOSA	0	0	0	0	0	1	0	0	1
	I279-I279	ENFERMEDAD PULMONAR DEL CORAZON, NO ESPECIFICADA	0	0	0	0	0	1	0	0	1
	J189-J189	NEUMONIA, NO ESPECIFICADA	0	0	0	0	0	0	0	1	1
	J209-J209	BRONQUITIS AGUDA, NO ESPECIFICADA	0	0	0	0	0	0	1	0	1
	J22X-J22X	INFECCION AGUDA NO ESPECIFICADA DE LAS VIAS RESPIRATORIAS INFERIORES	0	0	0	0	0	0	1	0	1
	J304-J304	RINITIS ALERGICA, NO ESPECIFICADA	0	0	0	0	0	1	0	0	1
	J398-J398	OTRAS ENFERMEDADES ESPECIFICADAS DE LAS VIAS RESPIRATORIAS SUPERIORES	0	0	0	1	0	0	0	0	1
	J47X-J47X	BRONQUIECTASIA	0	0	0	0	0	0	0	1	1
	J849-J849	ENFERMEDAD PULMONAR INTERSTICIAL, NO ESPECIFICADA	0	0	0	0	0	0	1	0	1
	M329-M329	LUPUS ERITEMATOSO SISTEMICO, SIN OTRA ESPECIFICACION	0	0	0	0	1	0	0	0	1
	M350-M350	SINDROME SECO [SJOJGREN]	0	0	0	0	0	0	1	0	1
N811-N811	CISTOCELE	0	0	0	0	0	0	0	1	1	
Z711-Z711	PERSONA QUE TEME ESTAR ENFERMA, A QUIEN NO SE HACE DIAGNOSTICO	0	0	0	0	0	0	0	1	1	
	HIDALGO		0	0	0	1	13	20	8	15	57
JALISCO	J47X-J47X	BRONQUIECTASIA	0	0	0	0	0	0	0	1	1
	K219-K219	ENFERMEDAD DEL REFLUJO GASTROESOFAGICO SIN ESOFAGITIS	0	0	0	0	0	1	0	0	1
		JALISCO	0	0	0	0	0	1	0	1	2

CONSULTAS POR ENTIDAD FEDERATIVA, RANGO DE EDAD SEXO Y DIAGNOSTICO DEL AÑO 2007

MICHOACAN	J449-J449	ENFERMEDAD PULMONAR OBSTRUCTIVA CRONICA, NO ESPECIFICADA	0	0	0	0	0	5	3	6	14
	J42X-J42X	BRONQUITIS CRONICA NO ESPECIFICADA	0	0	0	0	3	1	1	0	5
	J679-J679	NEUMONITIS DEBIDA A HIPERSENSIBILIDAD A POLVO ORGANICO NO ESPECIFICADO	0	0	0	0	0	4	0	0	4
	J459-J459	ASMA, NO ESPECIFICADO	0	0	0	0	2	0	0	0	2
	Z711-Z711	PERSONA QUE TEME ESTAR ENFERMA, A QUIEN NO SE HACE DIAGNOSTICO	0	0	0	0	0	0	1	1	2
	A162-A162	TUBERCULOSIS DE PULMON, SIN MENCION DE CONFIRMACION BACTERIOLOGICA O HISTOLOGICA	0	0	0	0	1	0	0	0	1
	B449-B449	ASPERGILOSIS, NO ESPECIFICADA	0	0	0	0	0	1	0	0	1
	D381-D381	TUMOR DE COMPORTAMIENTO INCIERTO O DESCONOCIDO DE LA TRAQUEA, DE LOS BRONQUIOS Y DEL PULMON	0	0	0	0	0	0	1	0	1
	M069-M069	ARTRITIS REUMATOIDE, NO ESPECIFICADA	0	0	0	0	0	0	0	1	1
	M349-M349	ESCLEROSIS SISTEMICA, NO ESPECIFICADA	0	0	0	0	0	1	0	0	1
	R05X-R05X	TOS	0	0	0	0	1	0	0	0	1
	Z488-Z488	OTROS CUIDADOS ESPECIFICADOS POSTERIORES A LA CIRUGIA	0	0	0	0	0	0	0	1	1
	MICHOACAN		0	0	0	0	7	12	6	9	34
MORELOS	J459-J459	ASMA, NO ESPECIFICADO	0	0	0	0	3	4	2	0	9
	J449-J449	ENFERMEDAD PULMONAR OBSTRUCTIVA CRONICA, NO ESPECIFICADA	0	0	0	0	3	2	0	2	7
	J42X-J42X	BRONQUITIS CRONICA NO ESPECIFICADA	0	0	0	0	0	3	0	1	4
	A162-A162	TUBERCULOSIS DE PULMON, SIN MENCION DE CONFIRMACION BACTERIOLOGICA O HISTOLOGICA	0	0	0	0	0	1	0	0	1
	A198-A198	OTRAS TUBERCULOSIS MILIARES	0	0	0	0	1	0	0	0	1
	A199-A199	TUBERCULOSIS MILIAR, SIN OTRA ESPECIFICACION	0	0	0	0	0	0	1	0	1
	E039-E039	HIPOTIROIDISMO, NO ESPECIFICADO	0	0	0	0	1	0	0	0	1
	E662-E662	OBESIDAD EXTREMA CON HIPOVENTILACION ALVEOLAR	0	0	0	0	0	1	0	0	1
	J40X-J40X	BRONQUITIS, NO ESPECIFICADA COMO AGUDA O CRONICA	0	0	0	0	0	1	0	0	1
	K449-K449	HERNIA DIAFRAGMATICA SIN OBSTRUCCION NI GANGRENA	0	0	0	0	1	0	0	0	1
	M329-M329	LUPUS ERITEMATOSO SISTEMICO, SIN OTRA ESPECIFICACION	0	0	0	0	1	0	0	0	1
	Z488-Z488	OTROS CUIDADOS ESPECIFICADOS POSTERIORES A LA CIRUGIA	0	0	0	1	0	0	0	0	1
	MORELOS		0	0	0	1	10	12	3	3	29
NAYARIT	J849-J849	ENFERMEDAD PULMONAR INTERSTICIAL, NO ESPECIFICADA	0	0	0	0	0	0	0	1	1
	Z488-Z488	OTROS CUIDADOS ESPECIFICADOS POSTERIORES A LA CIRUGIA	0	0	0	0	0	0	0	1	1
		NAYARIT		0	0	0	0	0	0	0	2

CONSULTAS POR ENTIDAD FEDERATIVA, RANGO DE EDAD SEXO Y DIAGNOSTICO DEL AÑO 2007

NUEVO LEON	J449-J449	ENFERMEDAD PULMONAR OBSTRUCTIVA CRONICA, NO ESPECIFICADA	0	0	0	0	0	1	0	3	4
	A162-A162	TUBERCULOSIS DE PULMON, SIN MENCION DE CONFIRMACION BACTERIOLOGICA O HISTOLOGICA	0	0	0	0	0	1	0	0	1
	C859-C859	LINFOMA NO HODGKIN, NO ESPECIFICADO	0	0	0	0	1	0	0	0	1
		NUEVO LEON	0	0	0	0	1	2	0	3	6

OAXACA	J449-J449	ENFERMEDAD PULMONAR OBSTRUCTIVA CRONICA, NO ESPECIFICADA	0	0	0	0	2	5	5	13	25
	J42X-J42X	BRONQUITIS CRONICA NO ESPECIFICADA	0	0	0	0	3	0	1	2	6
	A162-A162	TUBERCULOSIS DE PULMON, SIN MENCION DE CONFIRMACION BACTERIOLOGICA O HISTOLOGICA	0	0	0	1	2	1	0	0	4
	J398-J398	OTRAS ENFERMEDADES ESPECIFICADAS DE LAS VIAS RESPIRATORIAS SUPERIORES	0	0	0	1	1	0	0	0	2
	J841-J841	OTRAS ENFERMEDADES PULMONARES INTERSTICIALES CON FIBROSIS	0	0	0	0	0	1	0	1	2
	A169-A169	TUBERCULOSIS RESPIRATORIA NO ESPECIFICADA, SIN MENCION DE CONFIRMACION BACTERIOLOGICA O HISTOLOGICA	0	0	0	0	1	0	0	0	1
	A182-A182	LINFADENOPATIA PERIFERICA TUBERCULOSA	0	0	0	1	0	0	0	0	1
	A198-A198	OTRAS TUBERCULOSIS MILIARES	0	0	0	1	0	0	0	0	1
	B200-B200	ENFERMEDAD POR VIH, RESULTANTE EN INFECCION POR MICOBACTERIAS	0	0	0	0	0	0	1	0	1
	J304-J304	RINITIS ALERGICA, NO ESPECIFICADA	0	0	0	0	0	1	0	0	1
	J329-J329	SINUSITIS CRONICA, NO ESPECIFICADA	0	0	0	0	0	0	0	1	1
	J459-J459	ASMA, NO ESPECIFICADO	0	0	0	0	0	1	0	0	1
	J941-J941	FIBROTORAX	0	0	0	0	0	1	0	0	1
	K219-K219	ENFERMEDAD DEL REFLUJO GASTROESOFAGICO SIN ESOFAGITIS	0	0	0	0	0	1	0	0	1
	M199-M199	ARTROSIS, NO ESPECIFICADA	0	0	0	1	0	0	0	0	1
	M549-M549	DORSALGIA, NO ESPECIFICADA	0	0	0	0	0	0	1	0	1
	R05X-R05X	TOS	0	0	0	1	0	0	0	0	1
		OAXACA	0	0	0	6	9	11	8	17	51

OTROS PAISES	A162-A162	TUBERCULOSIS DE PULMON, SIN MENCION DE CONFIRMACION BACTERIOLOGICA O HISTOLOGICA	0	0	0	0	1	0	0	0	1
		OTROS PAISES	0	0	0	0	1	0	0	0	1



CONSULTAS POR ENTIDAD FEDERATIVA, RANGO DE EDAD SEXO Y DIAGNOSTICO DEL AÑO 2007

PUEBLA	J459-J459	ASMA, NO ESPECIFICADO	0	0	0	2	3	3	1	7	16
	J449-J449	ENFERMEDAD PULMONAR OBSTRUCTIVA CRONICA, NO ESPECIFICADA	0	0	0	0	3	4	1	6	14
	J42X-J42X	BRONQUITIS CRONICA NO ESPECIFICADA	0	0	0	0	2	1	3	6	12
	A162-A162	TUBERCULOSIS DE PULMON, SIN MENCION DE CONFIRMACION BACTERIOLOGICA O HISTOLOGICA	0	0	0	1	3	0	0	0	4
	J329-J329	SINUSITIS CRONICA, NO ESPECIFICADA	0	0	0	0	2	1	0	1	4
	C349-C349	TUMOR MALIGNO DE LOS BRONQUIOS O DEL PULMON, PARTE NO ESPECIFICADA	0	0	0	0	0	3	0	0	3
	J439-J439	ENFISEMA, NO ESPECIFICADO	0	0	0	0	0	1	0	2	3
	J679-J679	NEUMONITIS DEBIDA A HIPERSENSIBILIDAD A POLVO ORGANICO NO ESPECIFICADO	0	0	0	0	1	0	0	2	3
	G473-G473	APNEA DEL SUE/O	0	0	0	0	0	2	0	0	2
	I10X-I10X	HIPERTENSION ESENCIAL (PRIMARIA)	0	0	0	0	0	2	0	0	2
	J984-J984	OTROS TRASTORNOS DEL PULMON	0	0	0	0	1	1	0	0	2
	A182-A182	LINFADENOPATIA PERIFERICA TUBERCULOSA	0	0	0	0	1	0	0	0	1
	A199-A199	TUBERCULOSIS MILIAR, SIN OTRA ESPECIFICACION	0	0	0	0	1	0	0	0	1
	D440-D440	TUMOR DE COMPORTAMIENTO INCIERTO O DESCONOCIDO DE LA GLANDULA TIROIDES	0	0	0	0	1	0	0	0	1
	E039-E039	HIPOTIROIDISMO, NO ESPECIFICADO	0	0	0	0	0	1	0	0	1
	E145-E145	DIABETES MELLITUS NO ESPECIFICADA, CON COMPLICACIONES CIRCULATORIAS PERIFERICAS	0	0	0	0	0	0	0	1	1
	E149-E149	DIABETES MELLITUS NO ESPECIFICADA, SIN MENCION DE COMPLICACION	0	0	0	0	0	0	0	1	1
	I429-I429	CARDIOMIOPATIA, NO ESPECIFICADA	0	0	0	0	0	0	1	0	1
	J029-J029	FARINGITIS AGUDA, NO ESPECIFICADA	0	0	0	0	0	1	0	0	1
	J189-J189	NEUMONIA, NO ESPECIFICADA	0	0	0	0	1	0	0	0	1
	J209-J209	BRONQUITIS AGUDA, NO ESPECIFICADA	0	0	0	0	1	0	0	0	1
	J310-J310	RINITIS CRONICA	0	0	0	0	1	0	0	0	1
	J398-J398	OTRAS ENFERMEDADES ESPECIFICADAS DE LAS VIAS RESPIRATORIAS SUPERIORES	0	0	0	0	0	1	0	0	1
	J47X-J47X	BRONQUIECTASIA	0	0	0	0	0	1	0	0	1
	J852-J852	ABSCESO DEL PULMON SIN NEUMONIA	0	0	0	0	0	1	0	0	1
	K623-K623	PROLAPSO RECTAL	0	0	0	0	0	0	0	1	1
	R05X-R05X	TOS	0	0	0	0	0	0	0	1	1
	Z488-Z488	OTROS CUIDADOS ESPECIFICADOS POSTERIORES A LA CIRUGIA	0	0	0	0	0	1	0	0	1
	Z711-Z711	PERSONA QUE TEME ESTAR ENFERMA, A QUIEN NO SE HACE DIAGNOSTICO	0	0	0	0	0	0	0	1	1
			PUEBLA	0	0	0	3	21	24	6	29

CONSULTAS POR ENTIDAD FEDERATIVA, RANGO DE EDAD SEXO Y DIAGNOSTICO DEL AÑO 2007

QUERETARO	J459-J459	ASMA, NO ESPECIFICADO	0	0	0	0	2	1	0	0	3
	A162-A162	TUBERCULOSIS DE PULMON, SIN MENCION DE CONFIRMACION BACTERIOLOGICA O HISTOLOGICA	0	0	0	0	1	0	0	0	1
	J449-J449	ENFERMEDAD PULMONAR OBSTRUCTIVA CRONICA, NO ESPECIFICADA	0	0	0	0	0	0	0	1	1
		QUERETARO	0	0	0	0	3	1	0	1	5

SAN LUIS POTOSI	J189-J189	NEUMONIA, NO ESPECIFICADA	0	0	0	0	0	0	0	1	1
	J329-J329	SINUSITIS CRONICA, NO ESPECIFICADA	0	0	0	0	0	0	0	1	1
	J459-J459	ASMA, NO ESPECIFICADO	0	0	0	0	1	0	0	0	1
		SAN LUIS POTOSI	0	0	0	0	1	0	0	2	3

SE IGNORA	J449-J449	ENFERMEDAD PULMONAR OBSTRUCTIVA CRONICA, NO ESPECIFICADO	0	0	0	0	0	0	0	1	1
	J459-J459	ASMA, NO ESPECIFICADO	0	0	0	0	1	0	0	0	1
	J984-J984	OTROS TRASTORNOS DEL PULMON	0	0	0	0	1	0	0	0	1
		SE IGNORA	0	0	0	0	2	0	0	1	3

SINALOA	J42X-J42X	BRONQUITIS CRONICA NO ESPECIFICADA	0	0	0	0	1	0	0	0	1
		SINALOA	0	0	0	0	1	0	0	0	1

SONORA	G473-G473	APNEA DEL SUE/O	0	0	0	0	0	0	0	1	1
		SONORA	0	0	0	0	0	0	0	1	1

TABASCO	J42X-J42X	BRONQUITIS CRONICA NO ESPECIFICADA	0	0	0	0	1	0	0	0	1
		TABASCO	0	0	0	0	1	0	0	0	1

CONSULTAS POR ENTIDAD FEDERATIVA, RANGO DE EDAD SEXO Y DIAGNOSTICO DEL AÑO 2007

TLAXCALA	J449-J449	ENFERMEDAD PULMONAR OBSTRUCTIVA CRONICA, NO ESPECIFICADA	0	0	0	0	0	0	0	4	4
	A162-A162	TUBERCULOSIS DE PULMON, SIN MENCION DE CONFIRMACION BACTERIOLOGICA O HISTOLOGICA	0	0	0	0	1	0	0	0	1
	C349-C349	TUMOR MALIGNO DE LOS BRONQUIOS O DEL PULMON, PARTE NO ESPECIFICADA	0	0	0	0	0	0	0	1	1
	J47X-J47X	BRONQUIECTASIA	0	0	0	0	1	0	0	0	1
	J679-J679	NEUMONITIS DEBIDA A HIPERSENSIBILIDAD A POLVO ORGANICO	0	0	0	0	0	0	0	1	1
	J90X-J90X	DERRAME PLEURAL NO CLASIFICADO EN OTRA PARTE	0	0	0	0	0	1	0	0	1
	R05X-R05X	TOS	0	0	0	0	0	0	1	0	1
	R060-R060	DISNEA	0	0	0	0	1	0	0	0	1
	TLAXCALA		0	0	0	0	3	1	1	6	11
VERACRUZ	J449-J449	ENFERMEDAD PULMONAR OBSTRUCTIVA CRONICA, NO ESPECIFICADA	0	0	0	1	6	9	5	5	26
	J42X-J42X	BRONQUITIS CRONICA NO ESPECIFICADA	0	0	0	1	0	3	1	3	8
	J459-J459	ASMA, NO ESPECIFICADO	0	0	0	0	4	1	0	2	7
	Z488-Z488	OTROS CUIDADOS ESPECIFICADOS POSTERIORES A LA CIRUGIA	0	0	1	0	2	0	0	0	3
	A162-A162	TUBERCULOSIS DE PULMON, SIN MENCION DE CONFIRMACION BACTERIOLOGICA O HISTOLOGICA	0	0	0	0	1	1	0	0	2
	C349-C349	TUMOR MALIGNO DE LOS BRONQUIOS O DEL PULMON, PARTE NO ESPECIFICADA	0	0	0	0	1	0	0	1	2
	A181-A181	TUBERCULOSIS DEL APARATO GENITOURINARIO	0	0	0	0	0	1	0	0	1
	J010-J010	SINUSITIS MAXILAR AGUDA	0	0	0	0	0	0	0	1	1
	J678-J678	NEUMONITIS DEBIDAS A HIPERSENSIBILIDAD A OTROS POLVOS ORGANICOS	0	0	0	0	0	1	0	0	1
	J679-J679	NEUMONITIS DEBIDA A HIPERSENSIBILIDAD A POLVO ORGANICO NO ESPECIFICADO	0	0	0	0	0	0	0	1	1
	J841-J841	OTRAS ENFERMEDADES PULMONARES INTERSTICIALES CON FIBROSIS	0	0	0	0	0	0	0	1	1
	J90X-J90X	DERRAME PLEURAL NO CLASIFICADO EN OTRA PARTE	0	0	0	0	0	1	0	0	1
	J941-J941	FIBROTORAX	0	0	0	0	0	1	0	0	1
	VERACRUZ		0	0	1	2	14	18	6	14	55
YUCATAN	J42X-J42X	BRONQUITIS CRONICA NO ESPECIFICADA	0	0	0	0	0	0	0	1	1
		YUCATAN		0	0	0	0	0	0	1	1
	TOTAL FEMENINO 2007		0	1	16	324	1643	2249	677	1785	6695

CONSULTAS POR ENTIDAD FEDERATIVA, RANGO DE EDAD SEXO Y DIAGNOSTICO DEL AÑO 2007

ENTIDAD	CODIGO	NOMBRE DIAGNOSTICO	-1	1-4	5-14	15-24	25-44	45-59	60-64	65+	TOTAL MASC
		BAJA CALIFORNIA NORTE	0	0	0	0	1	0	0	0	1
CHIAPAS	J42X-J42X	BRONQUITIS CRONICA NO ESPECIFICADA	0	0	0	0	0	0	1	1	2
	J449-J449	ENFERMEDAD PULMONAR OBSTRUCTIVA CRONICA, NO ESPECIFICADA	0	0	0	0	0	2	0	0	2
	A162-A162	TUBERCULOSIS DE PULMON, SIN MENCION DE CONFIRMACION BACTERIOLOGICA O HISTOLOGICA	0	0	0	1	0	0	0	0	1
	J386-J386	ESTENOSIS LARINGEA	0	0	0	0	0	0	1	0	1
	J398-J398	OTRAS ENFERMEDADES ESPECIFICADAS DE LAS VIAS RESPIRATORIAS SUPERIORES	0	0	0	0	0	0	1	0	1
	J849-J849	ENFERMEDAD PULMONAR INTERSTICIAL, NO ESPECIFICADA	0	0	0	0	0	0	1	0	1
		CHIAPAS	0	0	0	1	0	2	4	1	8
COAHUILA	E662-E662	OBESIDAD EXTREMA CON HIPOVENTILACION ALVEOLAR	0	0	0	0	1	0	0	0	1
		COAHUILA	0	0	0	0	1	0	0	0	1



CONSULTAS POR ENTIDAD FEDERATIVA, RANGO DE EDAD SEXO Y DIAGNOSTICO DEL AÑO 2007

DISTRITO FEDERAL	J449-J449	ENFERMEDAD PULMONAR OBSTRUCTIVA CRONICA, NO ESPECIFICADO	0	0	0	13	84	169	64	302	632
	J459-J459	ASMA, NO ESPECIFICADO	0	0	2	32	91	42	8	22	197
	J42X-J42X	BRONQUITIS CRONICA NO ESPECIFICADA	0	0	0	8	30	55	18	72	183
	A162-A162	TUBERCULOSIS DE PULMON, SIN MENCION DE CONFIRMACION BACTERIOLOGICA O HISTOLOGICA	0	0	1	8	42	43	18	37	149
	B200-B200	ENFERMEDAD POR VIH, RESULTANTE EN INFECCION POR MICOBACTERIAS	0	0	0	4	36	11	1	0	52
	G473-G473	APNEA DEL SUE/O	0	0	0	2	26	19	2	3	52
	I279-I279	ENFERMEDAD PULMONAR DEL CORAZON, NO ESPECIFICADA	0	0	0	0	5	13	5	22	45
	C349-C349	TUMOR MALIGNO DE LOS BRONQUIOS O DEL PULMON, PARTE NO ESPECIFICADA	0	0	0	0	8	9	4	17	38
	T659-T659	EFFECTO TOXICO DE SUSTANCIA NO ESPECIFICADA	0	0	0	3	8	20	4	3	38
	J329-J329	SINUSITIS CRONICA, NO ESPECIFICADA	0	0	0	6	16	9	1	4	36
	J90X-J90X	DERRAME PLEURAL NO CLASIFICADO EN OTRA PARTE	0	0	0	2	13	9	2	10	36
	A182-A182	LINFADENOPATIA PERIFERICA TUBERCULOSA	0	0	1	5	15	6	1	3	31
	J841-J841	OTRAS ENFERMEDADES PULMONARES INTERSTICIALES CON FIBROSIS	0	0	0	1	10	4	5	10	30
	Z711-Z711	PERSONA QUE TEME ESTAR ENFERMA, A QUIEN NO SE HACE DIAGNOSTICO	0	0	1	2	5	10	5	5	28
	Z488-Z488	OTROS CUIDADOS ESPECIFICADOS POSTERIORES A LA CIRUGIA	0	0	0	4	13	4	2	3	26
	E662-E662	OBESIDAD EXTREMA CON HIPOVENTILACION ALVEOLAR	0	0	0	2	12	7	2	1	24
	B206-B206	ENFERMEDAD POR VIH, RESULTANTE EN NEUMONIA POR PNEUMOCYSTIS CARINII	0	0	0	1	15	4	0	0	20
	I10X-I10X	HIPERTENSION ESENCIAL (PRIMARIA)	0	0	0	0	5	8	1	6	20
	J984-J984	OTROS TRASTORNOS DEL PULMON	0	0	0	2	6	4	3	4	19
	R05X-R05X	TOS	0	0	0	1	7	5	1	3	17
	J849-J849	ENFERMEDAD PULMONAR INTERSTICIAL, NO ESPECIFICADA	0	0	0	1	3	5	3	3	15
	K219-K219	ENFERMEDAD DEL REFLUJO GASTROESOFAGICO SIN ESOFAGITIS	0	0	0	0	7	3	1	3	14
	R060-R060	DISNEA	0	0	1	1	2	4	2	4	14
	J189-J189	NEUMONIA, NO ESPECIFICADA	0	0	0	2	4	3	2	1	12
	J304-J304	RINITIS ALERGICA, NO ESPECIFICADA	0	0	0	0	10	1	0	1	12
	J398-J398	OTRAS ENFERMEDADES ESPECIFICADAS DE LAS VIAS RESPIRATORIAS SUPERIORES	0	0	0	2	4	3	0	1	10
	G479-G479	TRASTORNO DEL SUE/O, NO ESPECIFICADO	0	0	0	0	4	4	0	1	9
	R490-R490	DISFONIA	0	0	0	0	0	7	1	1	9
	A181-A181	TUBERCULOSIS DEL APARATO GENITOURINARIO	0	0	0	2	2	3	0	1	8
	J679-J679	NEUMONITIS DEBIDA A HIPERSENSIBILIDAD A POLVO ORGANICO NO ESPECIFICADO	0	0	0	1	5	0	2	0	8
		OTROS	0	0	0	15	58	56	15	38	182
		DISTRITO FEDERAL		0	0	6	120	546	540	173	581

CONSULTAS POR ENTIDAD FEDERATIVA, RANGO DE EDAD SEXO Y DIAGNOSTICO DEL AÑO 2007

EDO. DE MEXICO	J449-J449	ENFERMEDAD PULMONAR OBSTRUCTIVA CRONICA, NO ESPECIFICADA	0	0	1	3	47	119	44	217	431
	J459-J459	ASMA, NO ESPECIFICADO	0	0	0	24	64	30	5	16	139
	J42X-J42X	BRONQUITIS CRONICA NO ESPECIFICADA	0	0	0	4	19	52	18	41	134
	A162-A162	TUBERCULOSIS DE PULMON, SIN MENCION DE CONFIRMACION BACTERIOLOGICA O HISTOLOGICA	0	0	1	7	54	27	11	25	125
	B200-B200	ENFERMEDAD POR VIH, RESULTANTE EN INFECCION POR MICOBACTERIAS	0	0	0	5	24	5	1	0	35
	C349-C349	TUMOR MALIGNO DE LOS BRONQUIOS O DEL PULMON, PARTE NO ESPECIFICADA	0	0	0	1	3	9	1	15	29
	I10X-I10X	HIPERTENSION ESENCIAL (PRIMARIA)	0	0	0	0	3	2	6	16	27
	E662-E662	OBESIDAD EXTREMA CON HIPOVENTILACION ALVEOLAR	0	0	0	1	10	11	0	2	24
	G473-G473	APNEA DEL SUE/O	0	0	0	2	6	13	3	0	24
	I279-I279	ENFERMEDAD PULMONAR DEL CORAZON, NO ESPECIFICADA	0	0	0	0	6	7	2	9	24
	A182-A182	LINFADENOPATIA PERIFERICA TUBERCULOSA	0	0	0	7	7	4	0	5	23
	J329-J329	SINUSITIS CRONICA, NO ESPECIFICADA	0	0	0	5	8	2	1	1	17
	M549-M549	DORSALGIA, NO ESPECIFICADA	0	0	0	0	3	8	1	5	17
	J841-J841	OTRAS ENFERMEDADES PULMONARES INTERSTICIALES CON FIBROSIS	0	0	0	4	1	5	1	4	15
	J984-J984	OTROS TRASTORNOS DEL PULMON	0	0	0	0	5	2	4	4	15
	Z711-Z711	PERSONA QUE TEME ESTAR ENFERMA, A QUIEN NO SE HACE DIAGNOSTICO	0	0	0	3	4	5	2	1	15
	J189-J189	NEUMONIA, NO ESPECIFICADA	0	0	0	1	5	1	0	6	13
	J90X-J90X	DERRAME PLEURAL NO CLASIFICADO EN OTRA PARTE	0	0	0	1	1	3	1	6	12
	T659-T659	EFEECTO TOXICO DE SUSTANCIA NO ESPECIFICADA	0	0	0	1	3	6	1	1	12
	J679-J679	NEUMONITIS DEBIDA A HIPERSENSIBILIDAD A POLVO ORGANICO NO ESPECIFICADO	0	0	0	0	7	2	0	1	10
	J849-J849	ENFERMEDAD PULMONAR INTERSTICIAL, NO ESPECIFICADA	0	0	0	0	3	3	1	3	10
	R060-R060	DISNEA	0	0	0	3	4	1	0	2	10
	B206-B206	ENFERMEDAD POR VIH, RESULTANTE EN NEUMONIA POR PNEUMOCYSTIS CARINII	0	0	0	3	4	2	0	0	9
	R05X-R05X	TOS	0	0	0	3	1	3	1	1	9
	K409-K409	HERNIA INGUINAL UNILATERAL O NO ESPECIFICADA, SIN OBSTRUCCION NI GANGRENA	0	0	0	0	0	3	2	3	8
	R042-R042	HEMOPTISIS	0	0	0	0	4	2	1	1	8
	D383-D383	TUMOR DE COMPORTAMIENTO INCIERTO O DESCONOCIDO DEL MEDIASTINO	0	0	0	0	2	3	0	2	7
	J398-J398	OTRAS ENFERMEDADES ESPECIFICADAS DE LAS VIAS RESPIRATORIAS SUPERIORES	0	0	1	3	0	2	0	0	6
	J439-J439	ENFISEMA, NO ESPECIFICADO	0	0	0	0	2	4	0	0	6
	J47X-J47X	BRONQUIECTASIA	0	0	0	0	2	2	0	2	6
	OTROS	0	0	0	14	41	27	7	20	109	
	EDO. DE MEXICO		0	0	3	95	343	365	114	409	1329

CONSULTAS POR ENTIDAD FEDERATIVA, RANGO DE EDAD SEXO Y DIAGNOSTICO DEL AÑO 2007

GUANAJUATO	C349-C349	TUMOR MALIGNO DE LOS BRONQUIOS O DEL PULMON, PARTE NO ESPECIFICADA	0	0	0	0	0	2	0	3	5
	J449-J449	ENFERMEDAD PULMONAR OBSTRUCTIVA CRONICA, NO ESPECIFICADA	0	0	0	1	1	0	0	3	5
	J189-J189	NEUMONIA, NO ESPECIFICADA	0	0	0	1	0	0	0	0	1
	J459-J459	ASMA, NO ESPECIFICADO	0	0	0	1	0	0	0	0	1
	K219-K219	ENFERMEDAD DEL REFLUJO GASTROESOFAGICO SIN ESOFAGITIS	0	0	0	0	0	0	0	1	1
	Z488-Z488	OTROS CUIDADOS ESPECIFICADOS POSTERIORES A LA CIRUGIA	0	0	0	0	0	0	0	1	1
		GUANAJUATO		0	0	0	3	1	2	0	8

GUERRERO	J449-J449	ENFERMEDAD PULMONAR OBSTRUCTIVA CRONICA, NO ESPECIFICADA	0	0	0	0	1	1	2	6	10
	C349-C349	TUMOR MALIGNO DE LOS BRONQUIOS O DEL PULMON, PARTE NO ESPECIFICADA	0	0	0	0	2	1	0	1	4
	J42X-J42X	BRONQUITIS CRONICA NO ESPECIFICADA	0	0	0	0	0	0	1	1	2
	J459-J459	ASMA, NO ESPECIFICADO	0	0	0	0	0	1	1	0	2
	Z488-Z488	OTROS CUIDADOS ESPECIFICADOS POSTERIORES A LA CIRUGIA	0	0	0	0	0	1	1	0	2
	A184-A184	TUBERCULOSIS DE LA PIEL Y EL TEJIDO SUBCUTANEO	0	0	0	0	1	0	0	0	1
	J189-J189	NEUMONIA, NO ESPECIFICADA	0	0	0	0	0	1	0	0	1
	J47X-J47X	BRONQUIECTASIA	0	0	0	0	0	0	0	1	1
	J680-J680	BRONQUITIS Y NEUMONITIS DEBIDAS A INHALACION DE GASES, HUMOS, VAPORES Y SUSTANCIAS QUIMICAS	0	0	0	0	0	1	0	0	1
	J90X-J90X	DERRAME PLEURAL NO CLASIFICADO EN OTRA PARTE	0	0	0	0	0	0	0	1	1
	J984-J984	OTROS TRASTORNOS DEL PULMON	0	0	0	0	1	0	0	0	1
	M758-M758	OTRAS LESIONES DEL HOMBRO	0	0	0	0	1	0	0	0	1
	GUERRERO		0	0	0	0	6	6	5	10	27



CONSULTAS POR ENTIDAD FEDERATIVA, RANGO DE EDAD SEXO Y DIAGNOSTICO DEL AÑO 2007

HIDALGO	J449-J449	ENFERMEDAD PULMONAR OBSTRUCTIVA CRONICA, NO ESPECIFICADA	0	0	0	0	0	6	1	3	10	
	J459-J459	ASMA, NO ESPECIFICADO	0	0	0	0	3	1	1	0	5	
	A162-A162	TUBERCULOSIS DE PULMON, SIN MENCION DE CONFIRMACION BACTERIOLOGICA O HISTOLOGICA	0	0	0	0	2	0	0	0	2	
	J42X-J42X	BRONQUITIS CRONICA NO ESPECIFICADA	0	0	0	0	0	2	0	0	2	
	I269-I269	EMBOLIA PULMONAR SIN MENCION DE CORAZON PULMONAR AGUDO	0	0	0	0	1	0	0	0	1	
	I790-I790	ANEURISMA DE LA AORTA EN ENFERMEADES CLASIFICADAS EN OTRA PARTE	0	0	0	0	0	1	0	0	1	
	J189-J189	NEUMONIA, NO ESPECIFICADA	0	0	0	0	0	1	0	0	1	
	J329-J329	SINUSITIS CRONICA, NO ESPECIFICADA	0	0	0	0	0	1	0	0	1	
	J869-J869	PIOTORAX SIN FISTULA	0	0	0	0	0	1	0	0	1	
	J984-J984	OTROS TRASTORNOS DEL PULMON	0	0	0	0	0	0	0	1	1	
K409-K409	HERNIA INGUINAL UNILATERAL O NO ESPECIFICADA, SIN OBSTRUCCION NI GANGRENA	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	
		HIDALGO	0	0	0	0	0	6	13	2	5	26
JALISCO	G473-G473	APNEA DEL SUEÑO	0	0	0	0	0	1	0	0	1	
		JALISCO	0	0	0	0	0	1	0	0	1	
MICHOACAN	J449-J449	ENFERMEDAD PULMONAR OBSTRUCTIVA CRONICA, NO ESPECIFICADA	0	0	0	0	0	1	0	7	8	
	A162-A162	TUBERCULOSIS DE PULMON, SIN MENCION DE CONFIRMACION BACTERIOLOGICA O HISTOLOGICA	0	0	0	1	2	0	0	0	3	
	J42X-J42X	BRONQUITIS CRONICA NO ESPECIFICADA	0	0	0	0	0	3	0	0	3	
	J459-J459	ASMA, NO ESPECIFICADO	0	0	0	0	0	1	0	2	3	
	Z430-Z430	ATENCION DE TRAQUEOSTOMIA	0	0	0	0	2	0	0	0	2	
	A165-A165	PLEURESIA TUBERCULOSA, SIN MENCION DE CONFIRMACION BACTERIOLOGICA O HISTOLOGICA	0	0	0	0	1	0	0	0	1	
	A182-A182	LINFADENOPATIA PERIFERICA TUBERCULOSA	0	0	0	0	1	0	0	0	1	
	C349-C349	TUMOR MALIGNO DE LOS BRONQUIOS O DEL PULMON, PARTE NO ESPECIFICADA	0	0	0	0	0	0	0	1	1	
	D380-D380	TUMOR DE COMPORTAMIENTO INCIERTO O DESCONOCIDO DE LARINGE	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1
	E149-E149	DIABETES MELLITUS NO ESPECIFICADA, SIN MENCION DE COMPLICACION	0	0	0	0	0	1	0	0	1	
	I279-I279	ENFERMEDAD PULMONAR DEL CORAZON, NO ESPECIFICADA	0	0	0	0	0	0	0	1	1	
	J860-J860	PIOTORAX CON FISTULA	0	0	0	0	1	0	0	0	1	
	J984-J984	OTROS TRASTORNOS DEL PULMON	0	0	0	0	0	1	0	0	1	
	K404-K404	HERNIA INGUINAL UNILATERAL O NO ESPECIFICADA, CON GANGRENA	0	0	0	0	0	1	0	0	1	
	Z711-Z711	PERSONA QUE TEME ESTAR ENFERMA, A QUIEN NO SE HACE DIAGNOSTICO	0	0	0	0	1	0	0	0	1	
		MICHOACAN	0	0	0	1	8	8	0	12	29	



CONSULTAS POR ENTIDAD FEDERATIVA, RANGO DE EDAD SEXO Y DIAGNOSTICO DEL AÑO 2007

MORELOS	J449-J449	ENFERMEDAD PULMONAR OBSTRUCTIVA CRONICA, NO ESPECIFICADA	0	0	0	0	2	3	0	0	5
	A162-A162	TUBERCULOSIS DE PULMON, SIN MENCION DE CONFIRMACION BACTERIOLOGICA O HISTOLOGICA	0	0	0	2	0	0	0	0	2
	J459-J459	ASMA, NO ESPECIFICADO	0	0	0	0	1	1	0	0	2
	A182-A182	LINFADENOPATIA PERIFERICA TUBERCULOSA	0	0	0	0	0	0	0	1	1
	C61X-C61X	TUMOR MALIGNO DE LA PROSTATA	0	0	0	0	0	0	0	1	1
	J329-J329	SINUSITIS CRONICA, NO ESPECIFICADA	0	0	0	0	0	1	0	0	1
	J942-J942	HEMOTORAX	0	0	0	0	0	0	0	1	1
			MORELOS	0	0	0	2	3	5	0	3
NAYARIT	J22X-J22X	INFECCION AGUDA NO ESPECIFICADA DE LAS VIAS RESPIRATORIAS INFERIORES	0	0	0	0	0	0	0	1	1
		NAYARIT	0	0	0	0	0	0	0	1	1
NUEVO LEON	A162-A162	TUBERCULOSIS DE PULMON, SIN MENCION DE CONFIRMACION BACTERIOLOGICA O HISTOLOGICA	0	0	0	1	0	0	0	0	1
		NUEVO LEON	0	0	0	1	0	0	0	0	1
OAXACA	J449-J449	ENFERMEDAD PULMONAR OBSTRUCTIVA CRONICA, NO ESPECIFICADA	0	0	0	0	2	5	0	3	10
	A162-A162	TUBERCULOSIS DE PULMON, SIN MENCION DE CONFIRMACION BACTERIOLOGICA O HISTOLOGICA	0	0	0	0	0	2	2	1	5
	J42X-J42X	BRONQUITIS CRONICA NO ESPECIFICADA	0	0	0	0	0	4	0	0	4
	I279-I279	ENFERMEDAD PULMONAR DEL CORAZON, NO ESPECIFICADA	0	0	0	0	0	1	0	1	2
	J398-J398	OTRAS ENFERMEDADES ESPECIFICADAS DE LAS VIAS RESPIRATORIAS SUPERIORES	0	0	0	2	0	0	0	0	2
	J459-J459	ASMA, NO ESPECIFICADO	0	0	0	0	1	1	0	0	2
	J841-J841	OTRAS ENFERMEDADES PULMONARES INTERSTICIALES CON FIBRO	0	0	0	1	0	0	0	1	2
	Z711-Z711	PERSONA QUE TEME ESTAR ENFERMA, A QUIEN NO SE HACE DIAGNOSTICO	0	0	0	0	1	0	1	0	2
	F449-F449	TRASTORNO DISOCIATIVO [DE CONVERSION], NO ESPECIFICADO	0	0	0	0	0	0	0	1	1
	J849-J849	ENFERMEDAD PULMONAR INTERSTICIAL, NO ESPECIFICADA	0	0	0	0	0	0	1	0	1
	J941-J941	FIBROTORAX	0	0	0	0	0	0	0	1	1
	M349-M349	ESCLEROSIS SISTEMICA, NO ESPECIFICADA	0	0	0	0	1	0	0	0	1
	R071-R071	DOLOR EN EL PECHO AL RESPIRAR	0	0	0	0	0	1	0	0	1
	R073-R073	OTROS DOLORES EN EL PECHO	0	0	0	0	1	0	0	0	1
		OAXACA	0	0	0	3	6	14	4	8	35



CONSULTAS POR ENTIDAD FEDERATIVA, RANGO DE EDAD SEXO Y DIAGNOSTICO DEL AÑO 2007

PUEBLA	J449-J449	ENFERMEDAD PULMONAR OBSTRUCTIVA CRONICA, NO ESPECIFICADA	0	0	0	1	3	0	2	4	10
	A162-A162	TUBERCULOSIS DE PULMON, SIN MENCION DE CONFIRMACION BACTERIOLOGICA O HISTOLOGICA	0	0	0	0	2	0	1	2	5
	C349-C349	TUMOR MALIGNO DE LOS BRONQUIOS O DEL PULMON, PARTE NO ESPECIFICADA	0	0	0	0	1	0	1	1	3
	G473-G473	APNEA DEL SUE/O	0	0	0	0	0	3	0	0	3
	J42X-J42X	BRONQUITIS CRONICA NO ESPECIFICADA	0	0	0	0	1	0	1	1	3
	A181-A181	TUBERCULOSIS DEL APARATO GENITOURINARIO	0	0	0	1	0	0	0	0	1
	A182-A182	LINFADENOPATIA PERIFERICA TUBERCULOSA	0	0	0	0	0	0	0	1	1
	C509-C509	TUMOR MALIGNO DE LA MAMA, PARTE NO ESPECIFICADA	0	0	0	0	0	0	0	1	1
	I10X-I10X	HIPERTENSION ESENCIAL (PRIMARIA)	0	0	0	0	1	0	0	0	1
	I279-I279	ENFERMEDAD PULMONAR DEL CORAZON, NO ESPECIFICADA	0	0	0	0	0	0	0	1	1
	J459-J459	ASMA, NO ESPECIFICADO	0	0	0	1	0	0	0	0	1
	J47X-J47X	BRONQUIECTASIA	0	0	0	0	0	1	0	0	1
	R05X-R05X	TOS	0	0	0	0	0	1	0	0	1
		PUEBLA	0	0	0	3	8	5	5	11	32
QUERETARO	A182-A182	LINFADENOPATIA PERIFERICA TUBERCULOSA	0	0	0	0	1	0	0	0	1
		QUERETARO	0	0	0	0	1	0	0	0	1
SE IGNORA	Z711-Z711	PERSONA QUE TEME ESTAR ENFERMA, A QUIEN NO SE HACE DIAGNOSTICO	0	0	0	0	0	0	0	1	1
		SE IGNORA	0	0	0	0	0	0	0	1	1
TABASCO	J42X-J42X	BRONQUITIS CRONICA NO ESPECIFICADA	0	0	0	0	0	1	0	0	1
	J841-J841	OTRAS ENFERMEDADES PULMONARES INTERSTICIALES CON FIBROSIS	0	0	0	0	0	0	1	0	1
		TABASCO	0	0	0	0	0	1	1	0	2
TAMAULIPAS	J449-J449	ENFERMEDAD PULMONAR OBSTRUCTIVA CRONICA, NO ESPECIFICADA	0	0	0	1	0	0	0	0	1
		TAMAULIPAS	0	0	0	1	0	0	0	0	1

CONSULTAS POR ENTIDAD FEDERATIVA, RANGO DE EDAD SEXO Y DIAGNOSTICO DEL AÑO 2007

TLAXCALA	J449-J449	ENFERMEDAD PULMONAR OBSTRUCTIVA CRONICA, NO ESPECIFICADA	0	0	0	0	0	1	0	1	2
	J459-J459	ASMA, NO ESPECIFICADO	0	0	0	0	2	0	0	0	2
	A162-A162	TUBERCULOSIS DE PULMON, SIN MENCION DE CONFIRMACION BACTERIOLOGICA O HISTOLOGICA	0	0	0	1	0	0	0	0	1
	J129-J129	NEUMONIA VIRAL, NO ESPECIFICADA	0	0	0	0	0	1	0	0	1
	J941-J941	FIBROTORAX	0	0	0	0	1	0	0	0	1
	Z488-Z488	OTROS CUIDADOS ESPECIFICADOS POSTERIORES A LA CIRUGIA	0	0	0	1	0	0	0	0	1
		TLAXCALA	0	0	0	2	3	2	0	1	8

VERACRUZ	J449-J449	ENFERMEDAD PULMONAR OBSTRUCTIVA CRONICA, NO ESPECIFICADA	0	0	0	0	1	3	0	3	7
	A162-A162	TUBERCULOSIS DE PULMON, SIN MENCION DE CONFIRMACION BACTERIOLOGICA O HISTOLOGICA	0	0	0	0	0	2	0	3	5
	J42X-J42X	BRONQUITIS CRONICA NO ESPECIFICADA	0	0	0	1	1	0	0	1	3
	C349-C349	TUMOR MALIGNO DE LOS BRONQUIOS O DEL PULMON, PARTE NO ESPECIFICADA	0	0	0	0	0	0	1	1	2
	B200-B200	ENFERMEDAD POR VIH, RESULTANTE EN INFECCION POR MICOBACTERIAS	0	0	0	0	1	0	0	0	1
	J439-J439	ENFISEMA, NO ESPECIFICADO	0	0	0	1	0	0	0	0	1
	J459-J459	ASMA, NO ESPECIFICADO	0	0	0	0	0	0	0	1	1
	J941-J941	FIBROTORAX	0	0	0	0	0	0	1	0	1
	VERACRUZ	0	0	0	2	3	5	2	9	21	

TOTAL MASCULINO 2007	0	0	9	234	936	969	310	1060	3518
-----------------------------	----------	----------	----------	------------	------------	------------	------------	-------------	-------------



En el 2007 de las 10,213 consultas otorgadas hubo cuatro padecimientos que sobresalieron y abarcaron el 61.3% de la consulta siendo la Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica (J-449) con 2,840 consultas que equivalen al 27.81%, el Asma Bronquial, no especificado (J-459) con 1,479 consultas equivalentes al 14.48%, la Bronquitis Crónica, no especificada (J-42X) con 1,250 con el 12.24% y la Tuberculosis de Pulmón, sin mención de confirmación bacteriológica o histológica con 691 consultas (6.77%) del total de la consulta. Para este año las consultas del sexo femenino ascendieron a 6,695 (65.55%) y las de masculino fueron 3,518 consultas (34.45%).

Por entidad federativa, al igual que en todos los años del lustro comprendido en el boletín el Distrito Federal y el Estado de México predominan en las consultas pero, en este año, el Estado de México representa el 54.51 % que es mas de la mitad de las otorgadas con 5,567 pacientes, el Distrito Federal tiene 3,979 consultas que equivale al 38.96% que en conjunto nos da el 93.47% y quedando el 6.53% restante para las demás entidades donde la zona sur centro predomina con los estados de Puebla (115 consultas), Oaxaca (86 consultas), Hidalgo (83 consultas) y Veracruz con 76 consultas.



CONSULTAS

2008



30 PRINCIPALES MOTIVOS DE CONSULTA DE NEUMOLOGÍA 2008

N°	CODIGO	NOMBRE	-1		1-4		5-14		15-24		25-44		45-59		60-64		65+		TOTAL	TOTAL	TOTAL
			FEM	MASC	FEM	MASC	FEM	MASC	FEM	MASC	FEM	MASC	FEM	MASC	FEM	MASC	FEM	MASC	FEM	MASC	GRAL
1	J449-J449	ENFERMEDAD PULMONAR OBSTRUCTIVA CRONICA, NO ESPECIFICADA	0	0	0	0	0	1	28	15	167	102	355	281	220	105	653	508	1423	1012	2435
2	J459-J459	ASMA, NO ESPECIFICADO	0	0	0	1	3	4	122	71	475	135	373	102	62	12	100	44	1135	369	1504
3	J42X-J42X	BRONQUITIS CRONICA NO ESPECIFICADA	0	0	0	0	0	0	34	5	152	68	328	112	156	26	242	106	912	317	1229
4	A162-A162	TUBERCULOSIS DE PULMON, SIN MENCION DE CONFIRMACION BACTERIOLOGICA O HISTOLOGICA	0	0	0	0	0	1	18	24	116	98	102	79	26	23	53	53	315	278	593
5	G473-G473	APNEA DEL SUE/O	0	0	0	0	0	0	0	3	26	36	58	58	21	10	22	9	127	116	243
6	C349-C349	TUMOR MALIGNO DE LOS BRONQUIOS O DEL PULMON, PARTE NO ESPECIFICADA	0	0	0	0	0	0	3	3	14	25	29	34	17	12	33	39	96	113	209
7	J849-J849	ENFERMEDAD PULMONAR INTERSTICIAL, NO ESPECIFICADA	0	0	0	0	1	0	3	2	48	10	53	8	11	3	45	20	161	43	204
8	A182-A182	LINFADENOPATIA PERIFERICA TUBERCULOSA	0	0	0	0	0	2	14	15	45	18	36	10	8	4	19	3	122	52	174
9	J329-J329	SINUSITIS CRONICA, NO ESPECIFICADA	0	0	1	0	0	0	4	10	42	27	44	12	11	4	12	7	114	60	174
10	I279-I279	ENFERMEDAD PULMONAR DEL CORAZON, NO ESPECIFICADA	0	0	0	0	0	0	0	5	12	9	24	35	18	8	40	19	94	76	170
11	B200-B200	ENFERMEDAD POR VIH, RESULTANTE EN INFECCION POR MICOBACTERIAS	0	0	0	0	1	0	4	24	21	85	14	7	2	4	2	2	44	122	166
12	J679-J679	NEUMONITIS DEBIDA A HIPERSENSIBILIDAD A POLVO ORGANICO NO ESPECIFICADO	0	0	0	0	0	0	4	0	55	6	59	6	11	0	12	3	141	15	156
13	R05X-R05X	TOS	0	0	0	0	0	0	7	4	28	10	39	20	9	2	26	7	109	43	152
14	J90X-J90X	DERRAME PLEURAL NO CLASIFICADO EN OTRA PARTE	0	0	0	0	0	0	4	7	12	17	34	20	9	8	22	17	81	69	150
15	J841-J841	OTRAS ENFERMEDADES PULMONARES INTERSTICIALES CON FIBROSIS	0	0	0	0	0	0	0	1	16	5	47	14	17	6	24	20	104	46	150
16	J984-J984	OTROS TRASTORNOS DEL PULMON	0	0	0	0	0	0	0	1	20	7	36	15	12	6	34	17	102	46	148
17	T659-T659	EFFECTO TOXICO DE SUSTANCIA NO ESPECIFICADA	0	0	0	0	0	0	3	21	20	40	28	7	7	4	4	4	72	62	134
18	I10X-I10X	HIPERTENSION ESENCIAL (PRIMARIA)	0	0	0	0	0	0	0	0	15	5	32	10	16	4	35	12	98	31	129
19	Z711-Z711	PERSONA QUE TEME ESTAR ENFERMA, A QUIEN NO SE HACE DIAGNOSTICO	0	0	0	0	0	0	6	5	17	14	29	9	6	3	25	15	83	46	129
20	E668-E668	OTROS TIPOS DE OBESIDAD	0	0	0	0	0	0	2	2	29	15	38	13	12	1	11	4	92	35	127
21	K219-K219	ENFERMEDAD DEL REFLUJO GASTROESOFAGICO SIN ESOFAGITIS	0	0	0	0	0	0	1	0	20	13	38	13	11	0	12	4	82	30	112
22	A181-A181	TUBERCULOSIS DEL APARATO GENITOURINARIO	0	0	0	0	0	0	7	6	21	15	12	14	5	6	13	4	58	45	103
23	J304-J304	RINITIS ALERGICA, NO ESPECIFICADA	0	0	0	0	0	1	8	5	30	10	14	4	2	0	3	2	57	22	79
24	J398-J398	OTRAS ENFERMEDADES ESPECIFICADAS DE LAS VIAS RESPIRATORIAS SUPERIORES	0	0	0	0	0	0	2	8	20	10	12	11	6	0	0	1	40	30	70
25	J47X-J47X	BRONQUIECTASIA	0	0	0	0	0	0	5	0	12	5	12	6	9	2	8	4	46	17	63
26	M549-M549	DORSALGIA, NO ESPECIFICADA	0	0	0	0	0	0	0	1	7	3	14	13	2	0	8	2	31	19	50
27	J189-J189	NEUMONIA, NO ESPECIFICADA	0	0	0	0	0	0	2	0	7	9	6	4	5	2	7	6	27	21	48
28	R060-R060	DISNEA	0	0	0	0	0	0	1	2	7	3	11	5	5	2	8	2	32	14	46
29	J029-J029	FARINGITIS AGUDA, NO ESPECIFICADA	0	0	0	0	0	0	5	4	10	4	9	5	2	2	3	0	29	15	44
30	C509-C509	TUMOR MALIGNO DE LA MAMA, PARTE NO ESPECIFICADA	0	0	0	0	0	0	1	0	4	0	21	0	6	0	10	1	42	1	43
		OTROS	0	0	0	0	1	6	46	65	142	103	199	90	99	50	108	68	595	382	977
		TOTAL GENERAL CONSULTAS 2008	0	0	1	1	6	15	331	291	1611	887	2118	1038	803	312	1594	1003	6464	3547	10011

CONSULTAS POR ENTIDAD FEDERATIVA, RANGO DE EDAD SEXO Y DIAGNOSTICO DEL AÑO 2008

ENTIDAD	CODIGO	NOMBRE									TOTAL FEM
			DIAGNOSTICO	-1	1-4	5-14	15-24	25-44	45-59	60-64	
AGUASCALIENTES	J449-J449	ENFERMEDAD PULMONAR OBSTRUCTIVA CRONICA, NO ESPECIFICADA	0	0	0	0	0	0	1	0	1
	J849-J849	ENFERMEDAD PULMONAR INTERSTICIAL, NO ESPECIFICADA	0	0	0	0	0	1	0	0	1
	J984-J984	OTROS TRASTORNOS DEL PULMON	0	0	0	0	0	0	1	0	1
		AGUASCALIENTES		0	0	0	0	0	1	2	0
BAJA CALIFORNIA NORTE	J459-J459	ASMA, NO ESPECIFICADO	0	0	0	1	0	0	0	0	1
		BAJA CALIFORNIA NORTE		0	0	0	1	0	0	0	1
CAMPECHE	M199-M199	ARTROSIS, NO ESPECIFICADA	0	0	0	0	0	1	0	0	1
		CAMPECHE		0	0	0	0	0	1	0	1
CHIAPAS	J449-J449	ENFERMEDAD PULMONAR OBSTRUCTIVA CRONICA, NO ESPECIFICADA	0	0	0	0	0	2	0	1	3
	J459-J459	ASMA, NO ESPECIFICADO	0	0	0	0	1	0	0	2	3
	A162-A162	TUBERCULOSIS DE PULMON, SIN MENCION DE CONFIRMACION BACTERIOLOGICA O HISTOLOGICA	0	0	0	2	0	0	0	0	2
	J42X-J42X	BRONQUITIS CRONICA NO ESPECIFICADA	0	0	0	0	1	0	0	1	2
	K219-K219	ENFERMEDAD DEL REFLUJO GASTROESOFAGICO SIN ESOFAGITIS	0	0	0	0	1	0	0	0	1
		CHIAPAS		0	0	0	2	3	2	0	4
COLIMA	J449-J449	ENFERMEDAD PULMONAR OBSTRUCTIVA CRONICA, NO ESPECIFICADA	0	0	0	0	1	0	0	0	1
	K219-K219	ENFERMEDAD DEL REFLUJO GASTROESOFAGICO SIN ESOFAGITIS	0	0	0	1	0	0	0	0	1
		COLIMA		0	0	0	1	1	0	0	2

CONSULTAS POR ENTIDAD FEDERATIVA, RANGO DE EDAD SEXO Y DIAGNOSTICO DEL AÑO 2008

DISTRITO FEDERAL	J449-J449	ENFERMEDAD PULMONAR OBSTRUCTIVA CRONICA, NO ESPECIFICADA	0	0	0	8	59	151	84	307	609
	J459-J459	ASMA, NO ESPECIFICADO	0	0	2	54	202	157	19	54	488
	J42X-J42X	BRONQUITIS CRONICA NO ESPECIFICADA	0	0	0	8	60	136	76	101	381
	A162-A162	TUBERCULOSIS DE PULMON, SIN MENCION DE CONFIRMACION BACTERIOLOGICA O HISTOLOGICA	0	0	0	6	37	30	9	21	103
	J849-J849	ENFERMEDAD PULMONAR INTERSTICIAL, NO ESPECIFICADA	0	0	0	2	19	20	6	20	67
	R05X-R05X	TOS	0	0	0	6	12	19	4	12	53
	J329-J329	SINUSITIS CRONICA, NO ESPECIFICADA	0	0	0	1	19	22	5	4	51
	J679-J679	NEUMONITIS DEBIDA A HIPERSENSIBILIDAD A POLVO ORGANICO NO ESPECIFICADO	0	0	0	3	15	25	5	1	49
	A182-A182	LINFADENOPATIA PERIFERICA TUBERCULOSA	0	0	0	3	15	12	4	8	42
	J841-J841	OTRAS ENFERMEDADES PULMONARES INTERSTICIALES CON FIBROSIS	0	0	0	0	5	19	8	9	41
	T659-T659	EFECTO TOXICO DE SUSTANCIA NO ESPECIFICADA	0	0	0	0	9	23	6	2	40
	G473-G473	APNEA DEL SUE/O	0	0	0	0	8	13	8	9	38
	I279-I279	ENFERMEDAD PULMONAR DEL CORAZON, NO ESPECIFICADA	0	0	0	0	3	8	8	17	36
	J90X-J90X	DERRAME PLEURAL NO CLASIFICADO EN OTRA PARTE	0	0	0	0	5	12	5	13	35
	C349-C349	TUMOR MALIGNO DE LOS BRONQUIOS O DEL PULMON, PARTE NO ESPECIFICADA	0	0	0	1	6	7	6	12	32
	K219-K219	ENFERMEDAD DEL REFLUJO GASTROESOFAGICO SIN ESOFAGITIS	0	0	0	0	6	14	6	6	32
	E668-E668	OTROS TIPOS DE OBESIDAD	0	0	0	0	11	13	3	4	31
	I10X-I10X	HIPERTENSION ESENCIAL (PRIMARIA)	0	0	0	0	5	7	10	9	31
	J984-J984	OTROS TRASTORNOS DEL PULMON	0	0	0	0	10	12	2	7	31
	A181-A181	TUBERCULOSIS DEL APARATO GENITOURINARIO	0	0	0	2	11	4	3	8	28
	Z711-Z711	PERSONA QUE TEME ESTAR ENFERMA, A QUIEN NO SE HACE DIAGNOSTICO	0	0	0	2	9	7	1	9	28
	J304-J304	RINITIS ALERGICA, NO ESPECIFICADA	0	0	0	3	13	5	1	0	22
	B200-B200	ENFERMEDAD POR VIH, RESULTANTE EN INFECCION POR MICOBACTERIAS	0	0	1	2	14	4	0	0	21
	J47X-J47X	BRONQUIECTASIA	0	0	0	4	4	2	6	2	18
	C509-C509	TUMOR MALIGNO DE LA MAMA, PARTE NO ESPECIFICADA	0	0	0	0	1	10	3	3	17
	M329-M329	LUPUS ERITEMATOSO SISTEMICO, SIN OTRA ESPECIFICACION	0	0	0	0	7	5	0	2	14
	R060-R060	DISNEA	0	0	0	0	0	4	4	6	14
	M069-M069	ARTRITIS REUMATOIDE, NO ESPECIFICADA	0	0	0	0	4	4	4	1	13
	J398-J398	OTRAS ENFERMEDADES ESPECIFICADAS DE LAS VIAS RESPIRATORIAS SUPERIORES	0	0	0	2	5	2	3	0	12
	M549-M549	DORSALGIA, NO ESPECIFICADA	0	0	0	0	3	3	1	3	10
	OTROS	0	0	1	21	65	63	24	51	225	
	DISTRITO FEDERAL		0	0	6	158	692	854	369	743	2822

CONSULTAS POR ENTIDAD FEDERATIVA, RANGO DE EDAD SEXO Y DIAGNOSTICO DEL AÑO 2008

DURANGO	J449-J449	ENFERMEDAD PULMONAR OBSTRUCTIVA CRONICA, NO ESPECIFICADA	0	0	0	0	0	1	0	0	1	
		DURANGO	0	0	0	0	0	1	0	0	1	
EDO. DE MEXICO	J449-J449	ENFERMEDAD PULMONAR OBSTRUCTIVA CRONICA, NO ESPECIFICADA	0	0	0	12	78	159	108	273	630	
	J459-J459	ASMA, NO ESPECIFICADO	0	0	1	43	222	182	38	33	519	
	J42X-J42X	BRONQUITIS CRONICA NO ESPECIFICADA	0	0	0	14	73	159	56	109	411	
	A162-A162	TUBERCULOSIS DE PULMON, SIN MENCION DE CONFIRMACION BACTERIOLOGICA O HISTOLOGICA	0	0	0	8	56	57	12	25	158	
	J679-J679	NEUMONITIS DEBIDA A HIPERSENSIBILIDAD A POLVO ORGANICO NO ESPECIFICADO	0	0	0	1	36	30	4	9	80	
	G473-G473	APNEA DEL SUE/O	0	0	0	0	14	42	11	11	78	
	J849-J849	ENFERMEDAD PULMONAR INTERSTICIAL, NO ESPECIFICADA	0	0	1	1	26	27	3	20	78	
	A182-A182	LINFADENOPATIA PERIFERICA TUBERCULOSA	0	0	0	10	25	16	2	9	62	
	I10X-I10X	HIPERTENSION ESENCIAL (PRIMARIA)	0	0	0	0	8	22	4	24	58	
	J984-J984	OTROS TRASTORNOS DEL PULMON	0	0	0	0	7	20	7	23	57	
	E668-E668	OTROS TIPOS DE OBESIDAD	0	0	0	2	16	22	7	6	53	
	J329-J329	SINUSITIS CRONICA, NO ESPECIFICADA	0	1	0	1	20	18	5	6	51	
	J841-J841	OTRAS ENFERMEDADES PULMONARES INTERSTICIALES CON FIBROSIS	0	0	0	0	10	22	7	12	51	
	C349-C349	TUMOR MALIGNO DE LOS BRONQUIOS O DEL PULMON, PARTE NO ESPECIFICADA	0	0	0	2	6	14	10	17	49	
	I279-I279	ENFERMEDAD PULMONAR DEL CORAZON, NO ESPECIFICADA	0	0	0	0	7	14	6	16	43	
	R05X-R05X	TOS	0	0	0	0	11	16	5	10	42	
	Z711-Z711	PERSONA QUE TEME ESTAR ENFERMA, A QUIEN NO SE HACE DIAGNOSTICO	0	0	0	4	7	15	5	11	42	
	K219-K219	ENFERMEDAD DEL REFLUJO GASTROESOFAGICO SIN ESOFAGITIS	0	0	0	0	12	20	3	4	39	
	J90X-J90X	DERRAME PLEURAL NO CLASIFICADO EN OTRA PARTE	0	0	0	4	3	17	3	8	35	
	J304-J304	RINITIS ALERGICA, NO ESPECIFICADA	0	0	0	5	14	7	1	3	30	
	T659-T659	EFECTO TOXICO DE SUSTANCIA NO ESPECIFICADA	0	0	0	0	10	15	1	1	27	
	A181-A181	TUBERCULOSIS DEL APARATO GENITOURINARIO	0	0	0	4	8	5	0	4	21	
	C509-C509	TUMOR MALIGNO DE LA MAMA, PARTE NO ESPECIFICADA	0	0	0	1	2	9	3	5	20	
	J398-J398	OTRAS ENFERMEDADES ESPECIFICADAS DE LAS VIAS RESPIRATORIAS SUPERIORES	0	0	0	0	11	9	0	0	20	
	J47X-J47X	BRONQUIECTASIA	0	0	0	1	4	6	2	6	19	
	J029-J029	FARINGITIS AGUDA, NO ESPECIFICADA	0	0	0	2	5	8	1	2	18	
	J189-J189	NEUMONIA, NO ESPECIFICADA	0	0	0	2	1	4	4	6	17	
	M549-M549	DORSALGIA, NO ESPECIFICADA	0	0	0	0	3	8	1	5	17	
	Z488-Z488	OTROS CUIDADOS ESPECIFICADOS POSTERIORES A LA CIRUGIA	0	0	0	1	4	9	2	1	17	
	B200-B200	ENFERMEDAD POR VIH, RESULTANTE EN INFECCION POR MICOBACTERIAS	0	0	0	2	4	8	1	1	16	
			OTROS	0	0	0	15	74	119	26	52	286
			EDO. DE MEXICO	0	1	4	173	817	1119	378	752	3244



CONSULTAS POR ENTIDAD FEDERATIVA, RANGO DE EDAD SEXO Y DIAGNOSTICO DEL AÑO 2008

GUANAJUATO	J459-J459	ASMA, NO ESPECIFICADO	0	0	0	0	0	0	0	2	2
	A181-A181	TUBERCULOSIS DEL APARATO GENITOURINARIO	0	0	0	0	1	0	0	0	1
	B200-B200	ENFERMEDAD POR VIH, RESULTANTE EN INFECCION POR MICOBACTERIAS	0	0	0	0	0	1	0	0	1
	J42X-J42X	BRONQUITIS CRONICA NO ESPECIFICADA	0	0	0	0	0	0	0	1	1
	J449-J449	ENFERMEDAD PULMONAR OBSTRUCTIVA CRONICA, NO ESPECIFICADA	0	0	0	0	0	1	0	0	1
	J90X-J90X	DERRAME PLEURAL NO CLASIFICADO EN OTRA PARTE	0	0	0	0	0	1	0	0	1
	J984-J984	OTROS TRASTORNOS DEL PULMON	0	0	0	0	0	1	0	0	1
	L929-L929	TRASTORNO GRANULOMATOSO DE LA PIEL Y DEL TEJIDO SUBCUTANEO, NO ESPECIFICADO	0	0	0	0	0	1	0	0	1
	R042-R042	HEMOPTISIS	0	0	0	0	0	0	1	0	1
	GUANAJUATO		0	0	0	0	1	5	1	3	10
GUERRERO	J449-J449	ENFERMEDAD PULMONAR OBSTRUCTIVA CRONICA, NO ESPECIFICADA	0	0	0	0	6	6	0	4	16
	J459-J459	ASMA, NO ESPECIFICADO	0	0	0	3	5	1	0	2	11
	A162-A162	TUBERCULOSIS DE PULMON, SIN MENCION DE CONFIRMACION BACTERIOLOGICA O HISTOLOGICA	0	0	0	1	4	1	1	1	8
	J42X-J42X	BRONQUITIS CRONICA NO ESPECIFICADA	0	0	0	0	1	1	1	5	8
	A182-A182	LINFADENOPATIA PERIFERICA TUBERCULOSA	0	0	0	0	0	6	0	0	6
	C349-C349	TUMOR MALIGNO DE LOS BRONQUIOS O DEL PULMON, PARTE NO ESPECIFICADA	0	0	0	0	0	4	0	2	6
	J47X-J47X	BRONQUIECTASIA	0	0	0	0	0	3	0	0	3
	Z711-Z711	PERSONA QUE TEME ESTAR ENFERMA, A QUIEN NO SE HACE DIAGNOSTICO	0	0	0	0	0	2	0	1	3
	A181-A181	TUBERCULOSIS DEL APARATO GENITOURINARIO	0	0	0	0	0	2	0	0	2
	B200-B200	ENFERMEDAD POR VIH, RESULTANTE EN INFECCION POR MICOBACTERIAS	0	0	0	0	2	0	0	0	2
	J329-J329	SINUSITIS CRONICA, NO ESPECIFICADA	0	0	0	1	0	0	1	0	2
	J398-J398	OTRAS ENFERMEDADES ESPECIFICADAS DE LAS VIAS RESPIRATORIAS SUPERIORES	0	0	0	0	0	0	2	0	2
	C73X-C73X	TUMOR MALIGNO DE LA GLANDULA TIROIDES	0	0	0	0	0	0	0	1	1
	E039-E039	HIPOTIROIDISMO, NO ESPECIFICADO	0	0	0	0	0	0	0	1	1
	H269-H269	CATARATA, NO ESPECIFICADA	0	0	0	0	0	0	0	1	1
	I279-I279	ENFERMEDAD PULMONAR DEL CORAZON, NO ESPECIFICADA	0	0	0	0	0	0	0	1	1
	J439-J439	ENFISEMA, NO ESPECIFICADO	0	0	0	0	0	1	0	0	1
	J849-J849	ENFERMEDAD PULMONAR INTERSTICIAL, NO ESPECIFICADA	0	0	0	0	0	1	0	0	1
	J984-J984	OTROS TRASTORNOS DEL PULMON	0	0	0	0	0	0	0	1	1
	K439-K439	HERNIA VENTRAL SIN OBSTRUCCION NI GANGRENA	0	0	0	0	0	0	1	0	1
Z488-Z488	OTROS CUIDADOS ESPECIFICADOS POSTERIORES A LA CIRUGIA	0	0	0	0	0	1	0	0	1	
	GUERRERO		0	0	0	5	18	29	6	20	78

CONSULTAS POR ENTIDAD FEDERATIVA, RANGO DE EDAD SEXO Y DIAGNOSTICO DEL AÑO 2008

HIDALGO	J449-J449	ENFERMEDAD PULMONAR OBSTRUCTIVA CRONICA, NO ESPECIFICADA	0	0	0	0	0	11	0	9	20
	J42X-J42X	BRONQUITIS CRONICA NO ESPECIFICADA	0	0	0	0	0	4	1	5	10
	J459-J459	ASMA, NO ESPECIFICADO	0	0	0	1	1	2	0	1	5
	J841-J841	OTRAS ENFERMEDADES PULMONARES INTERSTICIALES CON FIBROSIS	0	0	0	0	0	4	0	0	4
	J90X-J90X	DERRAME PLEURAL NO CLASIFICADO EN OTRA PARTE	0	0	0	0	1	1	0	1	3
	J849-J849	ENFERMEDAD PULMONAR INTERSTICIAL, NO ESPECIFICADA	0	0	0	0	0	1	0	1	2
	Z711-Z711	PERSONA QUE TEME ESTAR ENFERMA, A QUIEN NO SE HACE DIAGNOSTICO	0	0	0	0	0	0	0	2	2
	A161-A161	TUBERCULOSIS DE PULMON, SIN EXAMEN BACTERIOLOGICO E HISTOLOGICO	0	0	0	0	1	0	0	0	1
	A162-A162	TUBERCULOSIS DE PULMON, SIN MENCION DE CONFIRMACION BACTERIOLOGICA O HISTOLOGICA	0	0	0	0	0	1	0	0	1
	A183-A183	TUBERCULOSIS DE LOS INTESTINOS, EL PERITONEO Y LOS GANGLIOS MESENTERICOS	0	0	0	0	1	0	0	0	1
	C509-C509	TUMOR MALIGNO DE LA MAMA, PARTE NO ESPECIFICADA	0	0	0	0	0	0	0	1	1
	E668-E668	OTROS TIPOS DE OBESIDAD	0	0	0	0	0	1	0	0	1
	I279-I279	ENFERMEDAD PULMONAR DEL CORAZON, NO ESPECIFICADA	0	0	0	0	0	0	0	1	1
	J329-J329	SINUSITIS CRONICA, NO ESPECIFICADA	0	0	0	0	0	1	0	0	1
	J398-J398	OTRAS ENFERMEDADES ESPECIFICADAS DE LAS VIAS RESPIRATORIAS SUPERIORES	0	0	0	0	1	0	0	0	1
	J941-J941	FIBROTORAX	0	0	0	0	0	0	0	1	1
R072-R072	DOLOR PRECORDIAL	0	0	0	0	0	0	0	1	1	
	HIDALGO		0	0	0	1	5	26	1	23	56
JALISCO	A181-A181	TUBERCULOSIS DEL APARATO GENITOURINARIO	0	0	0	1	0	0	0	0	1
	I279-I279	ENFERMEDAD PULMONAR DEL CORAZON, NO ESPECIFICADA	0	0	0	0	0	0	0	1	1
		JALISCO		0	0	0	1	0	0	0	1

CONSULTAS POR ENTIDAD FEDERATIVA, RANGO DE EDAD SEXO Y DIAGNOSTICO DEL AÑO 2008

MICHOACAN	J42X-J42X	BRONQUITIS CRONICA NO ESPECIFICADA	0	0	0	0	3	2	5	1	11	
	J449-J449	ENFERMEDAD PULMONAR OBSTRUCTIVA CRONICA, NO ESPECIFICADA	0	0	0	0	1	0	0	5	6	
	A162-A162	TUBERCULOSIS DE PULMON, SIN MENCION DE CONFIRMACION BACTERIOLOGICA O HISTOLOGICA	0	0	0	0	2	2	0	0	4	
	A182-A182	LINFADENOPATIA PERIFERICA TUBERCULOSA	0	0	0	0	2	0	0	0	2	
	G473-G473	APNEA DEL SUE/O	0	0	0	0	2	0	0	0	2	
	J398-J398	OTRAS ENFERMEDADES ESPECIFICADAS DE LAS VIAS RESPIRATORIAS SUPERIORES	0	0	0	0	2	0	0	0	2	
	J679-J679	NEUMONITIS DEBIDA A HIPERSENSIBILIDAD A POLVO ORGANICO NO ESPECIFICADO	0	0	0	0	0	2	0	0	2	
	R05X-R05X	TOS	0	0	0	0	1	1	0	0	2	
	B200-B200	ENFERMEDAD POR VIH, RESULTANTE EN INFECCION POR MICOBACTERIAS	0	0	0	0	1	0	0	0	1	
	E119-E119	DIABETES MELLITUS NO INSULINODEPENDIENTE, SIN MENCION DE COMPLICACION	0	0	0	0	0	0	0	1	1	
	E668-E668	OTROS TIPOS DE OBESIDAD	0	0	0	0	0	0	0	1	1	
	E789-E789	TRASTORNO DEL METABOLISMO DE LAS LIPOPROTEINAS, NO ESPECIFICADO	0	0	0	0	0	0	0	1	1	
	J189-J189	NEUMONIA, NO ESPECIFICADA	0	0	0	0	0	0	0	1	1	
	J304-J304	RINITIS ALERGICA, NO ESPECIFICADA	0	0	0	0	1	0	0	0	1	
	J459-J459	ASMA, NO ESPECIFICADO	0	0	0	0	1	0	0	0	1	
	J849-J849	ENFERMEDAD PULMONAR INTERSTICIAL, NO ESPECIFICADA	0	0	0	0	0	1	0	0	1	
	J90X-J90X	DERRAME PLEURAL NO CLASIFICADO EN OTRA PARTE	0	0	0	0	1	0	0	0	1	
	J984-J984	OTROS TRASTORNOS DEL PULMON	0	0	0	0	0	0	0	1	1	
	K219-K219	ENFERMEDAD DEL REFLUJO GASTROESOFAGICO SIN ESOFAGITIS	0	0	0	0	0	0	0	1	1	
	K801-K801	CALCULO DE LA VESICULA BILIAR CON OTRA COLECISTITIS	0	0	0	0	0	0	0	1	1	
	M549-M549	DORSALGIA, NO ESPECIFICADA	0	0	0	0	0	1	0	0	1	
	Z488-Z488	OTROS CUIDADOS ESPECIFICADOS POSTERIORES A LA CIRUGIA	0	0	0	0	0	0	0	1	1	
		MICHOACAN		0	0	0	0	17	9	5	14	45



CONSULTAS POR ENTIDAD FEDERATIVA, RANGO DE EDAD SEXO Y DIAGNOSTICO DEL AÑO 2008

MORELOS	J459-J459	ASMA, NO ESPECIFICADO	0	0	0	0	0	3	0	0	3
	C349-C349	TUMOR MALIGNO DE LOS BRONQUIOS O DEL PULMON, PARTE NO ESPECIFICADA	0	0	0	0	0	2	0	0	2
	A162-A162	TUBERCULOSIS DE PULMON, SIN MENCIÓN DE CONFIRMACION BACTERIOLOGICA O HISTOLOGICA	0	0	0	1	0	0	0	0	1
	J42X-J42X	BRONQUITIS CRONICA NO ESPECIFICADA	0	0	0	0	0	0	0	1	1
	J849-J849	ENFERMEDAD PULMONAR INTERSTICIAL, NO ESPECIFICADA	0	0	0	0	1	0	0	0	1
	K219-K219	ENFERMEDAD DEL REFLUJO GASTROESOFAGICO SIN ESOFAGITIS	0	0	0	0	0	1	0	0	1
	M069-M069	ARTRITIS REUMATOIDE, NO ESPECIFICADA	0	0	0	0	1	0	0	0	1
		MORELOS	0	0	0	1	2	6	0	1	10
NAYARIT	J42X-J42X	BRONQUITIS CRONICA NO ESPECIFICADA	0	0	0	0	0	1	0	0	1
		NAYARIT	0	0	0	0	0	1	0	0	1
OAXACA	J449-J449	ENFERMEDAD PULMONAR OBSTRUCTIVA CRONICA, NO ESPECIFICADA	0	0	0	0	4	2	2	8	16
	J42X-J42X	BRONQUITIS CRONICA NO ESPECIFICADA	0	0	0	0	2	3	2	4	11
	A162-A162	TUBERCULOSIS DE PULMON, SIN MENCIÓN DE CONFIRMACION BACTERIOLOGICA O HISTOLOGICA	0	0	0	0	5	0	0	1	6
	J459-J459	ASMA, NO ESPECIFICADO	0	0	0	0	2	1	0	1	4
	A182-A182	LINFADENOPATIA PERIFERICA TUBERCULOSA	0	0	0	1	0	0	0	0	1
	C349-C349	TUMOR MALIGNO DE LOS BRONQUIOS O DEL PULMON, PARTE NO ESPECIFICADA	0	0	0	0	0	0	1	0	1
	I279-I279	ENFERMEDAD PULMONAR DEL CORAZON, NO ESPECIFICADA	0	0	0	0	0	0	0	1	1
	J209-J209	BRONQUITIS AGUDA, NO ESPECIFICADA	0	0	0	0	0	0	0	1	1
	J329-J329	SINUSITIS CRONICA, NO ESPECIFICADA	0	0	0	0	0	0	0	1	1
	J984-J984	OTROS TRASTORNOS DEL PULMON	0	0	0	0	0	1	0	0	1
	K810-K810	COLECISTITIS AGUDA	0	0	0	0	0	1	0	0	1
	R05X-R05X	TOS	0	0	0	0	1	0	0	0	1
		OAXACA	0	0	0	1	14	8	5	17	45

CONSULTAS POR ENTIDAD FEDERATIVA, RANGO DE EDAD SEXO Y DIAGNOSTICO DEL AÑO 2008

PUEBLA	J459-J459	ASMA, NO ESPECIFICADO	0	0	0	0	6	4	2	0	12
	J449-J449	ENFERMEDAD PULMONAR OBSTRUCTIVA CRONICA, NO ESPECIFICADA	0	0	0	0	0	0	1	7	8
	J42X-J42X	BRONQUITIS CRONICA NO ESPECIFICADA	0	0	0	0	0	2	0	4	6
	A162-A162	TUBERCULOSIS DE PULMON, SIN MENCION DE CONFIRMACION BACTERIOLOGICA O HISTOLOGICA	0	0	0	0	3	0	2	0	5
	I10X-I10X	HIPERTENSION ESENCIAL (PRIMARIA)	0	0	0	0	0	2	0	1	3
	I279-I279	ENFERMEDAD PULMONAR DEL CORAZON, NO ESPECIFICADA	0	0	0	0	1	0	2	0	3
	R05X-R05X	TOS	0	0	0	0	0	0	0	3	3
	Z711-Z711	PERSONA QUE TEME ESTAR ENFERMA, A QUIEN NO SE HACE DIAGNOSTICO	0	0	0	0	0	3	0	0	3
	J47X-J47X	BRONQUIECTASIA	0	0	0	0	2	0	0	0	2
	A181-A181	TUBERCULOSIS DEL APARATO GENITOURINARIO	0	0	0	0	0	0	1	0	1
	A182-A182	LINFADENOPATIA PERIFERICA TUBERCULOSA	0	0	0	0	1	0	0	0	1
	C509-C509	TUMOR MALIGNO DE LA MAMA, PARTE NO ESPECIFICADA	0	0	0	0	0	0	0	1	1
	E789-E789	TRASTORNO DEL METABOLISMO DE LAS LIPOPROTEINAS, NO ESPECIFICADO	0	0	0	0	0	1	0	0	1
	G473-G473	APNEA DEL SUE/O	0	0	0	0	0	1	0	0	1
	G700-G700	MIASTENIA GRAVIS	0	0	0	1	0	0	0	0	1
	J439-J439	ENFISEMA, NO ESPECIFICADO	0	0	0	0	0	1	0	0	1
	J668-J668	ENFERMEDAD DE LAS VIAS AEREAS DEBIDA A OTROS POLVOS ORGANICOS ESPECIFICOS	0	0	0	0	0	0	0	1	1
	J679-J679	NEUMONITIS DEBIDA A HIPERSENSIBILIDAD A POLVO ORGANICO NO ESPECIFICADO	0	0	0	0	0	0	0	1	1
	J700-J700	MANIFESTACIONES PULMONARES AGUDAS DEBIDAS A RADIACION	0	0	0	0	0	1	0	0	1
	J841-J841	OTRAS ENFERMEDADES PULMONARES INTERSTICIALES CON FIBROSIS	0	0	0	0	0	0	1	0	1
J852-J852	ABSCESO DEL PULMON SIN NEUMONIA	0	0	0	0	1	0	0	0	1	
J984-J984	OTROS TRASTORNOS DEL PULMON	0	0	0	0	0	0	0	1	1	
K219-K219	ENFERMEDAD DEL REFLUJO GASTROESOFAGICO SIN ESOFAGITIS	0	0	0	0	0	1	0	0	1	
M549-M549	DORSALGIA, NO ESPECIFICADA	0	0	0	0	0	1	0	0	1	
R060-R060	DISNEA	0	0	0	0	1	0	0	0	1	
	PUEBLA	0	0	0	1	15	17	9	19	61	



CONSULTAS POR ENTIDAD FEDERATIVA, RANGO DE EDAD SEXO Y DIAGNOSTICO DEL AÑO 2008

QUERETARO	I729-I729	ANEURISMA DE SITIO NO ESPECIFICADO	0	0	0	0	0	0	0	1	1
	J42X-J42X	BRONQUITIS CRONICA NO ESPECIFICADA	0	0	0	0	0	0	0	1	1
	QUERETARO		0	0	0	0	0	0	0	0	2

SAN LUIS POTOSI	J449-J449	ENFERMEDAD PULMONAR OBSTRUCTIVA CRONICA, NO ESPECIFICADA	0	0	0	0	2	0	0	0	2
	SAN LUIS POTOSI		0	0	0	0	2	0	0	0	2

SE IGNORA	J459-J459	ASMA, NO ESPECIFICADO	0	0	0	0	3	0	0	1	4
	J42X-J42X	BRONQUITIS CRONICA NO ESPECIFICADA	0	0	0	1	0	1	1	0	3
	I500-I500	INSUFICIENCIA CARDIACA CONGESTIVA	0	0	0	0	0	0	1	0	1
	J449-J449	ENFERMEDAD PULMONAR OBSTRUCTIVA CRONICA, NO ESPECIFICADA	0	0	0	1	0	0	0	0	1
	Z488-Z488	OTROS CUIDADOS ESPECIFICADOS POSTERIORES A LA CIRUGIA	0	0	0	0	0	1	0	0	1
	SE IGNORA		0	0	0	2	3	2	2	1	10

TLAXCALA	J449-J449	ENFERMEDAD PULMONAR OBSTRUCTIVA CRONICA, NO ESPECIFICADA	0	0	0	0	1	0	0	4	5
	I279-I279	ENFERMEDAD PULMONAR DEL CORAZON, NO ESPECIFICADA	0	0	0	0	0	0	0	2	2
	J984-J984	OTROS TRASTORNOS DEL PULMON	0	0	0	0	1	0	0	1	2
	D383-D383	TUMOR DE COMPORTAMIENTO INCIERTO O DESCONOCIDO DEL MEDIASTINO	0	0	0	1	0	0	0	0	1
	J42X-J42X	BRONQUITIS CRONICA NO ESPECIFICADA	0	0	0	1	0	0	0	0	1
	TLAXCALA		0	0	0	2	2	0	0	7	11



CONSULTAS POR ENTIDAD FEDERATIVA, RANGO DE EDAD SEXO Y DIAGNOSTICO DEL AÑO 2008

VERACRUZ	J449-J449	ENFERMEDAD PULMONAR OBSTRUCTIVA CRONICA, NO ESPECIFICADA	0	0	0	0	2	2	4	5	13
	J459-J459	ASMA, NO ESPECIFICADO	0	0	0	0	2	3	3	2	10
	A162-A162	TUBERCULOSIS DE PULMON, SIN MENCION DE CONFIRMACION BACTERIOLOGICA O HISTOLOGICA	0	0	0	0	1	5	0	1	7
	J42X-J42X	BRONQUITIS CRONICA NO ESPECIFICADA	0	0	0	0	1	1	2	2	6
	I269-I269	EMBOLIA PULMONAR SIN MENCION DE CORAZON PULMONAR AGUDO	0	0	0	0	1	0	0	0	1
	J329-J329	SINUSITIS CRONICA, NO ESPECIFICADA	0	0	0	0	0	1	0	0	1
	J370-J370	LARINGITIS CRONICA	0	0	0	0	0	0	1	0	1
	J47X-J47X	BRONQUIECTASIA	0	0	0	0	0	1	0	0	1
	J90X-J90X	DERRAME PLEURAL NO CLASIFICADO EN OTRA PARTE	0	0	0	0	1	0	0	0	1
	J941-J941	FIBROTORAX	0	0	0	0	0	1	0	0	1
	K219-K219	ENFERMEDAD DEL REFLUJO GASTROESOFAGICO SIN ESOFAGITIS	0	0	0	0	0	1	0	0	1
	M348-M348	OTRAS FORMAS DE ESCLEROSIS SISTEMICA	0	0	0	0	0	1	0	0	1
	R042-R042	HEMOPTISIS	0	0	0	0	1	0	0	0	1
	R05X-R05X	TOS	0	0	0	0	0	0	0	1	1
			VERACRUZ	0	0	0	0	9	16	10	11

TOTAL GENERAL FEMENINO 2008			0	1	10	349	1601	2097	788	1618	6464
------------------------------------	--	--	----------	----------	-----------	------------	-------------	-------------	------------	-------------	-------------

CONSULTAS POR ENTIDAD FEDERATIVA, RANGO DE EDAD SEXO Y DIAGNOSTICO DEL AÑO 2008

ENTIDAD	CODIGO	NOMBRE									TOTAL MASC
			DIAGNOSTICO	-1	1-4	5-14	15-24	25-44	45-59	60-64	
AGUASCALIENTES	E668-E668	OTROS TIPOS DE OBESIDAD	0	0	0	0	1	0	0	0	1
	J449-J449	ENFERMEDAD PULMONAR OBSTRUCTIVA CRONICA, NO ESPECIFICADA	0	0	0	0	0	0	0	1	1
		AGUASCALIENTES	0	0	0	0	1	0	0	1	2

CHIAPAS	K729-K729	INSUFICIENCIA HEPATICA, NO ESPECIFICADA	0	0	0	0	0	0	0	2	2
	A162-A162	TUBERCULOSIS DE PULMON, SIN MENCION DE CONFIRMACION BACTERIOLOGICA O HISTOLOGICA	0	0	0	0	1	0	0	0	1
	J449-J449	ENFERMEDAD PULMONAR OBSTRUCTIVA CRONICA, NO ESPECIFICADA	0	0	0	0	0	0	0	1	1
	Z711-Z711	PERSONA QUE TEME ESTAR ENFERMA, A QUIEN NO SE HACE DIAGNOSTICO	0	0	0	0	0	1	0	0	1
		CHIAPAS	0	0	0	0	1	1	0	3	5



CONSULTAS POR ENTIDAD FEDERATIVA, RANGO DE EDAD SEXO Y DIAGNOSTICO DEL AÑO 2008

DISTRITO FEDERAL	J449-J449	ENFERMEDAD PULMONAR OBSTRUCTIVA CRONICA, NO ESPECIFICADA	0	0	1	6	46	127	55	272	507
	J459-J459	ASMA, NO ESPECIFICADO	0	1	4	32	79	47	5	16	184
	J42X-J42X	BRONQUITIS CRONICA NO ESPECIFICADA	0	0	0	1	30	57	16	60	164
	A162-A162	TUBERCULOSIS DE PULMON, SIN MENCION DE CONFIRMACION BACTERIOLOGICA O HISTOLOGICA	0	0	1	15	45	41	9	28	139
	B200-B200	ENFERMEDAD POR VIH, RESULTANTE EN INFECCION POR MICOBACTERIAS	0	0	0	13	54	4	2	0	73
	G473-G473	APNEA DEL SUE/O	0	0	0	1	17	29	4	7	58
	C349-C349	TUMOR MALIGNO DE LOS BRONQUIOS O DEL PULMON, PARTE NO ESPECIFICADA	0	0	0	2	14	12	5	18	51
	I279-I279	ENFERMEDAD PULMONAR DEL CORAZON, NO ESPECIFICADA	0	0	0	4	2	19	4	12	41
	T659-T659	EFEECTO TOXICO DE SUSTANCIA NO ESPECIFICADA	0	0	0	3	15	16	5	2	41
	J329-J329	SINUSITIS CRONICA, NO ESPECIFICADA	0	0	0	3	18	4	2	3	30
	J90X-J90X	DERRAME PLEURAL NO CLASIFICADO EN OTRA PARTE	0	0	0	3	7	4	4	12	30
	R05X-R05X	TOS	0	0	0	4	7	10	1	6	28
	A182-A182	LINFADENOPATIA PERIFERICA TUBERCULOSA	0	0	0	8	11	6	1	1	27
	J849-J849	ENFERMEDAD PULMONAR INTERSTICIAL, NO ESPECIFICADA	0	0	0	1	7	5	2	11	26
	A181-A181	TUBERCULOSIS DEL APARATO GENITOURINARIO	0	0	0	2	8	11	2	2	25
	Z711-Z711	PERSONA QUE TEME ESTAR ENFERMA, A QUIEN NO SE HACE DIAGNOSTICO	0	0	0	2	6	5	1	9	23
	E668-E668	OTROS TIPOS DE OBESIDAD	0	0	0	0	10	6	1	4	21
	I10X-I10X	HIPERTENSION ESENCIAL (PRIMARIA)	0	0	0	0	3	6	1	9	19
	J841-J841	OTRAS ENFERMEDADES PULMONARES INTERSTICIALES CON FIBROSIS	0	0	0	1	4	6	0	8	19
	J984-J984	OTROS TRASTORNOS DEL PULMON	0	0	0	0	3	9	1	4	17
	J189-J189	NEUMONIA, NO ESPECIFICADA	0	0	0	0	5	3	0	5	13
	K219-K219	ENFERMEDAD DEL REFLUJO GASTROESOFAGICO SIN ESOFAGITIS	0	0	0	0	6	4	0	2	12
	A170-A170	MENINGITIS TUBERCULOSA	0	0	0	4	2	2	2	1	11
	J304-J304	RINITIS ALERGICA, NO ESPECIFICADA	0	0	1	2	7	0	0	1	11
	J398-J398	OTRAS ENFERMEDADES ESPECIFICADAS DE LAS VIAS RESPIRATORIAS SUPERIORES	0	0	0	3	3	3	0	1	10
	J679-J679	NEUMONITIS DEBIDA A HIPERSENSIBILIDAD A POLVO ORGANICO NO ESPECIFICADO	0	0	0	0	4	4	0	2	10
	K401-K401	HERNIA INGUINAL BILATERAL, CON GANGRENA	0	0	0	0	0	4	2	4	10
	M549-M549	DORSALGIA, NO ESPECIFICADA	0	0	0	0	2	8	0	0	10
	J47X-J47X	BRONQUIECTASIA	0	0	0	0	0	4	1	4	9
	B206-B206	ENFERMEDAD POR VIH, RESULTANTE EN NEUMONIA POR PNEUMOCYSTIS CARINII	0	0	0	2	6	0	0	0	8
	OTROS	0	0	0	44	77	86	41	47	295	
	DISTRITO FEDERAL		0	1	7	156	498	542	167	551	1922



CONSULTAS POR ENTIDAD FEDERATIVA, RANGO DE EDAD SEXO Y DIAGNOSTICO DEL AÑO 2008

EDO. DE MEXICO	J449-J449	ENFERMEDAD PULMONAR OBSTRUCTIVA CRONICA, NO ESPECIFICADA	0	0	0	4	34	122	39	170	369
	J459-J459	ASMA, NO ESPECIFICADO	0	0	0	32	45	50	2	13	142
	J42X-J42X	BRONQUITIS CRONICA NO ESPECIFICADA	0	0	0	2	28	42	8	34	114
	A162-A162	TUBERCULOSIS DE PULMON, SIN MENCION DE CONFIRMACION BACTERIOLOGICA O HISTOLOGICA	0	0	0	7	38	26	9	18	98
	C349-C349	TUMOR MALIGNO DE LOS BRONQUIOS O DEL PULMON, PARTE NO ESPECIFICADA	0	0	0	1	8	19	5	18	51
	G473-G473	APNEA DEL SUE/O	0	0	0	2	18	21	4	0	45
	B200-B200	ENFERMEDAD POR VIH, RESULTANTE EN INFECCION POR MICOBACTERIAS	0	0	0	9	26	1	1	0	37
	J90X-J90X	DERRAME PLEURAL NO CLASIFICADO EN OTRA PARTE	0	0	0	3	8	12	1	5	29
	I279-I279	ENFERMEDAD PULMONAR DEL CORAZON, NO ESPECIFICADA	0	0	0	1	5	14	2	5	27
	J329-J329	SINUSITIS CRONICA, NO ESPECIFICADA	0	0	0	7	8	7	0	3	25
	J984-J984	OTROS TRASTORNOS DEL PULMON	0	0	0	0	4	6	4	9	23
	A182-A182	LINFADENOPATIA PERIFERICA TUBERCULOSA	0	0	0	4	7	4	0	2	17
	J841-J841	OTRAS ENFERMEDADES PULMONARES INTERSTICIALES CON FIBROSIS	0	0	0	0	0	6	0	11	17
	T659-T659	EFECTO TOXICO DE SUSTANCIA NO ESPECIFICADA	0	0	0	0	4	10	1	1	16
	K219-K219	ENFERMEDAD DEL REFLUJO GASTROESOFAGICO SIN ESOFAGITIS	0	0	0	0	4	9	0	2	15
	A181-A181	TUBERCULOSIS DEL APARATO GENITOURINARIO	0	0	0	3	5	3	2	1	14
	Z711-Z711	PERSONA QUE TEME ESTAR ENFERMA, A QUIEN NO SE HACE DIAGNOSTICO	0	0	0	3	2	3	0	6	14
	J849-J849	ENFERMEDAD PULMONAR INTERSTICIAL, NO ESPECIFICADA	0	0	0	1	3	1	0	8	13
	E668-E668	OTROS TIPOS DE OBESIDAD	0	0	0	1	4	5	0	0	10
	J304-J304	RINITIS ALERGICA, NO ESPECIFICADA	0	0	0	3	3	3	0	1	10
	J398-J398	OTRAS ENFERMEDADES ESPECIFICADAS DE LAS VIAS RESPIRATORIAS SUPERIORES	0	0	0	3	3	4	0	0	10
	R05X-R05X	TOS	0	0	0	0	2	7	0	1	10
	I10X-I10X	HIPERTENSION ESENCIAL (PRIMARIA)	0	0	0	0	1	3	1	3	8
	N189-N189	INSUFICIENCIA RENAL CRONICA, NO ESPECIFICADA	0	0	0	3	4	1	0	0	8
	M549-M549	DORSALGIA, NO ESPECIFICADA	0	0	0	1	0	4	0	2	7
	A170-A170	MENINGITIS TUBERCULOSA	0	0	0	0	0	3	2	1	6
	E662-E662	OBESIDAD EXTREMA CON HIPOVENTILACION ALVEOLAR	0	0	0	0	6	0	0	0	6
	J029-J029	FARINGITIS AGUDA, NO ESPECIFICADA	0	0	0	2	2	2	0	0	6
	J189-J189	NEUMONIA, NO ESPECIFICADA	0	0	0	0	3	1	1	1	6
	J47X-J47X	BRONQUIECTASIA	0	0	0	0	4	2	0	0	6
	OTROS	0	0	0	33	55	60	30	49	227	
	EDO. DE MEXICO		0	0	0	125	334	451	112	364	1386

CONSULTAS POR ENTIDAD FEDERATIVA, RANGO DE EDAD SEXO Y DIAGNOSTICO DEL AÑO 2008

GUANAJUATO	A162-A162	TUBERCULOSIS DE PULMON, SIN MENCION DE CONFIRMACION BACTERIOLOGICA O HISTOLOGICA	0	0	0	0	1	0	0	0	1
	J459-J459	ASMA, NO ESPECIFICADO	0	0	0	0	1	0	0	0	1
	J841-J841	OTRAS ENFERMEDADES PULMONARES INTERSTICIALES CON FIBROSIS	0	0	0	0	0	1	0	0	1
	J852-J852	ABSCESO DEL PULMON SIN NEUMONIA	0	0	0	1	0	0	0	0	1
		GUANAJUATO	0	0	0	1	2	1	0	0	4

GUERRERO	J449-J449	ENFERMEDAD PULMONAR OBSTRUCTIVA CRONICA, NO ESPECIFICADA	0	0	0	0	2	4	0	9	15
	J459-J459	ASMA, NO ESPECIFICADO	0	0	0	0	3	0	0	2	5
	J42X-J42X	BRONQUITIS CRONICA NO ESPECIFICADA	0	0	0	0	1	3	0	0	4
	C61X-C61X	TUMOR MALIGNO DE LA PROSTATA	0	0	0	0	0	0	0	3	3
	A182-A182	LINFADENOPATIA PERIFERICA TUBERCULOSA	0	0	0	2	0	0	0	0	2
	J398-J398	OTRAS ENFERMEDADES ESPECIFICADAS DE LAS VIAS RESPIRATORIAS SUPERIORES	0	0	0	0	0	2	0	0	2
	A162-A162	TUBERCULOSIS DE PULMON, SIN MENCION DE CONFIRMACION BACTERIOLOGICA O HISTOLOGICA	0	0	0	0	1	0	0	0	1
	A181-A181	TUBERCULOSIS DEL APARATO GENITOURINARIO	0	0	0	1	0	0	0	0	1
	C349-C349	TUMOR MALIGNO DE LOS BRONQUIOS O DEL PULMON, PARTE NO ESPECIFICADA	0	0	0	0	0	1	0	0	1
	D383-D383	TUMOR DE COMPORTAMIENTO INCIERTO O DESCONOCIDO DEL MEDIASTINO	0	0	0	1	0	0	0	0	1
	I872-I872	INSUFICIENCIA VENOSA (CRONICA) (PERIFERICA)	0	0	0	0	0	0	0	1	1
	J439-J439	ENFISEMA, NO ESPECIFICADO	0	0	0	0	0	0	0	1	1
	J47X-J47X	BRONQUIECTASIA	0	0	0	0	0	0	1	0	1
	J942-J942	HEMOTORAX	0	0	0	0	0	0	0	1	1
	T659-T659	EFEECTO TOXICO DE SUSTANCIA NO ESPECIFICADA	0	0	0	0	0	1	0	0	1
	GUERRERO	0	0	0	4	7	11	1	17	40	



CONSULTAS POR ENTIDAD FEDERATIVA, RANGO DE EDAD SEXO Y DIAGNOSTICO DEL AÑO 2008

HIDALGO	J449-J449	ENFERMEDAD PULMONAR OBSTRUCTIVA CRONICA, NO ESPECIFICADA	0	0	0	0	2	2	0	4	8
	J42X-J42X	BRONQUITIS CRONICA NO ESPECIFICADA	0	0	0	0	0	0	0	6	6
	A162-A162	TUBERCULOSIS DE PULMON, SIN MENCION DE CONFIRMACION BACTERIOLOGICA O HISTOLOGICA	0	0	0	0	0	0	2	1	3
	A181-A181	TUBERCULOSIS DEL APARATO GENITOURINARIO	0	0	0	0	0	0	2	0	2
	J459-J459	ASMA, NO ESPECIFICADO	0	0	0	0	1	0	0	1	2
	J90X-J90X	DERRAME PLEURAL NO CLASIFICADO EN OTRA PARTE	0	0	0	0	1	1	0	0	2
	K801-K801	CALCULO DE LA VESICULA BILIAR CON OTRA COLECISTITIS	0	0	0	0	0	2	0	0	2
	A170-A170	MENINGITIS TUBERCULOSA	0	0	0	0	1	0	0	0	1
	A182-A182	LINFADENOPATIA PERIFERICA TUBERCULOSA	0	0	0	1	0	0	0	0	1
	I279-I279	ENFERMEDAD PULMONAR DEL CORAZON, NO ESPECIFICADA	0	0	0	0	0	1	0	0	1
	J209-J209	BRONQUITIS AGUDA, NO ESPECIFICADA	0	0	0	0	1	0	0	0	1
	J398-J398	OTRAS ENFERMEDADES ESPECIFICADAS DE LAS VIAS RESPIRATORIAS SUPERIORES	0	0	0	0	0	1	0	0	1
	J869-J869	PIOTORAX SIN FISTULA	0	0	0	0	0	1	0	0	1
	L941-L941	ESCLERODERMA LINEAL	0	0	0	0	1	0	0	0	1
	M348-M348	OTRAS FORMAS DE ESCLEROSIS SISTEMICA	0	0	0	0	1	0	0	0	1
	M549-M549	DORSALGIA, NO ESPECIFICADA	0	0	0	0	0	1	0	0	1
R060-R060	DISNEA	0	0	0	0	1	0	0	0	1	
	HIDALGO		0	0	0	1	9	9	4	12	35

MICHOACAN	J449-J449	ENFERMEDAD PULMONAR OBSTRUCTIVA CRONICA, NO ESPECIFICADA	0	0	0	0	0	0	0	9	9
	J42X-J42X	BRONQUITIS CRONICA NO ESPECIFICADA	0	0	0	0	0	1	0	1	2
	A162-A162	TUBERCULOSIS DE PULMON, SIN MENCION DE CONFIRMACION BACTERIOLOGICA O HISTOLOGICA	0	0	0	0	1	0	0	0	1
	C349-C349	TUMOR MALIGNO DE LOS BRONQUIOS O DEL PULMON, PARTE NO ESPECIFICADA	0	0	0	0	0	0	1	0	1
	E668-E668	OTROS TIPOS DE OBESIDAD	0	0	0	1	0	0	0	0	1
	J189-J189	NEUMONIA, NO ESPECIFICADA	0	0	0	0	1	0	0	0	1
	J329-J329	SINUSITIS CRONICA, NO ESPECIFICADA	0	0	0	0	0	0	1	0	1
	J459-J459	ASMA, NO ESPECIFICADO	0	0	0	1	0	0	0	0	1
	J984-J984	OTROS TRASTORNOS DEL PULMON	0	0	0	0	0	0	0	1	1
	M797-M797	FIBROMIALGIA	0	0	0	0	0	1	0	0	1
	MICHOACAN		0	0	0	2	2	2	2	11	19

CONSULTAS POR ENTIDAD FEDERATIVA, RANGO DE EDAD SEXO Y DIAGNOSTICO DEL AÑO 2008

MORELOS	J449-J449	ENFERMEDAD PULMONAR OBSTRUCTIVA CRONICA, NO ESPECIFICADA	0	0	0	0	4	1	0	3	8
	A162-A162	TUBERCULOSIS DE PULMON, SIN MENCION DE CONFIRMACION BACTERIOLOGICA O HISTOLOGICA	0	0	0	1	0	4	0	0	5
	J398-J398	OTRAS ENFERMEDADES ESPECIFICADAS DE LAS VIAS RESPIRATORIAS SUPERIORES	0	0	0	2	0	1	0	0	3
	J459-J459	ASMA, NO ESPECIFICADO	0	0	0	1	1	0	0	0	2
	C349-C349	TUMOR MALIGNO DE LOS BRONQUIOS O DEL PULMON, PARTE NO ESPECIFICADA	0	0	0	0	1	0	0	0	1
		MORELOS		0	0	0	4	6	6	0	3

OAXACA	J449-J449	ENFERMEDAD PULMONAR OBSTRUCTIVA CRONICA, NO ESPECIFICADA	0	0	0	0	4	0	0	3	7
	Z711-Z711	PERSONA QUE TEME ESTAR ENFERMA, A QUIEN NO SE HACE DIAGNOSTICO	0	0	0	0	2	1	2	0	5
	A162-A162	TUBERCULOSIS DE PULMON, SIN MENCION DE CONFIRMACION BACTERIOLOGICA O HISTOLOGICA	0	0	0	0	2	2	0	0	4
	J42X-J42X	BRONQUITIS CRONICA NO ESPECIFICADA	0	0	0	0	0	2	1	0	3
	B200-B200	ENFERMEDAD POR VIH, RESULTANTE EN INFECCION POR MICOBACTERIAS	0	0	0	1	1	0	0	0	2
	J398-J398	OTRAS ENFERMEDADES ESPECIFICADAS DE LAS VIAS RESPIRATORIAS SUPERIORES	0	0	0	0	2	0	0	0	2
	R05X-R05X	TOS	0	0	0	0	0	2	0	0	2
	C349-C349	TUMOR MALIGNO DE LOS BRONQUIOS O DEL PULMON, PARTE NO ESPECIFICADA	0	0	0	0	0	0	0	1	1
	I10X-I10X	HIPERTENSION ESENCIAL (PRIMARIA)	0	0	0	0	1	0	0	0	1
	I209-I209	ANGINA DE PECHO, NO ESPECIFICADA	0	0	0	0	0	0	1	0	1
	J459-J459	ASMA, NO ESPECIFICADO	0	0	0	0	0	0	0	1	1
	M329-M329	LUPUS ERITEMATOSO SISTEMICO, SIN OTRA ESPECIFICACION	0	0	0	0	1	0	0	0	1
	Z488-Z488	OTROS CUIDADOS ESPECIFICADOS POSTERIORES A LA CIRUGIA	0	0	0	0	0	0	0	1	1
		OAXACA		0	0	0	1	13	7	4	6

CONSULTAS POR ENTIDAD FEDERATIVA, RANGO DE EDAD SEXO Y DIAGNOSTICO DEL AÑO 2008

PUEBLA	J449-J449	ENFERMEDAD PULMONAR OBSTRUCTIVA CRONICA, NO ESPECIFICADA	0	0	0	0	0	1	1	12	14
	G473-G473	APNEA DEL SUE/O	0	0	0	0	0	4	1	0	5
	A162-A162	TUBERCULOSIS DE PULMON, SIN MENCION DE CONFIRMACION BACTERIOLOGICA O HISTOLOGICA	0	0	0	0	3	1	0	0	4
	J459-J459	ASMA, NO ESPECIFICADO	0	0	0	1	0	1	0	2	4
	J90X-J90X	DERRAME PLEURAL NO CLASIFICADO EN OTRA PARTE	0	0	0	1	0	2	0	0	3
	B200-B200	ENFERMEDAD POR VIH, RESULTANTE EN INFECCION POR MICOBACTERIAS	0	0	0	0	2	0	0	0	2
	J42X-J42X	BRONQUITIS CRONICA NO ESPECIFICADA	0	0	0	0	1	0	0	1	2
	A199-A199	TUBERCULOSIS MILIAR, SIN OTRA ESPECIFICACION	0	0	0	0	0	0	0	1	1
	I279-I279	ENFERMEDAD PULMONAR DEL CORAZON, NO ESPECIFICADA	0	0	0	0	0	0	1	0	1
	K219-K219	ENFERMEDAD DEL REFLUJO GASTROESOFAGICO SIN ESOFAGITIS	0	0	0	0	1	0	0	0	1
	Z478-Z478	OTROS CUIDADOS ESPECIFICADOS POSTERIORES A LA ORTOPEDIA	0	0	0	0	0	1	0	0	1
	Z488-Z488	OTROS CUIDADOS ESPECIFICADOS POSTERIORES A LA CIRUGIA	0	0	0	0	0	1	0	0	1
	PUEBLA		0	0	0	2	7	11	3	16	39
TABASCO	J841-J841	OTRAS ENFERMEDADES PULMONARES INTERSTICIALES CON FIBROSIS	0	0	0	0	0	0	4	0	4
	J449-J449	ENFERMEDAD PULMONAR OBSTRUCTIVA CRONICA, NO ESPECIFICADA	0	0	0	0	0	0	0	1	1
	J980-J980	ENFERMEDADES DE LA TRAQUEA Y DE LOS BRONQUIOS, NO CLASIFICADAS EN OTRA PARTE	0	0	0	0	0	0	0	1	1
		TABASCO		0	0	0	0	0	0	4	2
TAMAULIPAS	J841-J841	OTRAS ENFERMEDADES PULMONARES INTERSTICIALES CON FIBROSIS	0	0	0	0	0	0	1	0	1
	R091-R091	PLEURESIA	0	0	0	0	1	0	0	0	1
		TAMAULIPAS		0	0	0	0	1	0	1	0



CONSULTAS POR ENTIDAD FEDERATIVA, RANGO DE EDAD SEXO Y DIAGNOSTICO DEL AÑO 2008

TLAXCALA	J449-J449	ENFERMEDAD PULMONAR OBSTRUCTIVA CRONICA, NO ESPECIFICADA	0	0	0	0	0	1	0	1	2
	A162-A162	TUBERCULOSIS DE PULMON, SIN MENCION DE CONFIRMACION BACTERIOLOGICA O HISTOLOGICA	0	0	0	0	0	1	0	0	1
	G473-G473	APNEA DEL SUE/O	0	0	0	0	0	1	0	0	1
	I10X-I10X	HIPERTENSION ESENCIAL (PRIMARIA)	0	0	0	0	0	1	0	0	1
	J42X-J42X	BRONQUITIS CRONICA NO ESPECIFICADA	0	0	0	0	0	0	0	1	1
	J869-J869	PIOTORAX SIN FISTULA	0	0	0	1	0	0	0	0	1
	J984-J984	OTROS TRASTORNOS DEL PULMON	0	0	0	1	0	0	0	0	1
	M512-M512	OTROS DESPLAZAMIENTOS DE DISCO INTERVERTEBRAL, ESPECIFICADO	0	0	0	0	0	0	1	0	1
	N189-N189	INSUFICIENCIA RENAL CRONICA, NO ESPECIFICADA	0	0	0	0	1	0	0	0	1
	R060-R060	DISNEA	0	0	0	1	0	0	0	0	1
Z488-Z488	OTROS CUIDADOS ESPECIFICADOS POSTERIORES A LA CIRUGIA	0	0	0	1	0	0	0	0	1	
	TLAXCALA		0	0	0	4	1	4	1	2	12
VERACRUZ	J449-J449	ENFERMEDAD PULMONAR OBSTRUCTIVA CRONICA, NO ESPECIFICADA	0	0	0	0	0	3	0	2	5
	J459-J459	ASMA, NO ESPECIFICADO	0	0	0	0	0	0	0	3	3
	A162-A162	TUBERCULOSIS DE PULMON, SIN MENCION DE CONFIRMACION BACTERIOLOGICA O HISTOLOGICA	0	0	0	0	0	0	0	2	2
	A182-A182	LINFADENOPATIA PERIFERICA TUBERCULOSA	0	0	2	0	0	0	0	0	2
	I279-I279	ENFERMEDAD PULMONAR DEL CORAZON, NO ESPECIFICADA	0	0	0	0	1	0	0	0	1
	J028-J028	FARINGITIS AGUDA DEBIDA A OTROS MICROORGANISMOS ESPECIFICADOS	0	0	1	0	0	0	0	0	1
	J029-J029	FARINGITIS AGUDA, NO ESPECIFICADA	0	0	0	0	0	0	1	0	1
	J42X-J42X	BRONQUITIS CRONICA NO ESPECIFICADA	0	0	0	0	0	1	0	0	1
	J841-J841	OTRAS ENFERMEDADES PULMONARES INTERSTICIALES CON FIBROSIS	0	0	0	0	0	0	0	1	1
	J849-J849	ENFERMEDAD PULMONAR INTERSTICIAL, NO ESPECIFICADA	0	0	0	0	0	1	0	0	1
	J90X-J90X	DERRAME PLEURAL NO CLASIFICADO EN OTRA PARTE	0	0	0	0	0	0	1	0	1
	J984-J984	OTROS TRASTORNOS DEL PULMON	0	0	0	0	0	0	0	1	1
	K419-K419	HERNIA FEMORAL UNILATERAL O NO ESPECIFICADA, SIN OBSTRUCCION NI GANGRENA	0	0	0	0	0	0	0	1	1
	M624-M624	CONTRACTURA MUSCULAR	0	0	0	0	0	0	1	0	1
	R042-R042	HEMOPTISIS	0	0	0	0	0	0	0	1	1
T018-T018	HERIDAS QUE AFECTAN OTRAS COMBINACIONES DE LAS REGIONES DEL CUERPO	0	0	0	1	0	0	0	0	1	
	VERACRUZ		0	0	3	1	1	5	3	11	24
ZACATECAS	J64X-J64X	NEUMOCONIOSIS, NO ESPECIFICADA	0	0	0	0	0	0	0	1	1
		ZACATECAS	0	0	0	0	0	0	0	1	1
TOTAL GENERAL MASCULINO 2008			0	1	10	301	883	1050	302	1000	3547



En el 2008 las consultas otorgadas fueron 10,011 en el periodo siendo 6,464 del sexo femenino (64.57%) y 3,547 para el masculino (35.43%), nuevamente se presentan como las patologías mas frecuentes las cuatro del periodo anterior con los diagnósticos de la Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica (J-449) con 2,435 consultas que equivalen al 24.32%, el Asma Bronquial, no especificado (J-459) con 1,504 consultas equivalentes al 15.02%, la Bronquitis Crónica, no especificada (J-42X) con 1,229 con el 12.28% y la Tuberculosis de Pulmón, sin mención de confirmación bacteriológica o histológica con 593 consultas (5.92%) del total de la consulta que acumulan 5,761 consultas con el 57.55% quedando para el resto el 42.45% de las otorgadas.

La entidad federativa el Distrito Federal abarca el 47.39% de la consulta (4,744 consultas) y el Estado de México el 46.25% (4,630 consultas), el Estado de Guerrero reporta 118 consultas, Puebla 100 de ellas e Hidalgo 96 otorgadas, que junto con el resto de las entidades tiene el 6.36 % de las consultas.



CONSULTAS

2009

30 PRINCIPALES MOTIVOS DE CONSULTA DE NEUMOLOGÍA 2009

N°	CODIGO	NOMBRE DIAGNOSTICO	0-1		1-4		5-14		15-24		25-44		45-59		60-64		65+		TOTAL	TOTAL	TOTAL
			FEM	MASC	FEM	MASC	FEM	MASC	FEM	MASC	FEM	MASC	FEM	MASC	FEM	MASC	FEM	MASC	FEM	MASC	GRAL
1	J449-J449	ENFERMEDAD PULMONAR OBSTRUCTIVA CRONICA, NO ESPECIFICADA	0	0	0	0	0	1	14	11	108	78	311	184	171	115	580	484	1184	873	2057
2	J459-J459	ASMA, NO ESPECIFICADO	0	0	0	0	5	4	72	66	453	157	374	96	76	16	128	44	1108	383	1491
3	J42X-J42X	BRONQUITIS CRONICA NO ESPECIFICADA	0	0	0	0	0	0	15	6	123	49	251	98	127	34	204	80	720	267	987
4	A162-A162	TUBERCULOSIS DE PULMON, SIN MENCION DE CONFIRMACION BACTERIOLOGICA O HISTOLOGICA	0	0	1	0	2	3	18	20	85	79	115	108	33	13	71	40	325	263	588
5	J849-J849	ENFERMEDAD PULMONAR INTERSTICIAL, NO ESPECIFICADA	0	0	0	0	0	0	2	5	52	13	74	22	24	4	60	16	212	60	272
6	C349-C349	TUMOR MALIGNO DE LOS BRONQUIOS O DEL PULMON, PARTE NO ESPECIFICADA	0	0	0	0	0	0	1	10	23	19	53	36	10	11	38	40	125	116	241
7	G473-G473	APNEA DEL SUE/O	0	0	0	0	0	0	0	1	22	48	57	34	17	3	15	5	111	91	202
8	I279-I279	ENFERMEDAD PULMONAR DEL CORAZON, NO ESPECIFICADA	0	0	0	0	0	0	1	2	21	15	26	21	16	11	38	42	102	91	193
9	J841-J841	OTRAS ENFERMEDADES PULMONARES INTERSTICIALES CON FIBROSIS	0	0	0	0	0	0	1	5	18	7	59	20	12	1	43	10	133	43	176
10	J90X-J90X	DERRAME PLEURAL NO CLASIFICADO EN OTRA PARTE	0	0	0	0	0	0	5	4	26	24	45	14	4	8	23	23	103	73	176
11	A182-A182	LINFADENOPATIA PERIFERICA TUBERCULOSA	0	0	0	0	0	3	10	5	52	20	27	18	8	6	11	8	108	60	168
12	J329-J329	SINUSITIS CRONICA, NO ESPECIFICADA	0	0	0	0	0	0	12	13	35	11	45	4	8	1	24	3	124	32	156
13	J679-J679	NEUMONITIS DEBIDA A HIPERSENSIBILIDAD A POLVO ORGANICO NO ESPECIFICADO	0	0	0	0	0	0	0	1	40	5	68	13	5	0	15	2	128	21	149
14	T659-T659	EFECTO TOXICO DE SUSTANCIA NO ESPECIFICADA	0	0	0	0	0	0	3	0	10	20	50	24	8	4	5	10	76	58	134
15	J47X-J47X	BRONQUIECTASIA	0	0	0	0	0	0	12	5	18	8	26	11	14	6	12	12	82	42	124
16	R05X-R05X	TOS	0	0	0	0	0	0	6	3	18	14	34	5	10	4	13	6	81	32	113
17	Z711-Z711	PERSONA QUE TEME ESTAR ENFERMA, A QUIEN NO SE HACE DIAGNOSTICO	0	0	0	0	0	0	3	6	17	11	23	6	7	5	21	12	71	40	111
18	J984-J984	OTROS TRASTORNOS DEL PULMON	0	0	0	0	0	0	2	2	14	12	30	5	12	2	8	10	66	31	97
19	E668-E668	OTROS TIPOS DE OBESIDAD	0	0	0	0	0	0	0	0	23	13	33	10	10	2	5	0	71	25	96
20	I10X-I10X	HIPERTENSION ESENCIAL (PRIMARIA)	0	0	0	0	0	0	1	1	11	6	21	11	7	1	26	7	66	26	92
21	J304-J304	RINITIS ALERGICA, NO ESPECIFICADA	0	0	0	0	0	0	10	5	21	16	17	3	2	1	8	2	58	27	85
22	K219-K219	ENFERMEDAD DEL REFLUJO GASTROESOFAGICO SIN ESOFAGITIS	0	0	0	0	0	0	3	2	8	7	26	4	10	0	11	8	58	21	79
23	J189-J189	NEUMONIA, NO ESPECIFICADA	0	0	0	0	0	0	4	4	12	14	16	5	3	1	10	8	45	32	77
24	A169-A169	TUBERCULOSIS RESPIRATORIA NO ESPECIFICADA, SIN MENCION DE CONFIRMACION BACTERIOLOGICA O HISTOLOGICA	0	0	0	0	0	0	2	3	13	11	13	10	2	1	10	11	40	36	76
25	A181-A181	TUBERCULOSIS DEL APARATO GENITOURINARIO	0	0	0	0	0	0	6	2	17	11	4	14	2	1	2	12	31	40	71
26	B200-B200	ENFERMEDAD POR VIH, RESULTANTE EN INFECCION POR MICOBACTERIAS	0	0	0	0	0	0	1	4	10	41	2	3	0	1	0	0	13	49	62
27	E662-E662	OBESIDAD EXTREMA CON HIPOVENTILACION ALVEOLAR	0	0	0	0	0	0	0	0	10	2	25	8	11	1	4	1	50	12	62
28	B206-B206	ENFERMEDAD POR VIH, RESULTANTE EN NEUMONIA POR PNEUMOCYSTIS CARINII	0	0	0	0	0	0	0	5	13	36	2	2	0	0	2	0	17	43	60
29	J398-J398	OTRAS ENFERMEDADES ESPECIFICADAS DE LAS VIAS RESPIRATORIAS SUPERIORES	0	0	0	0	0	0	11	6	14	10	6	1	3	0	2	4	36	21	57
30	Z488-Z488	OTROS CUIDADOS ESPECIFICADOS POSTERIORES A LA CIRUGIA	0	0	0	0	0	0	1	4	8	10	8	13	2	2	5	2	24	31	55
		OTROS	0	0	1	0	0	7	42	46	169	130	286	104	85	53	187	102	770	442	1212
		TOTAL CONSULTA 2009	0	0	2	0	7	18	258	247	1464	897	2127	907	699	308	1581	1004	6138	3381	9519

CONSULTAS POR ENTIDAD FEDERATIVA, RANGO DE EDAD SEXO Y DIAGNOSTICO DEL AÑO 2009

ENTIDAD	CODIGO	NOMBRE									TOTAL	
			DIAGNOSTICO	-1	1-4	5-14	15-24	25-44	45-59	60-64	65+	FEM
AGUASCALIENTES	J329-J329	SINUSITIS CRONICA, NO ESPECIFICADA	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1
		AGUASCALIENTES	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1
CHIAPAS	J449-J449	ENFERMEDAD PULMONAR OBSTRUCTIVA CRONICA, NO ESPECIFICADA	0	0	0	0	0	0	1	0	0	1
	J47X-J47X	BRONQUIECTASIA	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1
	J679-J679	NEUMONITIS DEBIDA A HIPERSENSIBILIDAD A POLVO ORGANICO NO ESPECIFICADO	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1
	J849-J849	ENFERMEDAD PULMONAR INTERSTICIAL, NO ESPECIFICADA	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1
	K219-K219	ENFERMEDAD DEL REFLUJO GASTROESOFAGICO SIN ESOFAGITIS	0	0	0	0	0	0	0	1	0	1
		CHIAPAS	0	0	0	0	0	0	1	1	3	5
CHIHUAHUA	J47X-J47X	BRONQUIECTASIA	0	0	0	0	0	0	1	0	0	1
		CHIHUAHUA	0	0	0	0	0	0	1	0	0	1
COAHUILA	J849-J849	ENFERMEDAD PULMONAR INTERSTICIAL, NO ESPECIFICADA	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1
		COAHUILA	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1



CONSULTAS POR ENTIDAD FEDERATIVA, RANGO DE EDAD SEXO Y DIAGNOSTICO DEL AÑO 2009

DISTRITO FEDERAL	J449-J449	ENFERMEDAD PULMONAR OBSTRUCTIVA CRONICA, NO ESPECIFICADA	0	0	0	6	51	151	80	233	521
	J459-J459	ASMA, NO ESPECIFICADO	0	0	3	35	203	169	35	48	493
	J42X-J42X	BRONQUITIS CRONICA NO ESPECIFICADA	0	0	0	8	56	99	53	88	304
	A162-A162	TUBERCULOSIS DE PULMON, SIN MENCION DE CONFIRMACION BACTERIOLOGICA O HISTOLOGICA	0	1	1	7	34	49	11	32	135
	J849-J849	ENFERMEDAD PULMONAR INTERSTICIAL, NO ESPECIFICADA	0	0	0	0	18	25	12	29	84
	J329-J329	SINUSITIS CRONICA, NO ESPECIFICADA	0	0	0	8	19	23	4	13	67
	C349-C349	TUMOR MALIGNO DE LOS BRONQUIOS O DEL PULMON, PARTE NO ESPECIFICADA	0	0	0	1	13	22	3	21	60
	J90X-J90X	DERRAME PLEURAL NO CLASIFICADO EN OTRA PARTE	0	0	0	1	11	19	2	14	47
	Z711-Z711	PERSONA QUE TEME ESTAR ENFERMA, A QUIEN NO SE HACE DIAGNOSTICO	0	0	0	3	10	13	5	13	44
	J841-J841	OTRAS ENFERMEDADES PULMONARES INTERSTICIALES CON FIBROSIS	0	0	0	0	12	14	0	16	42
	R05X-R05X	TOS	0	0	0	5	6	22	4	5	42
	J679-J679	NEUMONITIS DEBIDA A HIPERSENSIBILIDAD A POLVO ORGANICO NO ESPECIFICADO	0	0	0	0	12	21	2	4	39
	I279-I279	ENFERMEDAD PULMONAR DEL CORAZON, NO ESPECIFICADA	0	0	0	0	11	8	6	11	36
	T659-T659	EFEECTO TOXICO DE SUSTANCIA NO ESPECIFICADA	0	0	0	2	4	24	4	2	36
	E668-E668	OTROS TIPOS DE OBESIDAD	0	0	0	0	11	18	4	2	35
	G473-G473	APNEA DEL SUE/O	0	0	0	0	4	17	7	7	35
	I10X-I10X	HIPERTENSION ESENCIAL (PRIMARIA)	0	0	0	1	4	11	3	13	32
	A182-A182	LINFADENOPATIA PERIFERICA TUBERCULOSA	0	0	0	2	21	2	3	2	30
	J984-J984	OTROS TRASTORNOS DEL PULMON	0	0	0	1	5	14	3	6	29
	E662-E662	OBESIDAD EXTREMA CON HIPOVENTILACION ALVEOLAR	0	0	0	0	5	13	5	2	25
	J47X-J47X	BRONQUIECTASIA	0	0	0	4	8	6	4	2	24
	K219-K219	ENFERMEDAD DEL REFLUJO GASTROESOFAGICO SIN ESOFAGITIS	0	0	0	2	2	11	2	6	23
	J304-J304	RINITIS ALERGICA, NO ESPECIFICADA	0	0	0	2	12	3	0	1	18
	R060-R060	DISNEA	0	0	0	1	5	5	2	5	18
	J189-J189	NEUMONIA, NO ESPECIFICADA	0	0	0	2	3	6	0	5	16
	A169-A169	TUBERCULOSIS RESPIRATORIA NO ESPECIFICADA, SIN MENCION DE CONFIRMACION BACTERIOLOGICA O HISTOLOGICA	0	0	0	1	3	3	1	6	14
	M549-M549	DORSALGIA, NO ESPECIFICADA	0	0	0	0	2	6	4	2	14
	C509-C509	TUMOR MALIGNO DE LA MAMA, PARTE NO ESPECIFICADA	0	0	0	0	1	8	2	2	13
	J029-J029	FARINGITIS AGUDA, NO ESPECIFICADA	0	0	0	1	2	5	3	2	13
	Z430-Z430	ATENCION DE TRAQUEOSTOMIA	0	0	0	0	5	6	0	2	13
		OTROS	0	0	0	23	86	97	28	69	303
		DISTRITO FEDERAL	0	1	4	116	649	917	292	673	2652

CONSULTAS POR ENTIDAD FEDERATIVA, RANGO DE EDAD SEXO Y DIAGNOSTICO DEL AÑO 2009

EDO. DE MEXICO	J459-J459	ASMA, NO ESPECIFICADO	0	0	1	37	226	200	37	69	570
	J449-J449	ENFERMEDAD PULMONAR OBSTRUCTIVA CRONICA, NO ESPECIFICADA	0	0	0	7	53	129	76	304	569
	J42X-J42X	BRONQUITIS CRONICA NO ESPECIFICADA	0	0	0	6	67	133	55	95	356
	A162-A162	TUBERCULOSIS DE PULMON, SIN MENCION DE CONFIRMACION BACTERIOLOGICA O HISTOLOGICA	0	0	0	8	49	55	20	38	170
	J849-J849	ENFERMEDAD PULMONAR INTERSTICIAL, NO ESPECIFICADA	0	0	0	2	34	48	11	30	125
	J841-J841	OTRAS ENFERMEDADES PULMONARES INTERSTICIALES CON FIBROSIS	0	0	0	1	6	40	12	22	81
	J679-J679	NEUMONITIS DEBIDA A HIPERSENSIBILIDAD A POLVO ORGANICO NO ESPECIFICADO	0	0	0	0	29	44	2	5	80
	G473-G473	APNEA DEL SUE/O	0	0	0	0	18	38	8	7	71
	A182-A182	LINFADENOPATIA PERIFERICA TUBERCULOSA	0	0	0	7	25	23	5	7	67
	I279-I279	ENFERMEDAD PULMONAR DEL CORAZON, NO ESPECIFICADA	0	0	0	1	8	17	10	25	61
	C349-C349	TUMOR MALIGNO DE LOS BRONQUIOS O DEL PULMON, PARTE NO ESPECIFICADA	0	0	0	0	10	24	5	14	53
	J329-J329	SINUSITIS CRONICA, NO ESPECIFICADA	0	0	0	3	14	21	4	10	52
	J90X-J90X	DERRAME PLEURAL NO CLASIFICADO EN OTRA PARTE	0	0	0	2	16	21	1	10	50
	J47X-J47X	BRONQUIECTASIA	0	0	0	5	10	18	8	8	49
	T659-T659	EFEECTO TOXICO DE SUSTANCIA NO ESPECIFICADA	0	0	0	1	4	25	4	3	37
	J304-J304	RINITIS ALERGICA, NO ESPECIFICADA	0	0	0	7	8	12	2	7	36
	E668-E668	OTROS TIPOS DE OBESIDAD	0	0	0	0	12	15	5	2	34
	I10X-I10X	HIPERTENSION ESENCIAL (PRIMARIA)	0	0	0	0	6	10	4	13	33
	J984-J984	OTROS TRASTORNOS DEL PULMON	0	0	0	0	8	15	8	2	33
	R05X-R05X	TOS	0	0	0	1	12	10	3	6	32
	K219-K219	ENFERMEDAD DEL REFLUJO GASTROESOFAGICO SIN ESOFAGITIS	0	0	0	1	5	14	6	3	29
	Z711-Z711	PERSONA QUE TEME ESTAR ENFERMA, A QUIEN NO SE HACE DIAGNOSTICO	0	0	0	0	6	10	2	7	25
	E662-E662	OBESIDAD EXTREMA CON HIPOVENTILACION ALVEOLAR	0	0	0	0	3	13	5	2	23
	A181-A181	TUBERCULOSIS DEL APARATO GENITOURINARIO	0	0	0	4	11	4	2	1	22
	J189-J189	NEUMONIA, NO ESPECIFICADA	0	0	0	2	8	7	2	3	22
	A169-A169	TUBERCULOSIS RESPIRATORIA NO ESPECIFICADA, SIN MENCION DE CONFIRMACION BACTERIOLOGICA O HISTOLOGICA	0	0	0	1	8	7	1	3	20
	M069-M069	ARTRITIS REUMATOIDE, NO ESPECIFICADA	0	0	0	0	1	13	2	1	17
	R060-R060	DISNEA	0	0	0	2	3	4	2	4	15
	Z488-Z488	OTROS CUIDADOS ESPECIFICADOS POSTERIORES A LA CIRUGIA	0	0	0	1	3	6	2	3	15
	J398-J398	OTRAS ENFERMEDADES ESPECIFICADAS DE LAS VIAS RESPIRATORIAS SUPERIORES	0	0	0	5	6	1	1	1	14
		OTROS	0	1	0	16	82	120	33	81	333
		EDO. DE MEXICO	0	1	1	120	761	1107	338	796	3124

CONSULTAS POR ENTIDAD FEDERATIVA, RANGO DE EDAD SEXO Y DIAGNOSTICO DEL AÑO 2009

ESTADOS UNIDOS DE NORTEAMERICA	J459-J459	ASMA, NO ESPECIFICADO	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1
		ESTADOS UNIDOS DE NORTEAMERICA	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1
GUANAJUATO	A182-A182	LINFADENOPATIA PERIFERICA TUBERCULOSA	0	0	0	0	2	0	0	0	0	2
	A162-A162	TUBERCULOSIS DE PULMON, SIN MENCION DE CONFIRMACION BACTERIOLOGICA O HISTOLOGICA	0	0	0	0	1	0	0	0	0	1
	A184-A184	TUBERCULOSIS DE LA PIEL Y EL TEJIDO SUBCUTANEO	0	0	0	0	1	0	0	0	0	1
	C349-C349	TUMOR MALIGNO DE LOS BRONQUIOS O DEL PULMON, PARTE NO ESPECIFICADA	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1
	C539-C539	TUMOR MALIGNO DEL CUELLO DEL UTERO, SIN OTRA ESPECIFICACION	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1
	J42X-J42X	BRONQUITIS CRONICA NO ESPECIFICADA	0	0	0	0	0	1	0	0	0	1
	J449-J449	ENFERMEDAD PULMONAR OBSTRUCTIVA CRONICA, NO ESPECIFICADA	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1
	J459-J459	ASMA, NO ESPECIFICADO	0	0	0	0	1	0	0	0	0	1
	J90X-J90X	DERRAME PLEURAL NO CLASIFICADO EN OTRA PARTE	0	0	0	0	0	0	0	1	0	1
		GUANAJUATO		0	0	0	0	5	1	1	1	3
GUERRERO	J449-J449	ENFERMEDAD PULMONAR OBSTRUCTIVA CRONICA, NO ESPECIFICADA	0	0	0	0	1	4	1	7	13	
	J398-J398	OTRAS ENFERMEDADES ESPECIFICADAS DE LAS VIAS RESPIRATORIAS SUPERIORES	0	0	0	4	0	1	0	0	5	
	J42X-J42X	BRONQUITIS CRONICA NO ESPECIFICADA	0	0	0	0	0	2	0	3	5	
	C349-C349	TUMOR MALIGNO DE LOS BRONQUIOS O DEL PULMON, PARTE NO ESPECIFICADA	0	0	0	0	1	2	0	1	4	
	J459-J459	ASMA, NO ESPECIFICADO	0	0	0	0	0	1	0	3	4	
	A162-A162	TUBERCULOSIS DE PULMON, SIN MENCION DE CONFIRMACION BACTERIOLOGICA O HISTOLOGICA	0	0	0	0	1	2	0	0	3	
	J47X-J47X	BRONQUIECTASIA	0	0	0	2	0	1	0	0	3	
	J90X-J90X	DERRAME PLEURAL NO CLASIFICADO EN OTRA PARTE	0	0	0	1	0	1	0	0	2	
	R05X-R05X	TOS	0	0	0	0	0	2	0	0	2	
	Z711-Z711	PERSONA QUE TEME ESTAR ENFERMA, A QUIEN NO SE HACE DIAGNOSTICO	0	0	0	0	0	1	0	1	2	
	A182-A182	LINFADENOPATIA PERIFERICA TUBERCULOSA	0	0	0	0	0	1	0	0	1	
	B200-B200	ENFERMEDAD POR VIH, RESULTANTE EN INFECCION POR MICOBACTERIAS	0	0	0	0	0	1	0	0	1	
	C56X-C56X	TUMOR MALIGNO DEL OVARIO	0	0	0	0	0	0	0	1	1	
	E662-E662	OBESIDAD EXTREMA CON HIPOVENTILACION ALVEOLAR	0	0	0	0	1	0	0	0	1	
	E668-E668	OTROS TIPOS DE OBESIDAD	0	0	0	0	1	0	0	0	1	
	J189-J189	NEUMONIA, NO ESPECIFICADA	0	0	0	0	0	0	1	0	1	
	J304-J304	RINITIS ALERGICA, NO ESPECIFICADA	0	0	0	0	1	0	0	0	1	
	J439-J439	ENFISEMA, NO ESPECIFICADO	0	0	0	0	0	0	0	1	1	
	J985-J985	ENFERMEDADES DEL MEDIASTINO, NO CLASIFICADAS EN OTRA PARTE	0	0	0	0	0	1	0	0	1	
	M069-M069	ARTRITIS REUMATOIDE, NO ESPECIFICADA	0	0	0	0	0	0	1	0	1	
	GUERRERO		0	0	0	7	6	20	3	17	53	

CONSULTAS POR ENTIDAD FEDERATIVA, RANGO DE EDAD SEXO Y DIAGNOSTICO DEL AÑO 2009

HIDALGO	J449-J449	ENFERMEDAD PULMONAR OBSTRUCTIVA CRONICA, NO ESPECIFICADA	0	0	0	0	0	7	1	7	15
	J459-J459	ASMA, NO ESPECIFICADO	0	0	1	0	4	1	1	1	8
	J42X-J42X	BRONQUITIS CRONICA NO ESPECIFICADA	0	0	0	0	0	5	0	1	6
	J398-J398	OTRAS ENFERMEDADES ESPECIFICADAS DE LAS VIAS RESPIRATORIAS SUPERIORES	0	0	0	0	5	0	0	0	5
	J841-J841	OTRAS ENFERMEDADES PULMONARES INTERSTICIALES CON FIBROSIS	0	0	0	0	0	3	0	2	5
	C349-C349	TUMOR MALIGNO DE LOS BRONQUIOS O DEL PULMON, PARTE NO ESPECIFICADA	0	0	0	0	0	1	1	0	2
	J679-J679	NEUMONITIS DEBIDA A HIPERSENSIBILIDAD A POLVO ORGANICO NO ESPECIFICADO	0	0	0	0	0	2	0	0	2
	A182-A182	LINFADENOPATIA PERIFERICA TUBERCULOSA	0	0	0	0	1	0	0	0	1
	C509-C509	TUMOR MALIGNO DE LA MAMA, PARTE NO ESPECIFICADA	0	0	0	0	0	1	0	0	1
	D383-D383	TUMOR DE COMPORTAMIENTO INCIERTO O DESCONOCIDO DEL MEDIASTINO	0	0	0	0	0	0	1	0	1
	E668-E668	OTROS TIPOS DE OBESIDAD	0	0	0	0	0	0	0	1	1
	G700-G700	MIASTENIA GRAVIS	0	0	0	1	0	0	0	0	1
	I279-I279	ENFERMEDAD PULMONAR DEL CORAZON, NO ESPECIFICADA	0	0	0	0	0	0	0	1	1
	I509-I509	INSUFICIENCIA CARDIACA, NO ESPECIFICADA	0	0	0	0	0	0	0	1	1
	J029-J029	FARINGITIS AGUDA, NO ESPECIFICADA	0	0	0	0	1	0	0	0	1
	J189-J189	NEUMONIA, NO ESPECIFICADA	0	0	0	0	0	1	0	0	1
	J849-J849	ENFERMEDAD PULMONAR INTERSTICIAL, NO ESPECIFICADA	0	0	0	0	0	0	1	0	1
	M350-M350	SINDROME SECO [SJOGREN]	0	0	0	0	0	0	0	1	1
	Z488-Z488	OTROS CUIDADOS ESPECIFICADOS POSTERIORES A LA CIRUGIA	0	0	0	0	0	1	0	0	1
		HIDALGO		0	0	1	1	11	22	5	15
JALISCO	A181-A181	TUBERCULOSIS DEL APARATO GENITOURINARIO	0	0	0	0	1	0	0	0	1
	J449-J449	ENFERMEDAD PULMONAR OBSTRUCTIVA CRONICA, NO ESPECIFICADA	0	0	0	0	0	0	1	0	1
		JALISCO		0	0	0	0	1	0	1	2

CONSULTAS POR ENTIDAD FEDERATIVA, RANGO DE EDAD SEXO Y DIAGNOSTICO DEL AÑO 2009

MICHOCAN	J42X-J42X	BRONQUITIS CRONICA NO ESPECIFICADA	0	0	0	0	0	1	6	2	9
	J449-J449	ENFERMEDAD PULMONAR OBSTRUCTIVA CRONICA, NO ESPECIFICADA	0	0	0	0	0	1	1	5	7
	I279-I279	ENFERMEDAD PULMONAR DEL CORAZON, NO ESPECIFICADA	0	0	0	0	2	0	0	0	2
	J459-J459	ASMA, NO ESPECIFICADO	0	0	0	0	1	0	0	1	2
	A162-A162	TUBERCULOSIS DE PULMON, SIN MENCION DE CONFIRMACION BACTERIOLOGICA O HISTOLOGICA	0	0	0	0	0	1	0	0	1
	C539-C539	TUMOR MALIGNO DEL CUELLO DEL UTERO, SIN OTRA ESPECIFICACION	0	0	0	0	0	1	0	0	1
	D34X-D34X	TUMOR BENIGNO DE LA GLANDULA TIROIDES	0	0	0	0	0	0	0	1	1
	I10X-I10X	HIPERTENSION ESENCIAL (PRIMARIA)	0	0	0	0	0	0	0	1	1
	J984-J984	OTROS TRASTORNOS DEL PULMON	0	0	0	1	0	0	0	0	1
	K219-K219	ENFERMEDAD DEL REFLUJO GASTROESOFAGICO SIN ESOFAGITIS	0	0	0	0	0	1	0	0	1
	K439-K439	HERNIA VENTRAL SIN OBSTRUCCION NI GANGRENA	0	0	0	0	0	1	0	0	1
	R05X-R05X	TOS	0	0	0	0	0	0	0	1	1
		MICHOCAN		0	0	0	1	3	6	7	11

MORELOS	J42X-J42X	BRONQUITIS CRONICA NO ESPECIFICADA	0	0	0	0	0	1	1	1	3
	A162-A162	TUBERCULOSIS DE PULMON, SIN MENCION DE CONFIRMACION BACTERIOLOGICA O HISTOLOGICA	0	0	0	0	0	2	0	0	2
	J449-J449	ENFERMEDAD PULMONAR OBSTRUCTIVA CRONICA, NO ESPECIFICADA	0	0	0	0	0	1	0	1	2
	A182-A182	LINFADENOPATIA PERIFERICA TUBERCULOSA	0	0	0	0	0	0	0	1	1
	G473-G473	APNEA DEL SUEÑO	0	0	0	0	0	1	0	0	1
	J849-J849	ENFERMEDAD PULMONAR INTERSTICIAL, NO ESPECIFICADA	0	0	0	0	0	1	0	0	1
	J90X-J90X	DERRAME PLEURAL NO CLASIFICADO EN OTRA PARTE	0	0	0	1	0	0	0	0	1
		MORELOS		0	0	0	1	0	6	1	3

NAYARIT	A182-A182	LINFADENOPATIA PERIFERICA TUBERCULOSA	0	0	0	0	0	1	0	0	1
	C349-C349	TUMOR MALIGNO DE LOS BRONQUIOS O DEL PULMON, PARTE NO ESPECIFICADA	0	0	0	0	0	0	0	1	1
	J42X-J42X	BRONQUITIS CRONICA NO ESPECIFICADA	0	0	0	0	0	0	0	1	1
	J459-J459	ASMA, NO ESPECIFICADO	0	0	0	0	1	0	0	0	1
	T659-T659	EFEECTO TOXICO DE SUSTANCIA NO ESPECIFICADA	0	0	0	0	1	0	0	0	1
		NAYARIT		0	0	0	0	2	1	0	2

CONSULTAS POR ENTIDAD FEDERATIVA, RANGO DE EDAD SEXO Y DIAGNOSTICO DEL AÑO 2009

NUEVO LEON	J449-J449	ENFERMEDAD PULMONAR OBSTRUCTIVA CRONICA, NO ESPECIFICADA	0	0	0	0	0	1	1	0	2
	A184-A184	TUBERCULOSIS DE LA PIEL Y EL TEJIDO SUBCUTANEO	0	0	0	0	1	0	0	0	1
	I10X-I10X	HIPERTENSION ESENCIAL (PRIMARIA)	0	0	0	0	0	1	0	0	1
	J42X-J42X	BRONQUITIS CRONICA NO ESPECIFICADA	0	0	0	0	0	1	0	0	1
	J459-J459	ASMA, NO ESPECIFICADO	0	0	0	0	0	0	0	1	1
	R05X-R05X	TOS	0	0	0	0	0	0	1	0	1
		NUEVO LEON		0	0	0	0	1	3	2	1
OAXACA	J449-J449	ENFERMEDAD PULMONAR OBSTRUCTIVA CRONICA, NO ESPECIFICADA	0	0	0	0	0	4	1	10	15
	J42X-J42X	BRONQUITIS CRONICA NO ESPECIFICADA	0	0	0	0	0	2	5	1	8
	A162-A162	TUBERCULOSIS DE PULMON, SIN MENCION DE CONFIRMACION BACTERIOLOGICA O HISTOLOGICA	0	0	0	0	0	2	0	1	3
	J841-J841	OTRAS ENFERMEDADES PULMONARES INTERSTICIALES CON FIBROSIS	0	0	0	0	0	1	0	2	3
	K801-K801	CALCULO DE LA VESICULA BILIAR CON OTRA COLECISTITIS	0	0	0	0	0	2	0	1	3
	J304-J304	RINITIS ALERGICA, NO ESPECIFICADA	0	0	0	0	0	2	0	0	2
	J459-J459	ASMA, NO ESPECIFICADO	0	0	0	0	1	1	0	0	2
	K219-K219	ENFERMEDAD DEL REFLUJO GASTROESOFAGICO SIN ESOFAGITIS	0	0	0	0	1	0	0	1	2
	A169-A169	TUBERCULOSIS RESPIRATORIA NO ESPECIFICADA, SIN MENCION DE CONFIRMACION BACTERIOLOGICA O HISTOLOGICA	0	0	0	0	1	0	0	0	1
	A181-A181	TUBERCULOSIS DEL APARATO GENITOURINARIO	0	0	0	0	1	0	0	0	1
	C349-C349	TUMOR MALIGNO DE LOS BRONQUIOS O DEL PULMON, PARTE NO ESPECIFICADA	0	0	0	0	0	1	0	0	1
	C509-C509	TUMOR MALIGNO DE LA MAMA, PARTE NO ESPECIFICADA	0	0	0	0	0	1	0	0	1
	D259-D259	LEIOMIOMA DEL UTERO, SIN OTRA ESPECIFICACION	0	0	0	0	1	0	0	0	1
	G473-G473	APNEA DEL SUE/O	0	0	0	0	0	1	0	0	1
	I259-I259	ENFERMEDAD ISQUEMICA CRONICA DEL CORAZON, NO ESPECIFICADA	0	0	0	0	0	0	0	1	1
	I279-I279	ENFERMEDAD PULMONAR DEL CORAZON, NO ESPECIFICADA	0	0	0	0	0	1	0	0	1
	J40X-J40X	BRONQUITIS, NO ESPECIFICADA COMO AGUDA O CRONICA	0	0	0	0	0	0	0	1	1
	J668-J668	ENFERMEDAD DE LAS VIAS AEREAS DEBIDA A OTROS POLVOS ORGANICOS ESPECIFICOS	0	0	0	0	0	0	1	0	1
	J90X-J90X	DERRAME PLEURAL NO CLASIFICADO EN OTRA PARTE	0	0	0	0	0	1	0	0	1
	R060-R060	DISNEA	0	0	0	0	0	0	1	0	1
Z711-Z711	PERSONA QUE TEME ESTAR ENFERMA, A QUIEN NO SE HACE DIAGNOSTICO	0	0	0	0	1	0	0	0	1	
	OAXACA		0	0	0	0	6	19	8	18	51

CONSULTAS POR ENTIDAD FEDERATIVA, RANGO DE EDAD SEXO Y DIAGNOSTICO DEL AÑO 2009

PUEBLA	J449-J449	ENFERMEDAD PULMONAR OBSTRUCTIVA CRONICA, NO ESPECIFICADA	0	0	0	0	1	5	3	7	16
	J42X-J42X	BRONQUITIS CRONICA NO ESPECIFICADA	0	0	0	0	0	2	4	8	14
	J459-J459	ASMA, NO ESPECIFICADO	0	0	0	0	7	1	2	0	10
	J679-J679	NEUMONITIS DEBIDA A HIPERSENSIBILIDAD A POLVO ORGANICO NO ESPECIFICADO	0	0	0	0	0	0	1	4	5
	A162-A162	TUBERCULOSIS DE PULMON, SIN MENCION DE CONFIRMACION BACTERIOLOGICA O HISTOLOGICA	0	0	1	0	0	3	0	0	4
	A169-A169	TUBERCULOSIS RESPIRATORIA NO ESPECIFICADA, SIN MENCION DE CONFIRMACION BACTERIOLOGICA O HISTOLOGICA	0	0	0	0	0	2	0	0	2
	A182-A182	LINFADENOPATIA PERIFERICA TUBERCULOSA	0	0	0	0	2	0	0	0	2
	C349-C349	TUMOR MALIGNO DE LOS BRONQUIOS O DEL PULMON, PARTE NO ESPECIFICADA	0	0	0	0	0	2	0	0	2
	J029-J029	FARINGITIS AGUDA, NO ESPECIFICADA	0	0	0	0	1	1	0	0	2
	J329-J329	SINUSITIS CRONICA, NO ESPECIFICADA	0	0	0	0	0	1	0	1	2
	J841-J841	OTRAS ENFERMEDADES PULMONARES INTERSTICIALES CON FIBROSIS	0	0	0	0	0	1	0	1	2
	E039-E039	HIPOTIROIDISMO, NO ESPECIFICADO	0	0	0	0	0	1	0	0	1
	G473-G473	APNEA DEL SUE/O	0	0	0	0	0	0	1	0	1
	J189-J189	NEUMONIA, NO ESPECIFICADA	0	0	0	0	0	0	0	1	1
	J64X-J64X	NEUMOCONIOSIS, NO ESPECIFICADA	0	0	0	0	0	0	0	1	1
	J849-J849	ENFERMEDAD PULMONAR INTERSTICIAL, NO ESPECIFICADA	0	0	0	0	0	0	1	0	1
	J90X-J90X	DERRAME PLEURAL NO CLASIFICADO EN OTRA PARTE	0	0	0	0	0	1	0	0	1
	K219-K219	ENFERMEDAD DEL REFLUJO GASTROESOFAGICO SIN ESOFAGITIS	0	0	0	0	0	1	0	0	1
	K439-K439	HERNIA VENTRAL SIN OBSTRUCCION NI GANGRENA	0	0	0	0	0	0	0	1	1
	K449-K449	HERNIA DIAFRAGMATICA SIN OBSTRUCCION NI GANGRENA	0	0	0	0	0	1	0	0	1
M797-M797	FIBROMIALGIA	0	0	0	0	0	1	0	0	1	
R05X-R05X	TOS	0	0	0	0	0	0	1	0	1	
		PUEBLA	0	0	1	0	11	23	13	24	72
QUERETARO	J459-J459	ASMA, NO ESPECIFICADO	0	0	0	0	2	0	0	0	2
	J449-J449	ENFERMEDAD PULMONAR OBSTRUCTIVA CRONICA, NO ESPECIFICADA	0	0	0	0	0	0	0	1	1
	N823-N823	FISTULA DE LA VAGINA AL INTESTINO GRUESO	0	0	0	0	0	1	0	0	1
			QUERETARO	0	0	0	0	2	1	0	1



CONSULTAS POR ENTIDAD FEDERATIVA, RANGO DE EDAD SEXO Y DIAGNOSTICO DEL AÑO 2009

QUINTANA ROO	J329-J329	SINUSITIS CRONICA, NO ESPECIFICADA	0	0	0	0	2	0	0	0	2
		QUINTANA ROO	0	0	0	0	2	0	0	0	2
SAN LUIS POTOSI	I731-I731	TROMBOANGEITIS OBLITERANTE [BUERGER]	0	0	0	0	1	0	0	0	1
	J459-J459	ASMA, NO ESPECIFICADO	0	0	0	0	1	0	0	0	1
	K429-K429	HERNIA UMBILICAL SIN OBSTRUCCION NI GANGRENA	0	0	0	0	0	0	0	1	1
		SAN LUIS POTOSI	0	0	0	0	2	0	0	1	3
SINALOA	I790-I790	ANEURISMA DE LA AORTA EN ENFERMEDADES CLASIFICADAS	0	0	0	0	0	0	0	1	1
		SINALOA	0	0	0	0	0	0	0	1	1
TAMAULIPAS	J449-J449	ENFERMEDAD PULMONAR OBSTRUCTIVA CRONICA, NO ESPECIFICADA	0	0	0	0	0	0	2	0	2
		TAMAULIPAS	0	0	0	0	0	0	2	0	2
TLAXCALA	J449-J449	ENFERMEDAD PULMONAR OBSTRUCTIVA CRONICA, NO ESPECIFICADA	0	0	0	0	0	2	0	0	2
	I279-I279	ENFERMEDAD PULMONAR DEL CORAZON, NO ESPECIFICADA	0	0	0	0	0	0	0	1	1
	J90X-J90X	DERRAME PLEURAL NO CLASIFICADO EN OTRA PARTE	0	0	0	0	0	1	0	0	1
	J939-J939	NEUMOTORAX, NO ESPECIFICADO	0	0	0	0	0	0	1	0	1
	R060-R060	DISNEA	0	0	0	0	0	0	1	0	1
		TLAXCALA	0	0	0	0	0	3	2	1	6
VERACRUZ	J449-J449	ENFERMEDAD PULMONAR OBSTRUCTIVA CRONICA, NO ESPECIFICADA	0	0	0	0	2	3	3	3	11
	J459-J459	ASMA, NO ESPECIFICADO	0	0	0	0	5	1	1	4	11
	A162-A162	TUBERCULOSIS DE PULMON, SIN MENCION DE CONFIRMACION BACTERIOLOGICA O HISTOLOGICA	0	0	0	2	0	1	2	0	5
	J42X-J42X	BRONQUITIS CRONICA NO ESPECIFICADA	0	0	0	0	0	0	2	3	5
	B909-B909	SECUELAS DE TUBERCULOSIS RESPIRATORIA Y DE TUBERCULOSIS NO ESPECIFICADA	0	0	0	0	1	0	0	0	1
	D34X-D34X	TUMOR BENIGNO DE LA GLANDULA TIROIDES	0	0	0	0	0	1	0	0	1
	J189-J189	NEUMONIA, NO ESPECIFICADA	0	0	0	0	0	1	0	0	1
	J47X-J47X	BRONQUIECTASIA	0	0	0	0	0	0	1	0	1
	J90X-J90X	DERRAME PLEURAL NO CLASIFICADO EN OTRA PARTE	0	0	0	0	0	1	0	0	1
	J984-J984	OTROS TRASTORNOS DEL PULMON	0	0	0	0	0	1	0	0	1
	K801-K801	CALCULO DE LA VESICULA BILIAR CON OTRA COLECISTITIS	0	0	0	0	0	0	0	1	1
	VERACRUZ	0	0	0	2	8	9	9	11	39	

CONSULTAS POR ENTIDAD FEDERATIVA, RANGO DE EDAD SEXO Y DIAGNOSTICO DEL AÑO 2009

YUCATAN	J42X-J42X	BRONQUITIS CRONICA NO ESPECIFICADA	0	0	0	0	0	2	0	0	2
		YUCATAN	0	0	0	0	0	2	0	0	2
TOTAL FEMENINO 2009			0	2	7	248	1470	2142	685	1584	6138



CONSULTAS POR ENTIDAD FEDERATIVA, RANGO DE EDAD SEXO Y DIAGNOSTICO DEL AÑO 2009

ENTIDAD	CODIGO	NOMBRE DIAGNOSTICO									TOTAL FEM
			-1	1-4	5-14	15-24	25-44	45-59	60-64	65+	
CHIAPAS	A162-A162	TUBERCULOSIS DE PULMON, SIN MENCION DE CONFIRMACION BACTERIOLOGICA O HISTOLOGICA	0	0	0	0	1	2	0	0	3
	J42X-J42X	BRONQUITIS CRONICA NO ESPECIFICADA	0	0	0	0	0	0	0	1	1
	J986-J986	TRASTORNOS DEL DIAFRAGMA	0	0	0	0	1	0	0	0	1
		CHIAPAS	0	0	0	0	2	2	0	1	5
DISTRITO FEDERAL	J449-J449	ENFERMEDAD PULMONAR OBSTRUCTIVA CRONICA, NO ESPECIFICADA	0	0	0	5	42	87	59	275	468
	J459-J459	ASMA, NO ESPECIFICADO	0	0	3	37	91	44	11	23	209
	J42X-J42X	BRONQUITIS CRONICA NO ESPECIFICADA	0	0	0	2	33	58	18	47	158
	A162-A162	TUBERCULOSIS DE PULMON, SIN MENCION DE CONFIRMACION	0	0	2	10	49	54	5	17	137
	I279-I279	ENFERMEDAD PULMONAR DEL CORAZON, NO ESPECIFICADA	0	0	0	2	10	13	7	27	59
	C349-C349	TUMOR MALIGNO DE LOS BRONQUIOS O DEL PULMON	0	0	0	5	7	13	6	25	56
	G473-G473	APNEA DEL SUE/O	0	0	0	1	27	18	2	2	50
	B200-B200	ENFERMEDAD POR VIH, RESULTANTE EN INFECCION POR MICOBACTERIAS	0	0	0	3	35	1	1	0	40
	J90X-J90X	DERRAME PLEURAL NO CLASIFICADO EN OTRA PARTE	0	0	0	2	14	8	3	12	39
	B206-B206	ENFERMEDAD POR VIH, RESULTANTE EN NEUMONIA POR PNEUMOCYSTIS	0	0	0	5	29	2	0	0	36
	T659-T659	EFEECTO TOXICO DE SUSTANCIA NO ESPECIFICADA	0	0	0	0	16	10	4	6	36
	A182-A182	LINFADENOPATIA PERIFERICA TUBERCULOSA	0	0	0	2	14	8	2	3	29
	J841-J841	OTRAS ENFERMEDADES PULMONARES INTERSTICIALES CON FIBROSIS	0	0	0	3	6	11	0	7	27
	J849-J849	ENFERMEDAD PULMONAR INTERSTICIAL, NO ESPECIFICADA	0	0	0	4	6	10	1	6	27
	J47X-J47X	BRONQUIECTASIA	0	0	0	1	1	10	5	8	25
	Z711-Z711	PERSONA QUE TEME ESTAR ENFERMA, A QUIEN NO SE HACE DIAGNOSTICO	0	0	0	3	6	6	3	6	24
	J304-J304	RINITIS ALERGICA, NO ESPECIFICADA	0	0	0	4	15	2	1	1	23
	E668-E668	OTROS TIPOS DE OBESIDAD	0	0	0	0	13	7	1	0	21
	A169-A169	TUBERCULOSIS RESPIRATORIA NO ESPECIFICADA, SIN MENCION	0	0	0	2	6	6	1	5	20
	A181-A181	TUBERCULOSIS DEL APARATO GENITOURINARIO	0	0	0	1	8	5	0	6	20
	J189-J189	NEUMONIA, NO ESPECIFICADA	0	0	0	3	10	3	0	4	20
	Z488-Z488	OTROS CUIDADOS ESPECIFICADOS POSTERIORES A LA CIRUGIA	0	0	0	2	6	7	1	0	16
	I10X-I10X	HIPERTENSION ESENCIAL (PRIMARIA)	0	0	0	0	4	5	1	5	15
	J329-J329	SINUSITIS CRONICA, NO ESPECIFICADA	0	0	0	4	5	2	1	3	15
	J439-J439	ENFISEMA, NO ESPECIFICADO	0	0	0	1	2	2	0	10	15
	R05X-R05X	TOS	0	0	0	0	6	4	1	4	15
	J984-J984	OTROS TRASTORNOS DEL PULMON	0	0	0	2	3	1	0	6	12
	K219-K219	ENFERMEDAD DEL REFLUJO GASTROESOFAGICO SIN ESOFAGITIS	0	0	0	1	5	3	0	3	12
	R060-R060	DISNEA	0	0	0	0	3	6	2	1	12
	E662-E662	OBESIDAD EXTREMA CON HIPOVENTILACION ALVEOLAR	0	0	0	0	2	5	0	1	8
		OTROS	0	0	1	18	58	47	31	47	202
		DISTRITO FEDERAL	0	0	6	123	542	468	167	570	1876

CONSULTAS POR ENTIDAD FEDERATIVA, RANGO DE EDAD SEXO Y DIAGNOSTICO DEL AÑO 2009

EDO. DE MEXICO	J449-J449	ENFERMEDAD PULMONAR OBSTRUCTIVA CRONICA, NO ESPECIFICADA	0	0	1	4	30	90	47	172	344
	J459-J459	ASMA, NO ESPECIFICADO	0	0	1	26	62	47	4	19	159
	A162-A162	TUBERCULOSIS DE PULMON, SIN MENCION DE CONFIRMACION	0	0	1	11	25	49	6	14	106
	J42X-J42X	BRONQUITIS CRONICA NO ESPECIFICADA	0	0	0	4	15	35	12	29	95
	C349-C349	TUMOR MALIGNO DE LOS BRONQUIOS O DEL PULMON	0	0	0	3	10	22	3	13	51
	G473-G473	APNEA DEL SUE/O	0	0	0	0	17	14	1	2	34
	I279-I279	ENFERMEDAD PULMONAR DEL CORAZON, NO ESPECIFICADA	0	0	0	0	5	8	3	12	28
	J90X-J90X	DERRAME PLEURAL NO CLASIFICADO EN OTRA PARTE	0	0	0	1	8	5	3	10	27
	A182-A182	LINFADENOPATIA PERIFERICA TUBERCULOSA	0	0	1	2	5	10	4	3	25
	J849-J849	ENFERMEDAD PULMONAR INTERSTICIAL, NO ESPECIFICADA	0	0	0	0	5	8	2	8	23
	T659-T659	EFEECTO TOXICO DE SUSTANCIA NO ESPECIFICADA	0	0	0	0	4	15	0	2	21
	J47X-J47X	BRONQUIECTASIA	0	0	0	3	7	1	1	3	15
	J329-J329	SINUSITIS CRONICA, NO ESPECIFICADA	0	0	0	8	4	2	0	0	14
	A181-A181	TUBERCULOSIS DEL APARATO GENITOURINARIO	0	0	0	1	2	7	1	2	13
	J984-J984	OTROS TRASTORNOS DEL PULMON	0	0	0	0	6	2	2	3	13
	R05X-R05X	TOS	0	0	0	2	6	0	3	2	13
	A169-A169	TUBERCULOSIS RESPIRATORIA NO ESPECIFICADA	0	0	0	1	4	2	0	5	12
	J398-J398	OTRAS ENFERMEDADES ESPECIFICADAS DE LAS VIAS RESPIRATORIAS SUPERIORES	0	0	0	5	4	0	0	3	12
	J679-J679	NEUMONITIS DEBIDA A HIPERSENSIBILIDAD A POLVO ORGANICO NO ESPECIFICADO	0	0	0	0	3	8	0	1	12
	J841-J841	OTRAS ENFERMEDADES PULMONARES INTERSTICIALES CON FIBROSIS	0	0	0	2	1	7	1	1	12
	Z711-Z711	PERSONA QUE TEME ESTAR ENFERMA, A QUIEN NO SE HACE DIAGNOSTICO	0	0	0	3	3	0	1	5	12
	J189-J189	NEUMONIA, NO ESPECIFICADA	0	0	0	1	4	1	1	3	10
	Z488-Z488	OTROS CUIDADOS ESPECIFICADOS POSTERIORES A LA CIRUGIA	0	0	0	1	3	4	1	1	10
	A184-A184	TUBERCULOSIS DE LA PIEL Y EL TEJIDO SUBCUTANEO	0	0	0	1	2	3	2	1	9
	I10X-I10X	HIPERTENSION ESENCIAL (PRIMARIA)	0	0	0	1	2	4	0	2	9
	A170-A170	MENINGITIS TUBERCULOSA	0	0	0	2	5	0	0	1	8
	B200-B200	ENFERMEDAD POR VIH, RESULTANTE EN INFECCION POR MICOBACTERIAS	0	0	0	1	5	2	0	0	8
	B206-B206	ENFERMEDAD POR VIH, RESULTANTE EN NEUMONIA POR PNEUMOCYSTIS CARINII	0	0	0	0	7	0	0	0	7
	K219-K219	ENFERMEDAD DEL REFLUJO GASTROESOFAGICO SIN ESOFAGITIS	0	0	0	1	2	1	0	2	6
	M549-M549	DORSALGIA, NO ESPECIFICADA	0	0	0	1	1	1	1	2	6
	OTROS	0	0	5	15	49	45	9	32	155	
	EDO. DE MEXICO		0	0	9	100	316	403	108	361	1297

CONSULTAS POR ENTIDAD FEDERATIVA, RANGO DE EDAD SEXO Y DIAGNOSTICO DEL AÑO 2009

GUANAJUATO	J449-J449	ENFERMEDAD PULMONAR OBSTRUCTIVA CRONICA, NO ESPECIFICADA	0	0	0	0	0	0	0	5	5
	C349-C349	TUMOR MALIGNO DE LOS BRONQUIOS O DEL PULMON, PARTE NO ESPECIFICADA	0	0	0	0	1	0	0	0	1
	K219-K219	ENFERMEDAD DEL REFLUJO GASTROESOFAGICO SIN ESOFAGITIS	0	0	0	0	0	0	0	1	1
	GUANAJUATO		0	0	0	0	1	0	0	6	7

GUERRERO	J449-J449	ENFERMEDAD PULMONAR OBSTRUCTIVA CRONICA, NO ESPECIFICADA	0	0	0	0	1	0	0	6	7
	A182-A182	LINFADENOPATIA PERIFERICA TUBERCULOSA	0	0	2	1	0	0	0	1	4
	A162-A162	TUBERCULOSIS DE PULMON, SIN MENCION DE CONFIRMACION BACTERIOLOGICA O HISTOLOGICA	0	0	0	0	0	0	0	2	2
	E149-E149	DIABETES MELLITUS NO ESPECIFICADA, SIN MENCION DE COMPLICACION	0	0	0	0	2	0	0	0	2
	K219-K219	ENFERMEDAD DEL REFLUJO GASTROESOFAGICO SIN ESOFAGITIS	0	0	0	0	0	0	0	2	2
	B909-B909	SECUELAS DE TUBERCULOSIS RESPIRATORIA Y DE TUBERCULOSIS NO ESPECIFICADA	0	0	0	0	0	1	0	0	1
	C349-C349	TUMOR MALIGNO DE LOS BRONQUIOS O DEL PULMON, PARTE NO ESPECIFICADA	0	0	0	0	0	1	0	0	1
	E662-E662	OBESIDAD EXTREMA CON HIPOVENTILACION ALVEOLAR	0	0	0	0	0	0	1	0	1
	E668-E668	OTROS TIPOS DE OBESIDAD	0	0	0	0	0	0	1	0	1
	J189-J189	NEUMONIA, NO ESPECIFICADA	0	0	0	0	0	1	0	0	1
	J398-J398	OTRAS ENFERMEDADES ESPECIFICADAS DE LAS VIAS RESPIRATORIAS SUPERIORES	0	0	0	0	0	1	0	0	1
	J42X-J42X	BRONQUITIS CRONICA NO ESPECIFICADA	0	0	0	0	0	0	0	1	1
	J439-J439	ENFISEMA, NO ESPECIFICADO	0	0	0	0	0	0	0	1	1
	J459-J459	ASMA, NO ESPECIFICADO	0	0	0	0	0	1	0	0	1
	J849-J849	ENFERMEDAD PULMONAR INTERSTICIAL, NO ESPECIFICADA	0	0	0	0	0	1	0	0	1
	J984-J984	OTROS TRASTORNOS DEL PULMON	0	0	0	0	1	0	0	0	1
	R05X-R05X	TOS	0	0	0	0	0	1	0	0	1
	GUERRERO		0	0	2	1	4	7	2	13	29



CONSULTAS POR ENTIDAD FEDERATIVA, RANGO DE EDAD SEXO Y DIAGNOSTICO DEL AÑO 2009

HIDALGO	J449-J449	ENFERMEDAD PULMONAR OBSTRUCTIVA CRONICA, NO ESPECIFICADA	0	0	0	0	1	2	6	3	12
	J42X-J42X	BRONQUITIS CRONICA NO ESPECIFICADA	0	0	0	0	1	0	1	2	4
	J459-J459	ASMA, NO ESPECIFICADO	0	0	0	0	0	4	0	0	4
	A162-A162	TUBERCULOSIS DE PULMON, SIN MENCION DE CONFIRMACION BACTERIOLOGICA O HISTOLOGICA	0	0	0	0	0	1	1	1	3
	J90X-J90X	DERRAME PLEURAL NO CLASIFICADO EN OTRA PARTE	0	0	0	0	1	0	1	1	3
	G473-G473	APNEA DEL SUE/O	0	0	0	0	1	1	0	0	2
	A181-A181	TUBERCULOSIS DEL APARATO GENITOURINARIO	0	0	0	0	0	0	0	1	1
	A182-A182	LINFADENOPATIA PERIFERICA TUBERCULOSA	0	0	0	0	0	0	0	1	1
	A199-A199	TUBERCULOSIS MILIAR, SIN OTRA ESPECIFICACION	0	0	0	0	1	0	0	0	1
	I279-I279	ENFERMEDAD PULMONAR DEL CORAZON, NO ESPECIFICADA	0	0	0	0	0	0	0	1	1
	I719-I719	ANEURISMA DE LA AORTA, SITIO NO ESPECIFICADO, SIN MENCION DE RUPTURA	0	0	0	0	0	0	0	1	1
	J311-J311	RINOFARINGITIS CRONICA	0	0	0	0	1	0	0	0	1
	J398-J398	OTRAS ENFERMEDADES ESPECIFICADAS DE LAS VIAS RESPIRATORIAS SUPERIORES	0	0	0	0	1	0	0	0	1
	J869-J869	PIOTORAX SIN FISTULA	0	0	0	0	1	0	0	0	1
	M348-M348	OTRAS FORMAS DE ESCLEROSIS SISTEMICA	0	0	0	0	1	0	0	0	1
	R05X-R05X	TOS	0	0	0	1	0	0	0	0	1
	Z488-Z488	OTROS CUIDADOS ESPECIFICADOS POSTERIORES A LA CIRUGIA	0	0	0	0	0	1	0	0	1
	Z711-Z711	PERSONA QUE TEME ESTAR ENFERMA, A QUIEN NO SE HACE DIAGNOSTICO	0	0	0	0	1	0	0	0	1
	HIDALGO		0	0	0	1	10	9	9	11	40
MICHOACAN	J449-J449	ENFERMEDAD PULMONAR OBSTRUCTIVA CRONICA, NO ESPECIFICADA	0	0	0	0	1	1	0	5	7
	A162-A162	TUBERCULOSIS DE PULMON, SIN MENCION DE CONFIRMACION BACTERIOLOGICA O HISTOLOGICA	0	0	0	0	2	0	0	1	3
	C349-C349	TUMOR MALIGNO DE LOS BRONQUIOS O DEL PULMON, PARTE NO ESPECIFICADA	0	0	0	0	1	0	1	0	2
	G473-G473	APNEA DEL SUE/O	0	0	0	0	2	0	0	0	2
	J459-J459	ASMA, NO ESPECIFICADO	0	0	0	0	1	0	0	1	2
	A170-A170	MENINGITIS TUBERCULOSA	0	0	0	0	1	0	0	0	1
	A182-A182	LINFADENOPATIA PERIFERICA TUBERCULOSA	0	0	0	0	1	0	0	0	1
	J189-J189	NEUMONIA, NO ESPECIFICADA	0	0	0	0	0	0	0	1	1
	J90X-J90X	DERRAME PLEURAL NO CLASIFICADO EN OTRA PARTE	0	0	0	0	0	0	0	1	1
	MICHOACAN		0	0	0	0	9	1	1	9	20

CONSULTAS POR ENTIDAD FEDERATIVA, RANGO DE EDAD SEXO Y DIAGNOSTICO DEL AÑO 2009

MORELOS	J449-J449	ENFERMEDAD PULMONAR OBSTRUCTIVA CRONICA, NO ESPECIFICADA	0	0	0	0	1	3	0	4	8
	C349-C349	TUMOR MALIGNO DE LOS BRONQUIOS O DEL PULMON, PARTE NO ESPECIFICADA	0	0	0	0	0	0	0	2	2
	J984-J984	OTROS TRASTORNOS DEL PULMON	0	0	0	0	1	1	0	0	2
	A162-A162	TUBERCULOSIS DE PULMON, SIN MENCION DE CONFIRMACION BACTERIOLOGICA O HISTOLOGICA	0	0	0	0	1	0	0	0	1
	A171-A171	TUBERCULOMA MENINGEO	0	0	0	1	0	0	0	0	1
	D383-D383	TUMOR DE COMPORTAMIENTO INCIERTO O DESCONOCIDO DEL MEDIASTINO	0	0	0	0	1	0	0	0	1
	J459-J459	ASMA, NO ESPECIFICADO	0	0	0	0	1	0	0	0	1
	J47X-J47X	BRONQUIECTASIA	0	0	0	1	0	0	0	0	1
	MORELOS			0	0	0	2	5	4	0	6

OAXACA	J449-J449	ENFERMEDAD PULMONAR OBSTRUCTIVA CRONICA, NO ESPECIFICADA	0	0	0	1	2	0	0	1	4
	A162-A162	TUBERCULOSIS DE PULMON, SIN MENCION DE CONFIRMACION BACTERIOLOGICA O HISTOLOGICA	0	0	0	0	1	0	0	2	3
	J42X-J42X	BRONQUITIS CRONICA NO ESPECIFICADA	0	0	0	0	0	3	0	0	3
	J849-J849	ENFERMEDAD PULMONAR INTERSTICIAL, NO ESPECIFICADA	0	0	0	0	1	2	0	0	3
	I279-I279	ENFERMEDAD PULMONAR DEL CORAZON, NO ESPECIFICADA	0	0	0	0	0	0	0	2	2
	J841-J841	OTRAS ENFERMEDADES PULMONARES INTERSTICIALES CON FIBROSIS	0	0	0	0	0	2	0	0	2
	A169-A169	TUBERCULOSIS RESPIRATORIA NO ESPECIFICADA, SIN MENCION DE CONFIRMACION BACTERIOLOGICA O HISTOLOGICA	0	0	0	0	0	1	0	0	1
	B200-B200	ENFERMEDAD POR VIH, RESULTANTE EN INFECCION POR MICOBACTERIAS	0	0	0	0	1	0	0	0	1
	H814-H814	VERTIGO DE ORIGEN CENTRAL	0	0	0	0	0	1	0	0	1
	J398-J398	OTRAS ENFERMEDADES ESPECIFICADAS DE LAS VIAS RESPIRATORIAS SUPERIORES	0	0	0	0	1	0	0	0	1
	J459-J459	ASMA, NO ESPECIFICADO	0	0	0	0	1	0	0	0	1
	J90X-J90X	DERRAME PLEURAL NO CLASIFICADO EN OTRA PARTE	0	0	0	0	1	0	0	0	1
	R05X-R05X	TOS	0	0	0	0	1	0	0	0	1
	OAXACA			0	0	0	1	9	9	0	5

CONSULTAS POR ENTIDAD FEDERATIVA, RANGO DE EDAD SEXO Y DIAGNOSTICO DEL AÑO 2009

PUEBLA	J449-J449	ENFERMEDAD PULMONAR OBSTRUCTIVA CRONICA, NO ESPECIFICADA	0	0	0	0	0	1	2	5	8
	J42X-J42X	BRONQUITIS CRONICA NO ESPECIFICADA	0	0	0	0	0	1	2	1	4
	A162-A162	TUBERCULOSIS DE PULMON, SIN MENCION DE CONFIRMACION BACTERIOLOGICA O HISTOLOGICA	0	0	0	0	0	1	0	2	3
	J849-J849	ENFERMEDAD PULMONAR INTERSTICIAL, NO ESPECIFICADA	0	0	0	1	0	1	0	1	3
	G473-G473	APNEA DEL SUE/O	0	0	0	0	0	1	0	1	2
	J029-J029	FARINGITIS AGUDA, NO ESPECIFICADA	0	0	0	1	0	1	0	0	2
	J459-J459	ASMA, NO ESPECIFICADO	0	0	0	1	1	0	0	0	2
	A181-A181	TUBERCULOSIS DEL APARATO GENITOURINARIO	0	0	0	0	0	1	0	0	1
	C349-C349	TUMOR MALIGNO DE LOS BRONQUIOS O DEL PULMON, PARTE NO ESPECIFICADA	0	0	0	1	0	0	0	0	1
	D489-D489	TUMOR DE COMPORTAMIENTO INCIERTO O DESCONOCIDO, DE SITIO NO ESPECIFICADO	0	0	0	0	0	1	0	0	1
	I10X-I10X	HIPERTENSION ESENCIAL (PRIMARIA)	0	0	0	0	0	1	0	0	1
	J852-J852	ABSCESO DEL PULMON SIN NEUMONIA	0	0	0	0	0	0	1	0	1
	J869-J869	PIOTORAX SIN FISTULA	0	0	0	1	0	0	0	0	1
	J941-J941	FIBROTORAX	0	0	0	0	1	0	0	0	1
	Z488-Z488	OTROS CUIDADOS ESPECIFICADOS POSTERIORES A LA CIRUGIA	0	0	0	0	0	0	0	1	1
	Z711-Z711	PERSONA QUE TEME ESTAR ENFERMA, A QUIEN NO SE HACE DIAGNOSTICO	0	0	0	0	0	0	1	0	1
	PUEBLA		0	0	0	5	2	9	6	11	33
QUERETARO	J329-J329	SINUSITIS CRONICA, NO ESPECIFICADA	0	0	0	0	1	0	0	0	1
		QUERETARO	0	0	0	0	1	0	0	0	1
SE IGNORA	J029-J029	FARINGITIS AGUDA, NO ESPECIFICADA	0	0	0	1	0	0	0	0	1
	J449-J449	ENFERMEDAD PULMONAR OBSTRUCTIVA CRONICA, NO ESPECIFICADA	0	0	0	0	0	0	0	1	1
		SE IGNORA	0	0	0	1	0	0	0	1	2
TABASCO	J398-J398	OTRAS ENFERMEDADES ESPECIFICADAS DE LAS VIAS RESPIRATORIAS SUPERIORES	0	0	0	0	1	0	0	0	1
	J42X-J42X	BRONQUITIS CRONICA NO ESPECIFICADA	0	0	0	0	0	1	0	0	1
	M549-M549	DORSALGIA, NO ESPECIFICADA	0	0	0	0	0	0	1	0	1
		TABASCO	0	0	0	0	1	1	1	0	3
TLAXCALA	C61X-C61X	TUMOR MALIGNO DE LA PROSTATA	0	0	0	0	0	0	0	1	1
	J90X-J90X	DERRAME PLEURAL NO CLASIFICADO EN OTRA PARTE	0	0	0	0	0	0	1	0	1
	Z488-Z488	OTROS CUIDADOS ESPECIFICADOS POSTERIORES A LA CIRUGIA	0	0	0	1	0	0	0	0	1
		TLAXCALA	0	0	0	1	0	0	1	1	3

CONSULTAS POR ENTIDAD FEDERATIVA, RANGO DE EDAD SEXO Y DIAGNOSTICO DEL AÑO 2009

VERACRUZ	J449-J449	ENFERMEDAD PULMONAR OBSTRUCTIVA CRONICA, NO ESPECIFICADA	0	0	0	0	0	0	1	5	6
	J459-J459	ASMA, NO ESPECIFICADO	0	0	0	1	0	0	1	1	3
	A162-A162	TUBERCULOSIS DE PULMON, SIN MENCION DE CONFIRMACION BACTERIOLOGICA O HISTOLOGICA	0	0	0	0	0	1	0	1	2
	A181-A181	TUBERCULOSIS DEL APARATO GENITOURINARIO	0	0	0	0	0	0	0	2	2
	J209-J209	BRONQUITIS AGUDA, NO ESPECIFICADA	0	0	0	0	0	0	0	1	1
	J398-J398	OTRAS ENFERMEDADES ESPECIFICADAS DE LAS VIAS RESPIRATORIAS SUPERIORES	0	0	0	1	0	0	0	0	1
	J42X-J42X	BRONQUITIS CRONICA NO ESPECIFICADA	0	0	0	0	0	0	1	0	1
	J439-J439	ENFISEMA, NO ESPECIFICADO	0	0	0	1	0	0	0	0	1
	J841-J841	OTRAS ENFERMEDADES PULMONARES INTERSTICIALES CON FIBROSIS	0	0	0	0	0	0	0	1	1
	J849-J849	ENFERMEDAD PULMONAR INTERSTICIAL, NO ESPECIFICADA	0	0	0	0	0	0	1	0	1
	J869-J869	PIOTORAX SIN FISTULA	0	0	0	0	0	0	0	1	1
	J90X-J90X	DERRAME PLEURAL NO CLASIFICADO EN OTRA PARTE	0	0	0	1	0	0	0	0	1
	J984-J984	OTROS TRASTORNOS DEL PULMON	0	0	0	0	0	1	0	0	1
	J986-J986	TRASTORNOS DEL DIAFRAGMA	0	0	0	0	0	0	1	0	1
	T659-T659	EFECTO TOXICO DE SUSTANCIA NO ESPECIFICADA	0	0	0	0	0	0	0	1	1
		VERACRUZ	0	0	0	4	0	2	5	13	24
TOTAL FEMENINO 2009			0	0	17	239	902	915	300	1008	3381



En el 2009 se atendieron 9,519 consultas de las que para el sexo femenino fueron 6,138 consultas (64.48%) y para el masculino 3,381 consultas (35.52%) del global, repitiéndose los primeros padecimientos atendidos que son la Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica (J-449) con 2,057 consultas que equivalen al 21.61%, el Asma Bronquial, no especificado (J-459) con 1,491 consultas equivalentes al 15.66%, la Bronquitis Crónica, no especificada (J-42X) con 987 consultas que representa el 10.37% y la Tuberculosis de Pulmón, sin mención de confirmación bacteriológica o histológica con 588 consultas (6.18%) del total de la consulta que acumulan el 53.82% quedando para el resto el 46.18% de las otorgadas.

De las 9,519 consultas, 8,949 de ellas corresponden al Distrito Federal (4,528 con el 47.57%) y para el Estado de México (4,421 con el 46.44%), lo que acumulado representa el 94.01% del total de las 9,519 quedando para las demás entidades federativas el 5.99% de las consultas donde predominan el Estado de Puebla con 105 consultas, el Estado de Hidalgo con 95 consultas y el Estado de Guerrero con 82 consultas del total.



CONSULTAS ACUMULADO

2005-2009

**75 PRINCIPALES MOTIVOS DE CONSULTA MAS FRECUENTES DEL 2005 AL 2009
POR ORDEN DESCENDENTE DE ACUERDO AL CÓDIGO CIE-10.**

N°	CODIGO	NOMBRE DIAGNOSTICO	FEM	MASC	TOTAL GRAL	FEM	MASC	TOTAL GRAL	FEM	MASC	TOTAL GRAL
			2005	2005	2005	2006	2006	2006	2007	2007	2007
1	A162	TUBERCULOSIS DE PULMON, SIN MENCION DE CONFIRMACION BACTERIOLOGICA O HISTOLOGICA	11	0	11	339	241	580	391	300	691
2	A165	PLEURESIA TUBERCULOSA, SIN MENCION DE CONFIRMACION BACTERIOLOGICA O HISTOLOGICA	0	0	0	0	0	0	1	5	6
3	A168	OTRAS TUBERCULOSIS RESPIRATORIAS, SIN MENCION DE CONFIRMACION	0	0	0	63	44	107	0	1	1
4	A169	TUBERCULOSIS RESPIRATORIA NO ESPECIFICADA, SIN MENCION DE CONFIRMACION BACTERIOLOGICA O HISTOLOGICA	11	11	22	12	4	16	18	12	30
5	A170	MENINGITIS TUBERCULOSA	0	0	0	1	0	1	3	3	6
6	A181	TUBERCULOSIS DEL APARATO GENITOURINARIO	0	3	3	6	0	6	21	12	33
7	A182	LINFADENOPATIA PERIFERICA TUBERCULOSA	17	11	28	124	86	210	98	58	156
8	A184	TUBERCULOSIS DE LA PIEL Y EL TEJIDO SUBCUTANEO	0	0	0	10	11	21	4	6	10
9	A199	TUBERCULOSIS MILIAR, SIN OTRA ESPECIFICACION	8	8	16	26	23	49	10	4	14
10	B200	ENFERMEDAD POR VIH, RESULTANTE EN INFECCION POR MICOBACTERIAS	11	28	39	17	64	81	30	88	118
11	B206	ENFERMEDAD POR VIH, RESULTANTE EN NEUMONIA POR PNEUMOCYSTIS CARINII	33	80	113	5	25	30	6	31	37
12	B24X	ENFERMEDAD POR VIRUS DE LA INMUNODEFICIENCIA HUMANA [VIH], SIN OTRA ESPECIFICACION	28	25	53	0	1	1	1	2	3
13	C349	TUMOR MALIGNO DE LOS BRONQUIOS O DEL PULMON, PARTE NO ESPECIFICADA	10	9	19	87	81	168	102	82	184
14	C459	MESOTELIOMA, DE SITIO NO ESPECIFICADO	0	0	0	4	9	13	1	1	2
15	C509	TUMOR MALIGNO DE LA MAMA, PARTE NO ESPECIFICADA	9	0	9	34	4	38	35	1	36
16	C539	TUMOR MALIGNO DEL CUELLO DEL UTERO, SIN OTRA ESPECIFICACION	0	0	0	12	0	12	3	0	3
17	C859	LINFOMA NO HODGKIN, NO ESPECIFICADO	0	0	0	2	5	7	6	3	9
18	D383	TUMOR DE COMPORTAMIENTO INCIERTO O DESCONOCIDO DEL MEDIASTINO	0	0	0	1	1	2	2	11	13
19	E116	DIABETES MELLITUS NO INSULINODEPENDIENTE, CON OTRAS COMPLICACIONES ESPECIFICADAS	0	0	0	9	9	18	3	4	7
20	E119	DIABETES MELLITUS NO INSULINODEPENDIENTE, SIN MENCION DE COMPLICACION	0	0	0	4	1	5	7	5	12
21	E149	DIABETES MELLITUS NO ESPECIFICADA, SIN MENCION DE COMPLICACION	0	0	0	1	0	1	8	5	13
22	E662	OBESIDAD EXTREMA CON HIPOVENTILACION ALVEOLAR	30	13	43	174	56	230	115	49	164
23	E668	OTROS TIPOS DE OBESIDAD	16	9	25	2	1	3	0	0	0
24	E789	TRASTORNO DEL METABOLISMO DE LAS LIPOPROTEINAS, NO ESPECIFICADO	0	0	0	0	0	0	0	0	0
25	G473	APNEA DEL SUE/O	11	19	30	91	82	173	97	80	177
26	G479	TRASTORNO DEL SUE/O, NO ESPECIFICADO	0	0	0	1	4	5	15	12	27
27	I10X	HIPERTENSION ESENCIAL (PRIMARIA)	46	0	46	62	19	81	99	48	147
28	I269	EMBOLIA PULMONAR SIN MENCION DE CORAZON PULMONAR AGUDO	0	0	0	10	1	11	17	6	23
29	I279	ENFERMEDAD PULMONAR DEL CORAZON, NO ESPECIFICADA	24	22	46	107	69	176	103	73	176
30	J029	FARINGITIS AGUDA, NO ESPECIFICADA	11	11	22	10	4	14	27	7	34
31	J189	NEUMONIA, NO ESPECIFICADA	6	0	6	53	33	86	78	28	106
32	J209	BRONQUITIS AGUDA, NO ESPECIFICADA	0	0	0	14	10	24	15	7	22
33	J22X	INFECCION AGUDA NO ESPECIFICADA DE LAS VIAS RESPIRATORIAS INFERIORES	0	0	0	6	10	16	18	6	24
34	J304	RINITIS ALERGICA, NO ESPECIFICADA	3	0	3	27	18	45	78	17	95
35	J310	RINITIS CRONICA	0	0	0	10	0	10	5	1	6
36	J312	FARINGITIS CRONICA	0	3	3	0	0	0	6	2	8
37	J329	SINUSITIS CRONICA, NO ESPECIFICADA	655	425	1080	265	71	336	145	55	200
38	J398	OTRAS ENFERMEDADES ESPECIFICADAS DE LAS VIAS RESPIRATORIAS SUPERIORES	0	0	0	24	22	46	22	19	41

**75 PRINCIPALES MOTIVOS DE CONSULTA MAS FRECUENTES DEL 2005 AL 2009
POR ORDEN DESCENDENTE DE ACUERDO AL CÓDIGO CIE-10.**

N°	CODIGO	NOMBRE DIAGNOSTICO	FEM	MASC	TOTAL GRAL	FEM	MASC	TOTAL GRAL	FEM	MASC	GRAL
			2008	2008	2008	2009	2009	2009	global 2005-2009		
1	A162	TUBERCULOSIS DE PULMON, SIN MENCION DE CONFIRMACION BACTERIOLOGICA O HISTOLOGICA	315	278	593	324	263	587	1380	1082	2462
2	A165	PLEURESIA TUBERCULOSA, SIN MENCION DE CONFIRMACION BACTERIOLOGICA O HISTOLOGICA	3	7	10	5	10	15	9	22	31
3	A168	OTRAS TUBERCULOSIS RESPIRATORIAS, SIN MENCION DE CONFIRMACION	0	0	0	0	0	0	63	45	108
4	A169	TUBERCULOSIS RESPIRATORIA NO ESPECIFICADA, SIN MENCION DE CONFIRMACION BACTERIOLOGICA O HISTOLOGICA	0	0	0	39	35	74	80	62	142
5	A170	MENINGITIS TUBERCULOSA	4	19	23	7	16	23	15	38	53
6	A181	TUBERCULOSIS DEL APARATO GENITOURINARIO	58	45	103	32	39	71	117	99	216
7	A182	LINFADENOPATIA PERIFERICA TUBERCULOSA	122	52	174	108	61	169	469	268	737
8	A184	TUBERCULOSIS DE LA PIEL Y EL TEJIDO SUBCUTANEO	14	7	21	5	11	16	33	35	68
9	A199	TUBERCULOSIS MILIAR, SIN OTRA ESPECIFICACION	9	6	15	3	5	8	56	46	102
10	B200	ENFERMEDAD POR VIH, RESULTANTE EN INFECCION POR MICOBACTERIAS	44	122	166	13	50	63	115	352	467
11	B206	ENFERMEDAD POR VIH, RESULTANTE EN NEUMONIA POR PNEUMOCYSTIS CARINII	6	11	17	17	43	60	67	190	257
12	B24X	ENFERMEDAD POR VIRUS DE LA INMUNODEFICIENCIA HUMANA [VIH], SIN OTRA ESPECIFICACION	0	2	2	0	1	1	29	31	60
13	C349	TUMOR MALIGNO DE LOS BRONQUIOS O DEL PULMON, PARTE NO ESPECIFICADA	96	113	209	125	115	240	420	400	820
14	C459	MESOTELIOMA, DE SITIO NO ESPECIFICADO	4	9	13	4	4	8	13	23	36
15	C509	TUMOR MALIGNO DE LA MAMA, PARTE NO ESPECIFICADA	42	1	43	25	2	27	145	8	153
16	C539	TUMOR MALIGNO DEL CUELLO DEL UTERO, SIN OTRA ESPECIFICACION	15	0	15	7	0	7	37	0	37
17	C859	LINFOMA NO HODGKIN, NO ESPECIFICADO	3	0	3	8	5	13	19	13	32
18	D383	TUMOR DE COMPORTAMIENTO INCIERTO O DESCONOCIDO DEL MEDIASTINO	6	3	9	4	4	8	13	19	32
19	E116	DIABETES MELLITUS NO INSULINODEPENDIENTE, CON OTRAS COMPLICACIONES ESPECIFICADAS	2	2	4	1	4	5	15	19	34
20	E119	DIABETES MELLITUS NO INSULINODEPENDIENTE, SIN MENCION DE COMPLICACION	4	1	5	4	3	7	19	10	29
21	E149	DIABETES MELLITUS NO ESPECIFICADA, SIN MENCION DE COMPLICACION	6	3	9	12	5	17	27	13	40
22	E662	OBESIDAD EXTREMA CON HIPOVENTILACION ALVEOLAR	17	11	28	50	13	63	386	142	528
23	E668	OTROS TIPOS DE OBESIDAD	92	35	127	71	24	95	181	69	250
24	E789	TRASTORNO DEL METABOLISMO DE LAS LIPOPROTEINAS, NO ESPECIFICADO	14	3	17	13	11	24	27	14	41
25	G473	APNEA DEL SUE/O	127	116	243	111	91	202	437	388	825
26	G479	TRASTORNO DEL SUE/O, NO ESPECIFICADO	0	0	0	0	1	1	16	17	33
27	I10X	HIPERTENSION ESENCIAL (PRIMARIA)	98	31	129	67	26	93	372	124	496
28	I269	EMBOLIA PULMONAR SIN MENCION DE CORAZON PULMONAR AGUDO	4	0	4	3	1	4	34	8	42
29	I279	ENFERMEDAD PULMONAR DEL CORAZON, NO ESPECIFICADA	94	76	170	103	91	194	431	331	762
30	J029	FARINGITIS AGUDA, NO ESPECIFICADA	29	15	44	27	11	38	104	48	152
31	J189	NEUMONIA, NO ESPECIFICADA	27	21	48	44	33	77	208	115	323
32	J209	BRONQUITIS AGUDA, NO ESPECIFICADA	11	10	21	21	15	36	61	42	103
33	J22X	INFECCION AGUDA NO ESPECIFICADA DE LAS VIAS RESPIRATORIAS INFERIORES	0	0	0	0	2	2	24	18	42
34	J304	RINITIS ALERGICA, NO ESPECIFICADA	57	22	79	58	27	85	223	84	307
35	J310	RINITIS CRONICA	9	4	13	18	4	22	42	9	51
36	J312	FARINGITIS CRONICA	1	1	2	15	4	19	22	10	32
37	J329	SINUSITIS CRONICA, NO ESPECIFICADA	114	60	174	125	32	157	1304	643	1947
38	J398	OTRAS ENFERMEDADES ESPECIFICADAS DE LAS VIAS RESPIRATORIAS SUPERIORES	40	30	70	36	21	57	122	92	214

**75 PRINCIPALES MOTIVOS DE CONSULTA MAS FRECUENTES DEL 2005 AL 2009
POR ORDEN DESCENDENTE DE ACUERDO AL CÓDIGO CIE-10.**

N°	CODIGO	NOMBRE	FEM	MASC	TOTAL GRAL	FEM	MASC	TOTAL GRAL	FEM	MASC	TOTAL GRAL
			2005	2005	2005	2006	2006	2006	2007	2007	2007
39	J40X	BRONQUITIS, NO ESPECIFICADA COMO AGUDA O CRONICA	869	255	1124	106	44	150	2	0	2
40	J410	BRONQUITIS CRONICA SIMPLE	0	0	0	386	139	525	3	3	6
41	J42X	BRONQUITIS CRONICA NO ESPECIFICADA	30	22	52	533	167	700	913	337	1250
42	J439	ENFISEMA, NO ESPECIFICADO	30	16	46	27	50	77	26	13	39
43	J449	ENFERMEDAD PULMONAR OBSTRUCTIVA CRONICA, NO ESPECIFICADA	2566	1683	4249	1848	1206	3054	1707	1133	2840
44	J459	ASMA, NO ESPECIFICADO	1463	485	1948	1205	321	1526	1124	355	1479
45	J47X	BRONQUIECTASIA	0	0	0	10	9	19	26	10	36
46	J64X	NEUMOCONIOSIS, NO ESPECIFICADA	0	0	0	4	4	8	1	4	5
47	J679	NEUMONITIS DEBIDA A HIPERSENSIBILIDAD A POLVO ORGANICO NO ESPECIFICADO	90	11	101	145	18	163	108	18	126
48	J841	OTRAS ENFERMEDADES PULMONARES INTERSTICIALES CON FIBROSIS	3	0	3	84	23	107	114	48	162
49	J849	ENFERMEDAD PULMONAR INTERSTICIAL, NO ESPECIFICADA	80	18	98	162	34	196	158	27	185
50	J852	ABSCESO DEL PULMON SIN NEUMONIA	0	0	0	4	11	15	5	3	8
51	J869	PIOTORAX SIN FISTULA	0	5	5	7	9	16	7	12	19
52	J90X	DERRAME PLEURAL NO CLASIFICADO EN OTRA PARTE	73	47	120	112	44	156	85	49	134
53	J941	FIBROTORAX	0	3	3	35	12	47	15	8	23
54	J942	HEMOTORAX	0	0	0	1	6	7	1	3	4
55	J984	OTROS TRASTORNOS DEL PULMON	53	16	69	81	32	113	77	37	114
56	K219	ENFERMEDAD DEL REFLUJO GASTROESOFAGICO SIN ESOFAGITIS	3	3	6	14	9	23	48	19	67
57	K409	HERNIA INGUINAL UNILATERAL O NO ESPECIFICADA, SIN OBSTRUCCION NI GANGRENA	0	0	0	0	0	0	10	17	27
58	K801	CALCULO DE LA VESICULA BILIAR CON OTRA COLECISTITIS	0	0	0	0	0	0	3	0	3
59	M069	ARTRITIS REUMATOIDE, NO ESPECIFICADA	24	6	30	36	8	44	32	6	38
60	M199	ARTROSIS, NO ESPECIFICADA	0	0	0	2	0	2	13	1	14
61	M329	LUPUS ERITEMATOSO SISTEMICO, SIN OTRA ESPECIFICACION	41	5	46	39	3	42	34	1	35
62	M349	ESCLEROSIS SISTEMICA, NO ESPECIFICADA	0	0	0	10	0	10	10	5	15
63	M350	SINDROME SECO [SJOJREN]	0	0	0	2	1	3	17	1	18
64	M549	DORSALGIA, NO ESPECIFICADA	0	0	0	22	6	28	43	25	68
65	N189	INSUFICIENCIA RENAL CRONICA, NO ESPECIFICADA	0	0	0	1	1	2	3	1	4
66	R042	HEMOPTISIS	0	0	0	5	1	6	4	11	15
67	R05X	TOS	107	38	145	43	12	55	71	27	98
68	R060	DISNEA	0	0	0	4	4	8	41	24	65
69	R490	DISFONIA	0	0	0	10	10	20	3	12	15
70	T658	EFECTOS TOXICOS DE OTRAS SUSTANCIAS ESPECIFICADAS	60	15	75	20	14	34	2	4	6
71	T659	EFECTO TOXICO DE SUSTANCIA NO ESPECIFICADA	142	54	196	47	37	84	67	50	117
72	Z430	ATENCION DE TRAQUEOSTOMIA	0	0	0	0	0	0	2	3	5
73	Z488	OTROS CUIDADOS ESPECIFICADOS POSTERIORES A LA CIRUGIA	0	0	0	22	9	31	47	35	82
74	Z508	ATENCION POR OTROS PROCEDIMIENTOS DE REHABILITACION	0	0	0	30	20	50	0	0	0
75	Z711	PERSONA QUE TEME ESTAR ENFERMA, A QUIEN NO SE HACE DIAGNOSTICO	0	0	0	98	39	137	69	47	116
		OTROS	109	86	195	259	139	398	214	125	339
		TOTAL GENERAL 2005-2009	6683	3445	10128	7027	3451	10478	6695	3518	10213

**75 PRINCIPALES MOTIVOS DE CONSULTA MAS FRECUENTES DEL 2005 AL 2009
POR ORDEN DESCENDENTE DE ACUERDO AL CÓDIGO CIE-10.**

N°	CODIGO	NOMBRE DIAGNOSTICO	FEM	MASC	TOTAL GRAL	FEM	MASC	TOTAL GRAL	FEM	MASC	GRAL
			2008	2008	2008	2009	2009	2009	global 2005-2009		
39	J40X	BRONQUITIS, NO ESPECIFICADA COMO AGUDA O CRONICA	1	1	2	15	6	21	993	306	1299
40	J410	BRONQUITIS CRONICA SIMPLE	0	0	0	0	0	0	389	142	531
41	J42X	BRONQUITIS CRONICA NO ESPECIFICADA	912	317	1229	719	267	986	3107	1110	4217
42	J439	ENFISEMA, NO ESPECIFICADO	9	11	20	18	21	39	110	111	221
43	J449	ENFERMEDAD PULMONAR OBSTRUCTIVA CRONICA, NO ESPECIFICADA	1423	1012	2435	1184	873	2057	8728	5907	14635
44	J459	ASMA, NO ESPECIFICADO	1135	369	1504	1109	384	1493	6036	1914	7950
45	J47X	BRONQUIECTASIA	46	17	63	81	42	123	163	78	241
46	J64X	NEUMOCONIOSIS, NO ESPECIFICADA	1	7	8	1	6	7	7	21	28
47	J679	NEUMONITIS DEBIDA A HIPERSENSIBILIDAD A POLVO ORGANICO NO ESPECIFICADO	141	15	156	128	21	149	612	83	695
48	J841	OTRAS ENFERMEDADES PULMONARES INTERSTICIALES CON FIBROSIS	104	46	150	133	43	176	438	160	598
49	J849	ENFERMEDAD PULMONAR INTERSTICIAL, NO ESPECIFICADA	161	43	204	212	60	272	773	182	955
50	J852	ABSCESO DEL PULMON SIN NEUMONIA	1	6	7	1	8	9	11	28	39
51	J869	PIOTORAX SIN FISTULA	6	12	18	7	10	17	27	48	75
52	J90X	DERRAME PLEURAL NO CLASIFICADO EN OTRA PARTE	81	69	150	105	74	179	456	283	739
53	J941	FIBROTORAX	9	6	15	6	3	9	65	32	97
54	J942	HEMOTORAX	5	4	9	3	4	7	10	17	27
55	J984	OTROS TRASTORNOS DEL PULMON	102	46	148	66	31	97	379	162	541
56	K219	ENFERMEDAD DEL REFLUJO GASTROESOFAGICO SIN ESOFAGITIS	82	30	112	58	22	80	205	83	288
57	K409	HERNIA INGUINAL UNILATERAL O NO ESPECIFICADA, SIN OBSTRUCCION NI GANGRENA	1	3	4	11	10	21	22	30	52
58	K801	CALCULO DE LA VESICULA BILIAR CON OTRA COLECISTITIS	10	3	13	25	6	31	38	9	47
59	M069	ARTRITIS REUMATOIDE, NO ESPECIFICADA	21	2	23	22	2	24	135	24	159
60	M199	ARTROSIS, NO ESPECIFICADA	7	4	11	5	2	7	27	7	34
61	M329	LUPUS ERITEMATOSO SISTEMICO, SIN OTRA ESPECIFICACION	27	1	28	18	4	22	159	14	173
62	M349	ESCLEROSIS SISTEMICA, NO ESPECIFICADA	13	3	16	18	0	18	51	8	59
63	M350	SINDROME SECO [SJOJREN]	20	0	20	12	3	15	51	5	56
64	M549	DORSALGIA, NO ESPECIFICADA	31	19	50	29	11	40	125	61	186
65	N189	INSUFICIENCIA RENAL CRONICA, NO ESPECIFICADA	5	14	19	5	7	12	14	23	37
66	R042	HEMOPTISIS	7	6	13	3	2	5	19	20	39
67	R05X	TOS	109	43	152	80	33	113	410	153	563
68	R060	DISNEA	32	14	46	37	16	53	114	58	172
69	R490	DISFONIA	13	4	17	4	5	9	30	31	61
70	T658	EFECTOS TOXICOS DE OTRAS SUSTANCIAS ESPECIFICADAS	0	3	3	1	2	3	83	38	121
71	T659	EFECTO TOXICO DE SUSTANCIA NO ESPECIFICADA	72	62	134	76	58	134	404	261	665
72	Z430	ATENCION DE TRAQUEOSTOMIA	12	2	14	25	6	31	39	11	50
73	Z488	OTROS CUIDADOS ESPECIFICADOS POSTERIORES A LA CIRUGIA	26	15	41	25	31	56	120	90	210
74	Z508	ATENCION POR OTROS PROCEDIMIENTOS DE REHABILITACION	0	0	0	0	0	0	30	20	50
75	Z711	PERSONA QUE TEME ESTAR ENFERMA, A QUIEN NO SE HACE DIAGNOSTICO	83	46	129	72	40	112	322	172	494
		OTROS	269	176	445	319	185	504	1170	711	1881
		TOTAL GENERAL 2005-2009	6464	3547	10011	6138	3381	9519	33007	17342	50349

30 PRINCIPALES MOTIVOS DE CONSULTA EN FORMA GLOBAL DE NEUMOLOGÍA 2005 2009

N°	CODIGO	NOMBRE	FEM	MASC	TOTAL GRAL	FEM	MASC	TOTAL GRAL	FEM	MASC	TOTAL GRAL
			2005	2005	2005	2006	2006	2006	2007	2007	2007
		DIAGNOSTICO									
1	J449	ENFERMEDAD PULMONAR OBSTRUCTIVA CRONICA, NO ESPECIFICADA	2566	1683	4249	1848	1206	3054	1707	1133	2840
2	J459	ASMA, NO ESPECIFICADO	1463	485	1948	1205	321	1526	1124	355	1479
3	J42X	BRONQUITIS CRONICA NO ESPECIFICADA	30	22	52	533	167	700	913	337	1250
4	A162	TUBERCULOSIS DE PULMON, SIN MENCION DE CONFIRMACION BACTERIOLOGICA O HISTOLOGICA	11	0	11	339	241	580	391	300	691
5	J329	SINUSITIS CRONICA, NO ESPECIFICADA	655	425	1080	265	71	336	145	55	200
6	J40X	BRONQUITIS, NO ESPECIFICADA COMO AGUDA O CRONICA	869	255	1124	106	44	150	2	0	2
7	J849	ENFERMEDAD PULMONAR INTERSTICIAL, NO ESPECIFICADA	80	18	98	162	34	196	158	27	185
8	G473	APNEA DEL SUE/O	11	19	30	91	82	173	97	80	177
9	C349	TUMOR MALIGNO DE LOS BRONQUIOS O DEL PULMON, PARTE NO ESPECIFICADA	10	9	19	87	81	168	102	82	184
10	I279	ENFERMEDAD PULMONAR DEL CORAZON, NO ESPECIFICADA	24	22	46	107	69	176	103	73	176
11	J90X	DERRAME PLEURAL NO CLASIFICADO EN OTRA PARTE	73	47	120	112	44	156	85	49	134
12	A182	LINFADENOPATIA PERIFERICA TUBERCULOSA	17	11	28	124	86	210	98	58	156
13	J679	NEUMONITIS DEBIDA A HIPERSENSIBILIDAD A POLVO ORGANICO NO ESPECIFICADO	90	11	101	145	18	163	108	18	126
14	T659	EFECTO TOXICO DE SUSTANCIA NO ESPECIFICADA	142	54	196	47	37	84	67	50	117
15	J841	OTRAS ENFERMEDADES PULMONARES INTERSTICIALES CON FIBROSIS	3	0	3	84	23	107	114	48	162
16	R05X	TOS	107	38	145	43	12	55	71	27	98
17	J984	OTROS TRASTORNOS DEL PULMON	53	16	69	81	32	113	77	37	114
18	J410	BRONQUITIS CRONICA SIMPLE	0	0	0	386	139	525	3	3	6
19	E662	OBESIDAD EXTREMA CON HIPOVENTILACION ALVEOLAR	30	13	43	174	56	230	115	49	164
20	I10X	HIPERTENSION ESENCIAL (PRIMARIA)	46	0	46	62	19	81	99	48	147
21	Z711	PERSONA QUE TEME ESTAR ENFERMA, A QUIEN NO SE HACE DIAGNOSTICO	0	0	0	98	39	137	69	47	116
22	B200	ENFERMEDAD POR VIH, RESULTANTE EN INFECCION POR MICOBACTERIAS	11	28	39	17	64	81	30	88	118
23	J189	NEUMONIA, NO ESPECIFICADA	6	0	6	53	33	86	78	28	106
24	J304	RINITIS ALERGICA, NO ESPECIFICADA	3	0	3	27	18	45	78	17	95
25	K219	ENFERMEDAD DEL REFLUJO GASTROESOFAGICO SIN ESOFAGITIS	3	3	6	14	9	23	48	19	67
26	B206	ENFERMEDAD POR VIH, RESULTANTE EN NEUMONIA POR PNEUMOCYSTIS CARINII	33	80	113	5	25	30	6	31	37
27	E668	OTROS TIPOS DE OBESIDAD	16	9	25	2	1	3	0	0	0
28	J47X	BRONQUIECTASIA	0	0	0	10	9	19	26	10	36
29	J439	ENFISEMA, NO ESPECIFICADO	30	16	46	27	50	77	26	13	39
30	A181	TUBERCULOSIS DEL APARATO GENITOURINARIO	0	3	3	6	0	6	21	12	33
		OTROS	301	178	479	767	421	1188	734	424	1158
		TOTAL GENERAL 2005-2009	6683	3445	10128	7027	3451	10478	6695	3518	10213

30 PRINCIPALES MOTIVOS DE CONSULTA EN FORMA GLOBAL DE NEUMOLOGÍA 2005-2009

N°	CODIGO	NOMBRE	FEM	MASC	TOTAL GRAL	FEM	MASC	TOTAL GRAL	FEM	MAS	GRAL
			2008	2008	2008	2009	2009	2009	global 2005-2009		
1	J449	ENFERMEDAD PULMONAR OBSTRUCTIVA CRONICA, NO ESPECIFICADA	1423	1012	2435	1184	873	2057	8728	5907	14635
2	J459	ASMA, NO ESPECIFICADO	1135	369	1504	1109	384	1493	6036	1914	7950
3	J42X	BRONQUITIS CRONICA NO ESPECIFICADA	912	317	1229	719	267	986	3107	1110	4217
4	A162	TUBERCULOSIS DE PULMON, SIN MENCION DE CONFIRMACION BACTERIOLOGICA O HISTOLOGICA	315	278	593	324	263	587	1380	1082	2462
5	J329	SINUSITIS CRONICA, NO ESPECIFICADA	114	60	174	125	32	157	1304	643	1947
6	J40X	BRONQUITIS, NO ESPECIFICADA COMO AGUDA O CRONICA	1	1	2	15	6	21	993	306	1299
7	J849	ENFERMEDAD PULMONAR INTERSTICIAL, NO ESPECIFICADA	161	43	204	212	60	272	773	182	955
8	G473	APNEA DEL SUE/O	127	116	243	111	91	202	437	388	825
9	C349	TUMOR MALIGNO DE LOS BRONQUIOS O DEL PULMON, PARTE NO ESPECIFICADA	96	113	209	125	115	240	420	400	820
10	I279	ENFERMEDAD PULMONAR DEL CORAZON, NO ESPECIFICADA	94	76	170	103	91	194	431	331	762
11	J90X	DERRAME PLEURAL NO CLASIFICADO EN OTRA PARTE	81	69	150	105	74	179	456	283	739
12	A182	LINFADENOPATIA PERIFERICA TUBERCULOSA	122	52	174	108	61	169	469	268	737
13	J679	NEUMONITIS DEBIDA A HIPERSENSIBILIDAD A POLVO ORGANICO NO ESPECIFICADO	141	15	156	128	21	149	612	83	695
14	T659	EFECTO TOXICO DE SUSTANCIA NO ESPECIFICADA	72	62	134	76	58	134	404	261	665
15	J841	OTRAS ENFERMEDADES PULMONARES INTERSTICIALES CON FIBROSIS	104	46	150	133	43	176	438	160	598
16	R05X	TOS	109	43	152	80	33	113	410	153	563
17	J984	OTROS TRASTORNOS DEL PULMON	102	46	148	66	31	97	379	162	541
18	J410	BRONQUITIS CRONICA SIMPLE	0	0	0	0	0	0	389	142	531
19	E662	OBESIDAD EXTREMA CON HIPOVENTILACION ALVEOLAR	17	11	28	50	13	63	386	142	528
20	I10X	HIPERTENSION ESENCIAL (PRIMARIA)	98	31	129	67	26	93	372	124	496
21	Z711	PERSONA QUE TEME ESTAR ENFERMA, A QUIEN NO SE HACE DIAGNOSTICO	83	46	129	72	40	112	322	172	494
22	B200	ENFERMEDAD POR VIH, RESULTANTE EN INFECCION POR MICOBACTERIAS	44	122	166	13	50	63	115	352	467
23	J189	NEUMONIA, NO ESPECIFICADA	27	21	48	44	33	77	208	115	323
24	J304	RINITIS ALERGICA, NO ESPECIFICADA	57	22	79	58	27	85	223	84	307
25	K219	ENFERMEDAD DEL REFLUJO GASTROESOFAGICO SIN ESOFAGITIS	82	30	112	58	22	80	205	83	288
26	B206	ENFERMEDAD POR VIH, RESULTANTE EN NEUMONIA POR PNEUMOCYSTIS CARINII	6	11	17	17	43	60	67	190	257
27	E668	OTROS TIPOS DE OBESIDAD	92	35	127	71	24	95	181	69	250
28	J47X	BRONQUIECTASIA	46	17	63	81	42	123	163	78	241
29	J439	ENFISEMA, NO ESPECIFICADO	9	11	20	18	21	39	110	111	221
30	A181	TUBERCULOSIS DEL APARATO GENITOURINARIO	58	45	103	32	39	71	117	99	216
		OTROS	736	427	1163	834	498	1332	3372	1948	5320
		TOTAL GENERAL 2005-2009	6464	3547	10011	6138	3381	9519	33007	17342	50349



PRINCIPALES CONSULTAS POR ENTIDAD FEDERATIVA, RANGO DE EDAD SEXO Y DIAGNOSTICO 2005 2009

ENTIDAD	CODIGO	NOMBRE	FEMENINO								TOTAL FEM
			DIAGNOSTICO	-1	1-4	5-14	15-24	25-44	45-59	60-64	
AGUASCALIENTES	J449-J449	ENFERMEDAD PULMONAR OBSTRUCTIVA CRONICA, NO ESPECIFICADA	0	0	0	0	0	0	2	0	2
	J329-J329	SINUSITIS CRONICA, NO ESPECIFICADA	0	0	0	0	0	0	0	1	1
	J459-J459	ASMA, NO ESPECIFICADO	0	0	0	0	0	1	0	0	1
	J849-J849	ENFERMEDAD PULMONAR INTERSTICIAL, NO ESPECIFICADA	0	0	0	0	0	1	0	0	1
	J984-J984	OTROS TRASTORNOS DEL PULMON	0	0	0	0	0	0	1	0	1
			AGUASCALIENTES	0	0	0	0	0	2	3	1
BAJA CALIFORNIA NORTE	J459-J459	ASMA, NO ESPECIFICADO	0	0	0	1	0	0	0	0	1
		BAJA CALIFORNIA NORTE	0	0	0	1	0	0	0	0	1
CAMPECHE	M199-M199	ARTROSIS, NO ESPECIFICADA	0	0	0	0	0	1	0	0	1
		CAMPECHE	0	0	0	0	0	1	0	0	1
CHIAPAS	J449-J449	ENFERMEDAD PULMONAR OBSTRUCTIVA CRONICA, NO ESPECIFICADA	0	0	0	0	0	5	0	4	9
	J459-J459	ASMA, NO ESPECIFICADO	0	0	0	0	1	1	1	5	9
	J42X-J42X	BRONQUITIS CRONICA NO ESPECIFICADA	0	0	0	0	4	1	0	1	6
	A162-A162	TUBERCULOSIS DE PULMON, SIN MENCION DE CONFIRMACION BACTERIOLOGICA O HISTOLOGICA	0	0	0	2	1	0	0	1	5
	K219-K219	ENFERMEDAD DEL REFLUJO GASTROESOFAGICO SIN ESOFAGITIS	0	0	0	0	2	0	1	0	4
	J679-J679	NEUMONITIS DEBIDA A HIPERSENSIBILIDAD A POLVO ORGANICO NO ESPECIFICADO	0	0	0	0	0	0	0	2	2
	A182-A182	LINFADENOPATIA PERIFERICA TUBERCULOSA	0	0	0	0	0	0	0	1	1
	J029-J029	FARINGITIS AGUDA, NO ESPECIFICADA	0	0	0	0	1	0	0	0	1
	J209-J209	BRONQUITIS AGUDA, NO ESPECIFICADA	0	0	0	0	0	1	0	0	1
	J47X-J47X	BRONQUIECTASIA	0	0	0	0	0	0	0	1	1
	J849-J849	ENFERMEDAD PULMONAR INTERSTICIAL, NO ESPECIFICADA	0	0	0	0	0	0	0	1	1
	M348-M348	OTRAS FORMAS DE ESCLEROSIS SISTEMICA	0	0	0	0	1	0	0	0	1
			CHIAPAS	0	0	0	2	10	8	2	16



PRINCIPALES CONSULTAS POR ENTIDAD FEDERATIVA, RANGO DE EDAD SEXO Y DIAGNOSTICO 2005 2009

CHIHUAHUA	E662-E662	OBESIDAD EXTREMA CON HIPOVENTILACION ALVEOLAR	0	0	0	0	0	1	0	0	1
	J47X-J47X	BRONQUIECTASIA	0	0	0	0	0	1	0	0	1
	CHIHUAHUA		0	0	0	0	0	2	0	0	2

COAHUILA	E662-E662	OBESIDAD EXTREMA CON HIPOVENTILACION ALVEOLAR	0	0	0	0	0	1	0	0	1
	J849-J849	ENFERMEDAD PULMONAR INTERSTICIAL, NO ESPECIFICADA	0	0	0	0	0	0	0	1	1
	COAHUILA		0	0	0	0	0	1	0	1	2

COLIMA	J449-J449	ENFERMEDAD PULMONAR OBSTRUCTIVA CRONICA, NO ESPECIFICADA	0	0	0	0	1	0	0	0	1
	K219-K219	ENFERMEDAD DEL REFLUJO GASTROESOFAGICO SIN ESOFAGITIS	0	0	0	1	0	0	0	0	1
	COLIMA		0	0	0	1	1	0	0	0	2



PRINCIPALES CONSULTAS POR ENTIDAD FEDERATIVA, RANGO DE EDAD SEXO Y DIAGNOSTICO 2005 2009

DISTRITO FEDERAL	J449-J449	ENFERMEDAD PULMONAR OBSTRUCTIVA CRONICA, NO ESPECIFICADA	0	0	5	66	411	1193	586	2071	4331
	J459-J459	ASMA, NO ESPECIFICADO	0	0	11	313	1293	926	155	307	3005
	J42X-J42X	BRONQUITIS CRONICA NO ESPECIFICADA	0	0	1	42	283	515	253	433	1528
	J329-J329	SINUSITIS CRONICA, NO ESPECIFICADA	0	0	0	36	200	222	56	98	612
	A162-A162	TUBERCULOSIS DE PULMON, SIN MENCION DE CONFIRMACION BACTERIOLOGICA O HISTOLOGICA	0	1	1	37	182	184	47	109	562
	J40X-J40X	BRONQUITIS, NO ESPECIFICADA COMO AGUDA O CRONICA	0	0	1	14	118	114	51	118	416
	J849-J849	ENFERMEDAD PULMONAR INTERSTICIAL, NO ESPECIFICADA	0	0	0	4	96	151	43	74	369
	J410-J410	BRONQUITIS CRONICA SIMPLE	0	0	0	10	58	135	42	101	346
	J679-J679	NEUMONITIS DEBIDA A HIPERSENSIBILIDAD A POLVO ORGANICO NO ESPECIFICADO	0	0	0	5	62	135	29	16	247
	J90X-J90X	DERRAME PLEURAL NO CLASIFICADO EN OTRA PARTE	0	0	0	2	47	96	22	68	236
	T659-T659	EFEECTO TOXICO DE SUSTANCIA NO ESPECIFICADA	0	0	0	6	63	125	16	16	227
	A182-A182	LINFADENOPATIA PERIFERICA TUBERCULOSA	0	0	2	25	92	56	17	30	222
	R05X-R05X	TOS	0	0	0	14	43	104	21	37	220
	E662-E662	OBESIDAD EXTREMA CON HIPOVENTILACION ALVEOLAR	0	0	0	12	56	101	22	20	211
	I279-I279	ENFERMEDAD PULMONAR DEL CORAZON, NO ESPECIFICADA	0	0	0	2	32	45	34	88	201
	Z711-Z711	PERSONA QUE TEME ESTAR ENFERMA, A QUIEN NO SE HACE	0	0	0	16	58	60	14	52	200
	C349-C349	TUMOR MALIGNO DE LOS BRONQUIOS O DEL PULMON, PARTE NO ESPECIFICADA	0	0	0	2	34	60	21	70	186
	G473-G473	APNEA DEL SUE/O	0	0	0	1	40	83	27	31	182
	J984-J984	OTROS TRASTORNOS DEL PULMON	0	0	0	1	42	72	15	47	177
	J841-J841	OTRAS ENFERMEDADES PULMONARES INTERSTICIALES CON FIBROSIS	0	0	0	1	30	67	22	52	173
	I10X-I10X	HIPERTENSION ESENCIAL (PRIMARIA)	0	0	0	1	24	47	22	61	155
	J304-J304	RINITIS ALERGICA, NO ESPECIFICADA	0	0	1	9	62	21	2	2	98
	K219-K219	ENFERMEDAD DEL REFLUJO GASTROESOFAGICO SIN ESOFAGITIS	0	0	0	6	17	41	12	17	94
	J189-J189	NEUMONIA, NO ESPECIFICADA	0	0	0	5	29	29	7	20	89
	E668-E668	OTROS TIPOS DE OBESIDAD	0	0	0	0	29	38	9	10	86
	M329-M329	LUPUS ERITEMATOSO SISTEMICO, SIN OTRA ESPECIFICACION	0	0	0	4	52	26	1	2	86
	C509-C509	TUMOR MALIGNO DE LA MAMA, PARTE NO ESPECIFICADA	0	0	0	0	11	41	9	16	77
	M069-M069	ARTRITIS REUMATOIDE, NO ESPECIFICADA	0	0	0	0	11	31	15	17	74
	J47X-J47X	BRONQUIECTASIA	0	0	0	11	17	14	16	10	68
	M549-M549	DORSALGIA, NO ESPECIFICADA	0	0	0	1	15	21	7	19	63
		OTROS	0	1	6	128	476	515	157	383	1639
		DISTRITO FEDERAL	0	2	28	774	3983	5268	1750	4395	16180



PRINCIPALES CONSULTAS POR ENTIDAD FEDERATIVA, RANGO DE EDAD SEXO Y DIAGNOSTICO 2005 2009

DURANGO	J449-J449	ENFERMEDAD PULMONAR OBSTRUCTIVA CRONICA, NO ESPECIFICADA	0	0	0	0	0	1	0	0	1	
		DURANGO	0	0	0	0	0	1	0	0	1	
EDO. DE MEXICO	J449-J449	ENFERMEDAD PULMONAR OBSTRUCTIVA CRONICA, NO ESPECIFICADA	0	0	2	43	371	859	473	1579	3327	
	J459-J459	ASMA, NO ESPECIFICADO	0	0	5	226	1121	860	161	256	2629	
	J42X-J42X	BRONQUITIS CRONICA NO ESPECIFICADA	0	0	2	48	326	660	261	500	1798	
	A162-A162	TUBERCULOSIS DE PULMON, SIN MENCION DE CONFIRMACION BACTERIOLOGICA O HISTOLOGICA	0	1	2	70	268	319	92	138	890	
	J849-J849	ENFERMEDAD PULMONAR INTERSTICIAL, NO ESPECIFICADA	0	0	1	5	123	196	36	82	443	
	J329-J329	SINUSITIS CRONICA, NO ESPECIFICADA	0	1	0	16	133	135	31	51	367	
	J679-J679	NEUMONITIS DEBIDA A HIPERSENSIBILIDAD A POLVO ORGANICO NO ESPECIFICADO	0	0	0	2	148	155	24	26	355	
	J841-J841	OTRAS ENFERMEDADES PULMONARES INTERSTICIALES CON FIBROSIS	0	0	0	2	34	148	38	79	302	
	G473-G473	APNEA DEL SUE/O	0	0	0	5	72	150	31	40	298	
	A182-A182	LINFADENOPATIA PERIFERICA TUBERCULOSA	0	0	2	53	105	61	11	31	264	
	I279-I279	ENFERMEDAD PULMONAR DEL CORAZON, NO ESPECIFICADA	0	0	0	1	31	76	29	113	249	
	C349-C349	TUMOR MALIGNO DE LOS BRONQUIOS O DEL PULMON, PARTE NO ESPECIFICADA	0	0	0	6	32	83	29	92	242	
	I10X-I10X	HIPERTENSION ESENCIAL (PRIMARIA)	0	0	0	0	30	83	24	94	231	
	J90X-J90X	DERRAME PLEURAL NO CLASIFICADO EN OTRA PARTE	0	0	0	9	46	89	19	37	200	
	J984-J984	OTROS TRASTORNOS DEL PULMON	0	0	0	6	32	66	31	58	194	
	E662-E662	OBESIDAD EXTREMA CON HIPOVENTILACION ALVEOLAR	0	0	0	4	50	86	25	16	180	
	R05X-R05X	TOS	0	0	0	2	47	61	14	31	155	
	J304-J304	RINITIS ALERGICA, NO ESPECIFICADA	0	0	0	27	58	47	5	15	153	
	Z711-Z711	PERSONA QUE TEME ESTAR ENFERMA, A QUIEN NO SE HACE DIAGNOSTICO	0	0	0	7	31	50	15	38	141	
	T659-T659	EFECTO TOXICO DE SUSTANCIA NO ESPECIFICADA	0	0	0	4	34	78	10	9	134	
	J189-J189	NEUMONIA, NO ESPECIFICADA	0	0	0	7	40	43	12	30	133	
	K219-K219	ENFERMEDAD DEL REFLUJO GASTROESOFAGICO SIN ESOFAGITIS	0	0	0	1	34	57	15	17	124	
	E668-E668	OTROS TIPOS DE OBESIDAD	0	0	0	2	35	47	15	10	109	
	J47X-J47X	BRONQUIECTASIA	0	0	0	9	22	35	15	22	103	
	J40X-J40X	BRONQUITIS, NO ESPECIFICADA COMO AGUDA O CRONICA	0	0	0	5	22	37	9	20	93	
	Z488-Z488	OTROS CUIDADOS ESPECIFICADOS POSTERIORES A LA CIRUGIA	0	0	1	4	24	35	6	16	86	
	M549-M549	DORSALGIA, NO ESPECIFICADA	0	0	0	1	14	30	7	24	76	
	C509-C509	TUMOR MALIGNO DE LA MAMA, PARTE NO ESPECIFICADA	0	0	0	1	10	34	11	17	73	
	A181-A181	TUBERCULOSIS DEL APARATO GENITOURINARIO	0	0	0	10	32	16	4	7	70	
	R060-R060	DISNEA	0	0	0	7	19	26	7	10	70	
			OTROS	0	1	6	96	428	613	159	333	1603
			EDO. DE MEXICO	0	3	21	679	3772	5235	1619	3791	15092

PRINCIPALES CONSULTAS POR ENTIDAD FEDERATIVA, RANGO DE EDAD SEXO Y DIAGNOSTICO 2005 2009

ESTADOS UNIDOS DE NORTEAMERICA	J459-J459	ASMA, NO ESPECIFICADO	0	0	0	0	0	0	0	1	1
		ESTADOS UNIDOS DE NORTEAMERICA	0	0	0	0	0	0	0	1	1
GUANAJUATO	J459-J459	ASMA, NO ESPECIFICADO	0	0	0	0	1	0	0	5	6
	J449-J449	ENFERMEDAD PULMONAR OBSTRUCTIVA CRONICA, NO ESPECIFICADA	0	0	0	0	0	1	0	4	5
	J42X-J42X	BRONQUITIS CRONICA NO ESPECIFICADA	0	0	0	0	0	1	0	2	4
	A182-A182	LINFADENOPATIA PERIFERICA TUBERCULOSA	0	0	0	0	2	0	0	0	2
	C349-C349	TUMOR MALIGNO DE LOS BRONQUIOS O DEL PULMON, PARTE NO ESPECIFICADA	0	0	0	0	0	0	1	1	2
	E662-E662	OBESIDAD EXTREMA CON HIPOVENTILACION ALVEOLAR	0	0	0	0	1	0	0	1	2
	J90X-J90X	DERRAME PLEURAL NO CLASIFICADO EN OTRA PARTE	0	0	0	0	0	1	1	0	2
	J984-J984	OTROS TRASTORNOS DEL PULMON	0	0	0	0	0	1	1	0	2
	A162-A162	TUBERCULOSIS DE PULMON, SIN MENCION DE CONFIRMACION BACTERIOLOGICA O HISTOLOGICA	0	0	0	0	1	0	0	0	1
	A181-A181	TUBERCULOSIS DEL APARATO GENITOURINARIO	0	0	0	0	1	0	0	0	1
	A184-A184	TUBERCULOSIS DE LA PIEL Y EL TEJIDO SUBCUTANEO	0	0	0	0	1	0	0	0	1
	B200-B200	ENFERMEDAD POR VIH, RESULTANTE EN INFECCION POR MICOBACTERIAS	0	0	0	0	0	1	0	0	1
	C539-C539	TUMOR MALIGNO DEL CUELLO DEL UTERO, SIN OTRA ESPECIFICACION	0	0	0	0	0	0	0	1	1
	G473-G473	APNEA DEL SUE/O	0	0	0	0	0	0	0	1	1
	I279-I279	ENFERMEDAD PULMONAR DEL CORAZON, NO ESPECIFICADA	0	0	0	0	0	0	1	0	1
	J439-J439	ENFISEMA, NO ESPECIFICADO	0	0	0	0	0	0	0	1	1
	J841-J841	OTRAS ENFERMEDADES PULMONARES INTERSTICIALES CON FIBROSIS	0	0	0	0	0	0	1	0	1
	K219-K219	ENFERMEDAD DEL REFLUJO GASTROESOFAGICO SIN ESOFAGITIS	0	0	0	0	0	1	0	0	1
	L929-L929	TRASTORNO GRANULOMATOSO DE LA PIEL Y DEL TEJIDO SUBCUTANEO, NO ESPECIFICADO	0	0	0	0	0	1	0	0	1
	M329-M329	LUPUS ERITEMATOSO SISTEMICO, SIN OTRA ESPECIFICACION	0	0	0	0	0	1	0	0	1
R042-R042	HEMOPTISIS	0	0	0	0	0	0	1	0	1	
T659-T659	EFFECTO TOXICO DE SUSTANCIA NO ESPECIFICADA	0	0	0	0	0	1	0	0	1	
		GUANAJUATO	0	0	0	0	7	9	6	16	39

PRINCIPALES CONSULTAS POR ENTIDAD FEDERATIVA, RANGO DE EDAD SEXO Y DIAGNOSTICO 2005 2009

GUERRERO	J449-J449	ENFERMEDAD PULMONAR OBSTRUCTIVA CRONICA, NO ESPECIFICADA	0	0	0	1	15	31	7	29	83
	J459-J459	ASMA, NO ESPECIFICADO	0	0	0	7	10	5	4	9	35
	J42X-J42X	BRONQUITIS CRONICA NO ESPECIFICADA	0	0	0	0	2	6	5	17	31
	A162-A162	TUBERCULOSIS DE PULMON, SIN MENCION DE CONFIRMACION BACTERIOLOGICA O HISTOLOGICA	0	0	0	1	9	6	1	2	20
	C349-C349	TUMOR MALIGNO DE LOS BRONQUIOS O DEL PULMON, PARTE NO ESPECIFICADA	0	0	0	0	1	7	2	5	16
	A182-A182	LINFADENOPATIA PERIFERICA TUBERCULOSA	0	0	0	1	0	10	0	1	12
	J398-J398	OTRAS ENFERMEADES ESPECIFICADAS DE LAS VIAS RESPIRATORIAS SUPERIORES	0	0	0	5	0	1	2	0	9
	J47X-J47X	BRONQUIECTASIA	0	0	0	2	0	5	0	0	7
	Z711-Z711	PERSONA QUE TEME ESTAR ENFERMA, A QUIEN NO SE HACE DIAGNOSTICO	0	0	0	0	0	4	0	2	6
	A181-A181	TUBERCULOSIS DEL APARATO GENITOURINARIO	0	0	0	0	0	2	0	2	5
	B200-B200	ENFERMEDAD POR VIH, RESULTANTE EN INFECCION POR MICOBACTERIAS	0	0	0	0	2	2	0	0	5
	E662-E662	OBESIDAD EXTREMA CON HIPOVENTILACION ALVEOLAR	0	0	0	0	4	0	0	0	4
	J329-J329	SINUSITIS CRONICA, NO ESPECIFICADA	0	0	0	1	0	0	1	1	4
	J90X-J90X	DERRAME PLEURAL NO CLASIFICADO EN OTRA PARTE	0	0	0	1	0	2	0	0	4
	J984-J984	OTROS TRASTORNOS DEL PULMON	0	0	0	0	0	1	0	2	4
	J40X-J40X	BRONQUITIS, NO ESPECIFICADA COMO AGUDA O CRONICA	0	0	0	0	0	1	1	0	2
	J439-J439	ENFISEMA, NO ESPECIFICADO	0	0	0	0	0	1	0	1	2
	J841-J841	OTRAS ENFERMEADES PULMONARES INTERSTICIALES CON FIBROSIS	0	0	0	0	0	1	1	0	2
	M549-M549	DORSALGIA, NO ESPECIFICADA	0	0	0	0	0	2	0	0	2
	R05X-R05X	TOS	0	0	0	0	0	2	0	0	2
	A168-A168	OTRAS TUBERCULOSIS RESPIRATORIAS, SIN MENCION DE CONFIRMACION	0	0	0	0	0	1	0	0	1
	C509-C509	TUMOR MALIGNO DE LA MAMA, PARTE NO ESPECIFICADA	0	0	0	0	0	1	0	0	1
	C56X-C56X	TUMOR MALIGNO DEL OVARIO	0	0	0	0	0	0	0	1	1
	C73X-C73X	TUMOR MALIGNO DE LA GLANDULA TIROIDES	0	0	0	0	0	0	0	1	1
	E039-E039	HIPOTIROIDISMO, NO ESPECIFICADO	0	0	0	0	0	0	0	1	1
	E116-E116	DIABETES MELLITUS NO INSULINODEPENDIENTE, CON OTRAS COMPLICACIONES ESPECIFICADAS	0	0	0	0	0	1	0	0	1
	E668-E668	OTROS TIPOS DE OBESIDAD	0	0	0	0	1	0	0	0	1
	H269-H269	CATARATA, NO ESPECIFICADA	0	0	0	0	0	0	0	1	1
	I279-I279	ENFERMEDAD PULMONAR DEL CORAZON, NO ESPECIFICADA	0	0	0	0	0	0	0	1	1
	J029-J029	FARINGITIS AGUDA, NO ESPECIFICADA	0	0	0	0	0	1	0	0	1
		OTROS	0	0	0	0	1	7	8	1	17
		GUERRERO		0	0	0	19	45	100	32	77



PRINCIPALES CONSULTAS POR ENTIDAD FEDERATIVA, RANGO DE EDAD SEXO Y DIAGNOSTICO 2005 2009

HIDALGO	J449-J449	ENFERMEDAD PULMONAR OBSTRUCTIVA CRONICA, NO ESPECIFICADA	0	0	0	0	5	37	2	34	78
	J459-J459	ASMA, NO ESPECIFICADO	0	0	1	1	16	9	4	4	35
	J42X-J42X	BRONQUITIS CRONICA NO ESPECIFICADA	0	0	0	0	0	19	4	9	31
	J90X-J90X	DERRAME PLEURAL NO CLASIFICADO EN OTRA PARTE	0	0	0	1	6	4	0	1	12
	J841-J841	OTRAS ENFERMEDADES PULMONARES INTERSTICIALES CON FIBROSIS	0	0	0	0	0	9	0	2	11
	J398-J398	OTRAS ENFERMEDADES ESPECIFICADAS DE LAS VIAS RESPIRATORIAS SUPERIORES	0	0	0	1	7	0	0	0	9
	A162-A162	TUBERCULOSIS DE PULMON, SIN MENCION DE CONFIRMACION BACTERIOLOGICA O HISTOLOGICA	0	0	0	0	2	4	0	1	7
	C349-C349	TUMOR MALIGNO DE LOS BRONQUIOS O DEL PULMON, PARTE NO ESPECIFICADA	0	0	0	0	0	4	1	1	6
	J849-J849	ENFERMEDAD PULMONAR INTERSTICIAL, NO ESPECIFICADA	0	0	0	0	0	2	2	1	6
	J329-J329	SINUSITIS CRONICA, NO ESPECIFICADA	0	0	0	0	1	1	2	0	5
	Z711-Z711	PERSONA QUE TEME ESTAR ENFERMA, A QUIEN NO SE HACE DIAGNOSTICO	0	0	0	0	0	1	0	4	5
	I279-I279	ENFERMEDAD PULMONAR DEL CORAZON, NO ESPECIFICADA	0	0	0	0	0	1	0	2	4
	A182-A182	LINFADENOPATIA PERIFERICA TUBERCULOSA	0	0	0	0	1	1	0	0	2
	C509-C509	TUMOR MALIGNO DE LA MAMA, PARTE NO ESPECIFICADA	0	0	0	0	0	1	0	1	2
	E668-E668	OTROS TIPOS DE OBESIDAD	0	0	0	0	0	1	0	1	2
	J189-J189	NEUMONIA, NO ESPECIFICADA	0	0	0	0	0	1	0	1	2
	J679-J679	NEUMONITIS DEBIDA A HIPERSENSIBILIDAD A POLVO ORGANICO NO ESPECIFICADO	0	0	0	0	0	2	0	0	2
	M350-M350	SINDROME SECO [SJOUREN]	0	0	0	0	0	0	1	1	2
	R05X-R05X	TOS	0	0	0	0	1	0	1	0	2
	A161-A161	TUBERCULOSIS DE PULMON, SIN EXAMEN BACTERIOLOGICO E HISTOLOGICO	0	0	0	0	1	0	0	0	1
	A169-A169	TUBERCULOSIS RESPIRATORIA NO ESPECIFICADA, SIN MENCION DE CONFIRMACION BACTERIOLOGICA O HISTOLOGICA	0	0	0	0	1	0	0	0	1
	A183-A183	TUBERCULOSIS DE LOS INTESITINOS, EL PERITONEO Y LOS GANGLIOS MESENTERICOS	0	0	0	0	1	0	0	0	1
	D383-D383	TUMOR DE COMPORTAMIENTO INCIERTO O DESCONOCIDO DEL MEDIASTINO	0	0	0	0	0	0	1	0	1
	E142-E142	DIABETES MELLITUS NO ESPECIFICADA, CON COMPLICACIONES RENALES	0	0	0	0	0	1	0	0	1
	G700-G700	MIASTENIA GRAVIS	0	0	0	1	0	0	0	0	1
	I509-I509	INSUFICIENCIA CARDIACA, NO ESPECIFICADA	0	0	0	0	0	0	0	1	1
	J029-J029	FARINGITIS AGUDA, NO ESPECIFICADA	0	0	0	0	1	0	0	0	1
	J209-J209	BRONQUITIS AGUDA, NO ESPECIFICADA	0	0	0	0	0	0	1	0	1
	J22X-J22X	INFECCION AGUDA NO ESPECIFICADA DE LAS VIAS RESPIRATORIAS INFERIORES	0	0	0	0	0	0	1	0	1
	J304-J304	RINITIS ALERGICA, NO ESPECIFICADA	0	0	0	0	0	1	0	0	1
	OTROS TIPOS DE OBESIDAD	0	0	0	1	1	2	0	4	8	
	HIDALGO		0	0	1	5	44	101	20	68	242



PRINCIPALES CONSULTAS POR ENTIDAD FEDERATIVA, RANGO DE EDAD SEXO Y DIAGNOSTICO 2005 2009

JALISCO	A181-A181	TUBERCULOSIS DEL APARATO GENITOURINARIO	0	0	0	1	1	0	0	0	2	
	I279-I279	ENFERMEDAD PULMONAR DEL CORAZON, NO ESPECIFICADA	0	0	0	0	0	0	0	1	1	
	J449-J449	ENFERMEDAD PULMONAR OBSTRUCTIVA CRONICA, NO ESPECIFICADA	0	0	0	0	0	0	1	0	1	
	J47X-J47X	BRONQUIECTASIA	0	0	0	0	0	0	0	1	1	
	K219-K219	ENFERMEDAD DEL REFLUJO GASTROESOFAGICO SIN ESOFAGITIS	0	0	0	0	0	1	0	0	1	
		JALISCO		0	0	0	1	1	1	1	2	6
MICHOACAN	J42X-J42X	BRONQUITIS CRONICA NO ESPECIFICADA	0	0	0	0	9	7	17	7	41	
	J449-J449	ENFERMEDAD PULMONAR OBSTRUCTIVA CRONICA, NO ESPECIFICADA	0	0	0	0	2	9	5	25	41	
	J679-J679	NEUMONITIS DEBIDA A HIPERSENSIBILIDAD A POLVO ORGANICO NO ESPECIFICADO	0	0	0	0	0	9	0	0	9	
	A162-A162	TUBERCULOSIS DE PULMON, SIN MENCION DE CONFIRMACION BACTERIOLOGICA O HISTOLOGICA	0	0	0	0	4	4	0	0	7	
	J459-J459	ASMA, NO ESPECIFICADO	0	0	0	0	5	0	0	1	6	
	R05X-R05X	TOS	0	0	0	0	2	2	0	1	6	
	J40X-J40X	BRONQUITIS, NO ESPECIFICADA COMO AGUDA O CRONICA	0	0	0	0	0	1	1	2	5	
	I279-I279	ENFERMEDAD PULMONAR DEL CORAZON, NO ESPECIFICADA	0	0	0	0	2	0	0	1	4	
	J398-J398	OTRAS ENFERMEDADES ESPECIFICADAS DE LAS VIAS RESPIRATORIAS SUPERIORES	0	0	0	0	2	1	0	0	4	
	J984-J984	OTROS TRASTORNOS DEL PULMON	0	0	0	1	0	1	0	1	4	
	M069-M069	ARTRITIS REUMATOIDE, NO ESPECIFICADA	0	0	0	0	0	0	0	4	4	
	A182-A182	LINFADENOPATIA PERIFERICA TUBERCULOSA	0	0	0	0	2	0	0	0	2	
	E662-E662	OBESIDAD EXTREMA CON HIPOVENTILACION ALVEOLAR	0	0	0	0	0	2	0	0	2	
	G473-G473	APNEA DEL SUE/O	0	0	0	0	2	0	0	0	2	
	I269-I269	EMBOLIA PULMONAR SIN MENCION DE CORAZON PULMONAR AGUDO	0	0	0	0	0	1	1	0	2	
	J189-J189	NEUMONIA, NO ESPECIFICADA	0	0	0	0	0	1	0	1	2	
	K219-K219	ENFERMEDAD DEL REFLUJO GASTROESOFAGICO SIN ESOFAGITIS	0	0	0	0	0	1	0	1	2	
	Z488-Z488	OTROS CUIDADOS ESPECIFICADOS POSTERIORES A LA CIRUGIA	0	0	0	0	0	0	0	2	2	
	Z711-Z711	PERSONA QUE TEME ESTAR ENFERMA, A QUIEN NO SE HACE DIAGNOSTICO	0	0	0	0	0	0	1	1	2	
	B200-B200	ENFERMEDAD POR VIH, RESULTANTE EN INFECCION POR MICOBACTERIAS	0	0	0	0	1	0	0	0	1	
	B449-B449	ASPERGILOSIS, NO ESPECIFICADA	0	0	0	0	0	1	0	0	1	
	B49X-B49X	MICOSIS, NO ESPECIFICADA	0	0	0	0	0	0	0	1	1	
	C349-C349	TUMOR MALIGNO DE LOS BRONQUIOS O DEL PULMON, PARTE NO ESPECIFICADA	0	0	0	0	0	0	0	1	1	
	C509-C509	TUMOR MALIGNO DE LA MAMA, PARTE NO ESPECIFICADA	0	0	0	0	0	1	0	0	1	
	C539-C539	TUMOR MALIGNO DEL CUELLO DEL UTERO, SIN OTRA ESPECIFICACION	0	0	0	0	0	1	0	0	1	
	D34X-D34X	TUMOR BENIGNO DE LA GLANDULA TIROIDES	0	0	0	0	0	0	0	1	1	
	D381-D381	TUMOR DE COMPORTAMIENTO INCIERTO O DESCONOCIDO DE LA TRAQUEA, DE LOS BRONQUIOS Y DEL PULMON	0	0	0	0	0	0	1	0	1	
	E119-E119	DIABETES MELLITUS NO INSULINODEPENDIENTE, SIN MENCION DE COMPLICACION	0	0	0	0	0	0	0	1	1	
	E668-E668	OTROS TIPOS DE OBESIDAD	0	0	0	0	0	0	0	1	1	
	E789-E789	TRASTORNO DEL METABOLISMO DE LAS LIPOPROTEINAS, NO ESPECIFICADO	0	0	0	0	0	0	0	1	1	
		OTROS	0	0	0	0	2	5	0	4	11	
		MICHOACAN		0	0	0	1	33	47	26	57	169



PRINCIPALES CONSULTAS POR ENTIDAD FEDERATIVA, RANGO DE EDAD SEXO Y DIAGNOSTICO 2005 2009

MORELOS	J459-J459	ASMA, NO ESPECIFICADO	0	0	0	0	5	12	2	0	20	
	J449-J449	ENFERMEDAD PULMONAR OBSTRUCTIVA CRONICA, NO ESPECIFICADA	0	0	0	1	5	4	1	4	15	
	J42X-J42X	BRONQUITIS CRONICA NO ESPECIFICADA	0	0	0	0	1	6	1	5	14	
	A162-A162	TUBERCULOSIS DE PULMON, SIN MENCION DE CONFIRMACION BACTERIOLOGICA O HISTOLOGICA	0	0	0	1	1	4	0	1	7	
	M329-M329	LUPUS ERITEMATOSO SISTEMICO, SIN OTRA ESPECIFICACION	0	0	0	1	2	0	0	0	4	
	C349-C349	TUMOR MALIGNO DE LOS BRONQUIOS O DEL PULMON, PARTE NO ESPECIFICADA	0	0	0	0	0	2	0	0	2	
	E662-E662	OBESIDAD EXTREMA CON HIPOVENTILACION ALVEOLAR	0	0	0	0	0	2	0	0	2	
	J410-J410	BRONQUITIS CRONICA SIMPLE	0	0	0	0	1	1	0	0	2	
	J849-J849	ENFERMEDAD PULMONAR INTERSTICIAL, NO ESPECIFICADA	0	0	0	0	1	1	0	0	2	
	A182-A182	LINFADENOPATIA PERIFERICA TUBERCULOSA	0	0	0	0	0	0	0	1	1	
	A192-A192	TUBERCULOSIS MILIAR AGUDA, NO ESPECIFICADA	0	0	0	0	0	0	0	1	1	
	A198-A198	OTRAS TUBERCULOSIS MILIARES	0	0	0	0	1	0	0	0	1	
	A199-A199	TUBERCULOSIS MILIAR, SIN OTRA ESPECIFICACION	0	0	0	0	0	0	1	0	1	
	E039-E039	HIPOTIROIDISMO, NO ESPECIFICADO	0	0	0	0	1	0	0	0	1	
	G473-G473	APNEA DEL SUE/O	0	0	0	0	0	1	0	0	1	
	J329-J329	SINUSITIS CRONICA, NO ESPECIFICADA	0	0	0	0	0	0	0	1	1	
	J40X-J40X	BRONQUITIS, NO ESPECIFICADA COMO AGUDA O CRONICA	0	0	0	0	0	1	0	0	1	
	J679-J679	NEUMONITIS DEBIDA A HIPERSENSIBILIDAD A POLVO ORGANICO NO ESPECIFICADO	0	0	0	0	0	1	0	0	1	
	J90X-J90X	DERRAME PLEURAL NO CLASIFICADO EN OTRA PARTE	0	0	0	1	0	0	0	0	1	
	K219-K219	ENFERMEDAD DEL REFLUJO GASTROESOFAGICO SIN ESOFAGITIS	0	0	0	0	0	1	0	0	1	
	K449-K449	HERNIA DIAFRAGMATICA SIN OBSTRUCCION NI GANGRENA	0	0	0	0	1	0	0	0	1	
	M069-M069	ARTRITIS REUMATOIDE, NO ESPECIFICADA	0	0	0	0	1	0	0	0	1	
	R074-R074	DOLOR EN EL PECHO, NO ESPECIFICADO	0	0	0	0	0	1	0	0	1	
	Z488-Z488	OTROS CUIDADOS ESPECIFICADOS POSTERIORES A LA CIRUGIA	0	0	0	1	0	0	0	0	1	
		MORELOS		0	0	0	5	20	37	5	13	83



PRINCIPALES CONSULTAS POR ENTIDAD FEDERATIVA, RANGO DE EDAD SEXO Y DIAGNOSTICO 2005 2009

NAYARIT	J42X-J42X	BRONQUITIS CRONICA NO ESPECIFICADA	0	0	0	0	0	1	0	1	2
	A162-A162	TUBERCULOSIS DE PULMON, SIN MENCION DE CONFIRMACION BACTERIOLOGICA O HISTOLOGICA	0	0	0	0	0	1	0	0	1
	A182-A182	LINFADENOPATIA PERIFERICA TUBERCULOSA	0	0	0	0	0	1	0	0	1
	C349-C349	TUMOR MALIGNO DE LOS BRONQUIOS O DEL PULMON, PARTE NO ESPECIFICADA	0	0	0	0	0	0	0	1	1
	C859-C859	LINFOMA NO HODGKIN, NO ESPECIFICADO	0	0	0	0	0	0	0	1	1
	J459-J459	ASMA, NO ESPECIFICADO	0	0	0	0	1	0	0	0	1
	J849-J849	ENFERMEDAD PULMONAR INTERSTICIAL, NO ESPECIFICADA	0	0	0	0	0	0	0	1	1
	T659-T659	EFEECTO TOXICO DE SUSTANCIA NO ESPECIFICADA	0	0	0	0	1	0	0	0	1
	Z488-Z488	OTROS CUIDADOS ESPECIFICADOS POSTERIORES A LA CIRUGIA	0	0	0	0	0	0	0	1	1
	NAYARIT		0	0	0	0	2	3	0	5	10

NUEVO LEON	J449-J449	ENFERMEDAD PULMONAR OBSTRUCTIVA CRONICA, NO ESPECIFICADA	0	0	0	0	1	4	1	4	10
	J459-J459	ASMA, NO ESPECIFICADO	0	0	0	0	1	0	0	1	2
	A162-A162	TUBERCULOSIS DE PULMON, SIN MENCION DE CONFIRMACION BACTERIOLOGICA O HISTOLOGICA	0	0	0	0	0	1	0	0	1
	A184-A184	TUBERCULOSIS DE LA PIEL Y EL TEJIDO SUBCUTANEO	0	0	0	0	1	0	0	0	1
	C859-C859	LINFOMA NO HODGKIN, NO ESPECIFICADO	0	0	0	0	1	0	0	0	1
	I10X-I10X	HIPERTENSION ESENCIAL (PRIMARIA)	0	0	0	0	0	1	0	0	1
	J42X-J42X	BRONQUITIS CRONICA NO ESPECIFICADA	0	0	0	0	0	1	0	0	1
	R05X-R05X	TOS	0	0	0	0	0	0	1	0	1
	NUEVO LEON		0	0	0	0	4	7	2	5	18

PRINCIPALES CONSULTAS POR ENTIDAD FEDERATIVA, RANGO DE EDAD SEXO Y DIAGNOSTICO 2005 2009

OAXACA	J449-J449	ENFERMEDAD PULMONAR OBSTRUCTIVA CRONICA, NO ESPECIFICADA	0	0	0	0	7	16	12	46	82
	J42X-J42X	BRONQUITIS CRONICA NO ESPECIFICADA	0	0	0	0	9	7	10	11	37
	A162-A162	TUBERCULOSIS DE PULMON, SIN MENCION DE CONFIRMACION BACTERIOLOGICA O HISTOLOGICA	0	0	0	1	10	5	0	2	19
	J459-J459	ASMA, NO ESPECIFICADO	0	0	0	0	4	5	0	2	11
	J841-J841	OTRAS ENFERMEDADES PULMONARES INTERSTICIALES CON FIBROSIS	0	0	0	0	0	2	0	4	6
	J329-J329	SINUSITIS CRONICA, NO ESPECIFICADA	0	0	0	1	0	0	1	2	5
	J304-J304	RINITIS ALERGICA, NO ESPECIFICADA	0	0	0	0	0	4	0	0	4
	K219-K219	ENFERMEDAD DEL REFLUJO GASTROESOFAGICO SIN ESOFAGITIS	0	0	0	0	1	1	0	1	4
	K801-K801	CALCULO DE LA VESICULA BILIAR CON OTRA COLECISTITIS	0	0	0	0	0	2	0	1	4
	R05X-R05X	TOS	0	0	0	1	2	0	0	0	4
	A169-A169	TUBERCULOSIS RESPIRATORIA NO ESPECIFICADA, SIN MENCION DE CONFIRMACION BACTERIOLOGICA O HISTOLOGICA	0	0	0	0	2	0	0	0	2
	A182-A182	LINFADENOPATIA PERIFERICA TUBERCULOSA	0	0	0	2	0	0	0	0	2
	C349-C349	TUMOR MALIGNO DE LOS BRONQUIOS O DEL PULMON, PARTE NO ESPECIFICADA	0	0	0	0	0	1	1	0	2
	I279-I279	ENFERMEDAD PULMONAR DEL CORAZON, NO ESPECIFICADA	0	0	0	0	0	1	0	1	2
	J398-J398	OTRAS ENFERMEDADES ESPECIFICADAS DE LAS VIAS RESPIRATORIAS SUPERIORES	0	0	0	1	1	0	0	0	2
	J40X-J40X	BRONQUITIS, NO ESPECIFICADA COMO AGUDA O CRONICA	0	0	0	0	0	0	1	1	2
	A181-A181	TUBERCULOSIS DEL APARATO GENITOURINARIO	0	0	0	0	1	0	0	0	1
	A198-A198	OTRAS TUBERCULOSIS MILIARES	0	0	0	1	0	0	0	0	1
	B200-B200	ENFERMEDAD POR VIH, RESULTANTE EN INFECCION POR MICOBACTERIAS	0	0	0	0	0	0	1	0	1
	B24X-B24X	ENFERMEDAD POR VIRUS DE LA INMUNODEFICIENCIA HUMANA [VIH], SIN OTRA ESPECIFICACION	0	0	0	0	0	0	0	1	1
	C509-C509	TUMOR MALIGNO DE LA MAMA, PARTE NO ESPECIFICADA	0	0	0	0	0	1	0	0	1
	D259-D259	LEIOMIOMA DEL UTERO, SIN OTRA ESPECIFICACION	0	0	0	0	1	0	0	0	1
	E662-E662	OBESIDAD EXTREMA CON HIPOVENTILACION ALVEOLAR	0	0	0	0	0	1	0	0	1
	G473-G473	APNEA DEL SUE/O	0	0	0	0	0	1	0	0	1
	I259-I259	ENFERMEDAD ISQUEMICA CRONICA DEL CORAZON, NO ESPECIFICADA	0	0	0	0	0	0	0	1	1
	J00X-J00X	RINOFARINGITIS AGUDA [RESFRIADO COMUN]	0	0	0	0	0	1	0	0	1
	J209-J209	BRONQUITIS AGUDA, NO ESPECIFICADA	0	0	0	0	0	0	0	1	1
	J439-J439	ENFISEMA, NO ESPECIFICADO	0	0	0	0	0	0	1	0	1
	J668-J668	ENFERMEDAD DE LAS VIAS AEREAS DEBIDA A OTROS POLVOS ORGANICOS ESPECIFICOS	0	0	0	0	0	0	1	0	1
	J90X-J90X	DERRAME PLEURAL NO CLASIFICADO EN OTRA PARTE	0	0	0	0	0	1	0	0	1
	OTROS	0	0	0	1	1	3	2	1	8	
	OAXACA		0	0	0	8	39	52	30	75	210

PRINCIPALES CONSULTAS POR ENTIDAD FEDERATIVA, RANGO DE EDAD SEXO Y DIAGNOSTICO 2005 2009

OTROS PAISES	A162-A162	TUBERCULOSIS DE PULMON, SIN MENCION DE CONFIRMACION BACTERIOLOGICA O HISTOLOGICA	0	0	0	0	1	0	0	0	1
		OTROS PAISES	0	0	0	0	1	0	0	0	1
OTROS PAISES DE LATINOAMERICA	J449-J449	ENFERMEDAD PULMONAR OBSTRUCTIVA CRONICA, NO ESPECIFICADA	0	0	0	0	0	0	0	1	1
		OTROS PAISES DE LATINOAMERICA	0	0	0	0	0	0	0	1	1
PUEBLA	J449-J449	ENFERMEDAD PULMONAR OBSTRUCTIVA CRONICA, NO ESPECIFICADA	0	0	0	0	5	19	10	31	65
	J459-J459	ASMA, NO ESPECIFICADO	0	0	0	2	21	12	6	9	51
	J42X-J42X	BRONQUITIS CRONICA NO ESPECIFICADA	0	0	0	0	5	7	9	25	46
	A162-A162	TUBERCULOSIS DE PULMON, SIN MENCION DE CONFIRMACION BACTERIOLOGICA O HISTOLOGICA	0	0	1	4	9	7	2	0	24
	J679-J679	NEUMONITIS DEBIDA A HIPERSENSIBILIDAD A POLVO ORGANICO NO ESPECIFICADO	0	0	0	0	1	0	1	9	11
	C349-C349	TUMOR MALIGNO DE LOS BRONQUIOS O DEL PULMON, PARTE NO ESPECIFICADA	0	0	0	0	0	6	0	4	10
	J329-J329	SINUSITIS CRONICA, NO ESPECIFICADA	0	0	0	0	2	5	0	2	10
	A182-A182	LINFADENOPATIA PERIFERICA TUBERCULOSA	0	0	0	1	6	0	0	0	7
	I10X-I10X	HIPERTENSION ESENCIAL (PRIMARIA)	0	0	0	0	0	6	0	1	7
	I279-I279	ENFERMEDAD PULMONAR DEL CORAZON, NO ESPECIFICADA	0	0	0	0	1	1	2	1	6
	R05X-R05X	TOS	0	0	0	0	0	0	1	5	6
	Z711-Z711	PERSONA QUE TEME ESTAR ENFERMA, A QUIEN NO SE HACE DIAGNOSTICO	0	0	0	0	0	5	0	1	6
	G473-G473	APNEA DEL SUE/O	0	0	0	0	0	4	1	0	5
	J439-J439	ENFISEMA, NO ESPECIFICADO	0	0	0	0	0	2	0	2	5
	J841-J841	OTRAS ENFERMEDADES PULMONARES INTERSTICIALES CON FIBROSIS	0	0	0	0	0	2	1	1	5
	J984-J984	OTROS TRASTORNOS DEL PULMON	0	0	0	0	1	1	0	2	5
	J029-J029	FARINGITIS AGUDA, NO ESPECIFICADA	0	0	0	0	1	2	0	0	4
	J47X-J47X	BRONQUIECTASIA	0	0	0	0	2	1	0	0	4
	A169-A169	TUBERCULOSIS RESPIRATORIA NO ESPECIFICADA, SIN MENCION DE CONFIRMACION BACTERIOLOGICA O HISTOLOGICA	0	0	0	0	0	2	0	0	2
	E039-E039	HIPOTIROIDISMO, NO ESPECIFICADO	0	0	0	0	0	2	0	0	2
	J189-J189	NEUMONIA, NO ESPECIFICADA	0	0	0	0	1	0	0	1	2
	J410-J410	BRONQUITIS CRONICA SIMPLE	0	0	0	0	0	1	1	0	2
	J852-J852	ABSCESO DEL PULMON SIN NEUMONIA	0	0	0	0	1	1	0	0	2
	K219-K219	ENFERMEDAD DEL REFLUJO GASTROESOFAGICO SIN ESOFAGITIS	0	0	0	0	0	2	0	0	2
	A181-A181	TUBERCULOSIS DEL APARATO GENITOURINARIO	0	0	0	0	0	0	1	0	1
	A199-A199	TUBERCULOSIS MILIAR, SIN OTRA ESPECIFICACION	0	0	0	0	1	0	0	0	1
	C509-C509	TUMOR MALIGNO DE LA MAMA, PARTE NO ESPECIFICADA	0	0	0	0	0	0	0	1	1
	D440-D440	TUMOR DE COMPORTAMIENTO INCIERTO O DESCONOCIDO DE LA GLANDULA TIROIDES	0	0	0	0	1	0	0	0	1
	E038-E038	OTROS HIPOTIROIDISMOS ESPECIFICADOS	0	0	0	0	0	1	0	0	1
	E145-E145	DIABETES MELLITUS NO ESPECIFICADA, CON COMPLICACIONES CIRCULATORIAS PERIFERICAS	0	0	0	0	0	0	0	1	1
		OTROS	0	0	0	1	3	8	3	6	21
		PUEBLA	0	0	1	8	61	97	38	102	316



PRINCIPALES CONSULTAS POR ENTIDAD FEDERATIVA, RANGO DE EDAD SEXO Y DIAGNOSTICO 2005 2009

QUERETARO	J459-J459	ASMA, NO ESPECIFICADO	0	0	0	0	5	1	0	0	6
	J449-J449	ENFERMEDAD PULMONAR OBSTRUCTIVA CRONICA, NO ESPECIFICADA	0	0	0	0	0	0	0	4	4
	A162-A162	TUBERCULOSIS DE PULMON, SIN MENCION DE CONFIRMACION BACTERIOLOGICA O HISTOLOGICA	0	0	0	0	1	0	0	0	1
	I10X-I10X	HIPERTENSION ESENCIAL (PRIMARIA)	0	0	0	0	0	0	0	1	1
	I729-I729	ANEURISMA DE SITIO NO ESPECIFICADO	0	0	0	0	0	0	0	1	1
	J42X-J42X	BRONQUITIS CRONICA NO ESPECIFICADA	0	0	0	0	0	0	0	1	1
	N823-N823	FISTULA DE LA VAGINA AL INTESTINO GRUESO	0	0	0	0	0	1	0	0	1
	QUERETARO		0	0	0	0	6	2	0	7	15
QUINTANA ROO	J329-J329	SINUSITIS CRONICA, NO ESPECIFICADA	0	0	0	0	2	0	0	0	2
	A192-A192	TUBERCULOSIS MILIAR AGUDA, NO ESPECIFICADA	0	0	0	0	0	0	0	1	1
		QUINTANA ROO		0	0	0	0	2	0	0	1
SAN LUIS POTOSI	J449-J449	ENFERMEDAD PULMONAR OBSTRUCTIVA CRONICA, NO ESPECIFICADA	0	0	0	0	4	0	0	0	4
	J459-J459	ASMA, NO ESPECIFICADO	0	0	0	0	2	0	0	0	2
	I731-I731	TROMBOANGIITIS OBLITERANTE [BUERGER]	0	0	0	0	1	0	0	0	1
	J189-J189	NEUMONIA, NO ESPECIFICADA	0	0	0	0	0	0	0	1	1
	J329-J329	SINUSITIS CRONICA, NO ESPECIFICADA	0	0	0	0	0	0	0	1	1
	K429-K429	HERNIA UMBILICAL SIN OBSTRUCCION NI GANGRENA	0	0	0	0	0	0	0	1	1
	SAN LUIS POTOSI		0	0	0	0	7	0	0	3	10
SE IGNORA	J459-J459	ASMA, NO ESPECIFICADO	0	0	0	0	5	0	0	1	6
	J42X-J42X	BRONQUITIS CRONICA NO ESPECIFICADA	0	0	0	1	0	1	1	0	4
	J449-J449	ENFERMEDAD PULMONAR OBSTRUCTIVA CRONICA, NO ESPECIFICADA	0	0	0	1	0	0	0	1	2
	I500-I500	INSUFICIENCIA CARDIACA CONGESTIVA	0	0	0	0	0	0	1	0	1
	J40X-J40X	BRONQUITIS, NO ESPECIFICADA COMO AGUDA O CRONICA	0	0	0	0	0	0	0	1	1
	J984-J984	OTROS TRASTORNOS DEL PULMON	0	0	0	0	1	0	0	0	1
	Z488-Z488	OTROS CUIDADOS ESPECIFICADOS POSTERIORES A LA CIRUGIA	0	0	0	0	0	1	0	0	1
	Z711-Z711	PERSONA QUE TEME ESTAR ENFERMA, A QUIEN NO SE HACE DIAGNOSTICO	0	0	0	0	1	0	0	0	1
	SE IGNORA		0	0	0	2	7	2	2	3	17
SINALOA	I790-I790	ANEURISMA DE LA AORTA EN ENFERMEDADES CLASIFICADAS EN OTRA PARTE	0	0	0	0	0	0	0	1	1
	J42X-J42X	BRONQUITIS CRONICA NO ESPECIFICADA	0	0	0	0	1	0	0	0	1
		SINALOA		0	0	0	0	1	0	0	1



PRINCIPALES CONSULTAS POR ENTIDAD FEDERATIVA, RANGO DE EDAD SEXO Y DIAGNOSTICO 2005 2009

SONORA	G473-G473	APNEA DEL SUEÑO	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1
		SONORA	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1
TABASCO	J42X-J42X	BRONQUITIS CRONICA NO ESPECIFICADA	0	0	0	0	1	0	0	0	0	1
		TABASCO	0	0	0	0	1	0	0	0	0	1
TAMAULIPAS	J449-J449	ENFERMEDAD PULMONAR OBSTRUCTIVA CRONICA, NO ESPECIFICADA	0	0	0	0	0	0	2	0	0	2
		TAMAULIPAS	0	0	0	0	0	0	2	0	0	2
TLAXCALA	J449-J449	ENFERMEDAD PULMONAR OBSTRUCTIVA CRONICA, NO ESPECIFICADA	0	0	0	0	1	2	0	12	0	16
	I279-I279	ENFERMEDAD PULMONAR DEL CORAZON, NO ESPECIFICADA	0	0	0	0	0	0	0	0	4	4
	J90X-J90X	DERRAME PLEURAL NO CLASIFICADO EN OTRA PARTE	0	0	0	0	0	2	0	0	1	4
	C349-C349	TUMOR MALIGNO DE LOS BRONQUIOS O DEL PULMON, PARTE NO ESPECIFICADA	0	0	0	0	0	0	0	0	2	2
	J42X-J42X	BRONQUITIS CRONICA NO ESPECIFICADA	0	0	0	1	0	0	1	0	0	2
	J679-J679	NEUMONITIS DEBIDA A HIPERSENSIBILIDAD A POLVO ORGANICO NO ESPECIFICADO	0	0	0	0	0	1	0	0	1	2
	J984-J984	OTROS TRASTORNOS DEL PULMON	0	0	0	0	1	0	0	0	1	2
	R060-R060	DISNEA	0	0	0	0	1	0	1	0	0	2
	A162-A162	TUBERCULOSIS DE PULMON, SIN MENCION DE CONFIRMACION BACTERIOLOGICA O HISTOLOGICA	0	0	0	0	1	0	0	0	0	1
	D383-D383	TUMOR DE COMPORTAMIENTO INCIERTO O DESCONOCIDO DEL MEDIASTINO	0	0	0	1	0	0	0	0	0	1
	J329-J329	SINUSITIS CRONICA, NO ESPECIFICADA	0	0	0	0	0	0	1	0	0	1
	J47X-J47X	BRONQUIECTASIA	0	0	0	0	1	0	0	0	0	1
	J939-J939	NEUMOTORAX, NO ESPECIFICADO	0	0	0	0	0	0	1	0	0	1
	R05X-R05X	TOS	0	0	0	0	0	0	1	0	0	1
	Z488-Z488	OTROS CUIDADOS ESPECIFICADOS POSTERIORES A LA CIRUGIA	0	0	0	1	0	0	0	0	0	1
		TLAXCALA	0	0	0	3	5	5	5	21	0	41

PRINCIPALES CONSULTAS POR ENTIDAD FEDERATIVA, RANGO DE EDAD SEXO Y DIAGNOSTICO 2005 2009

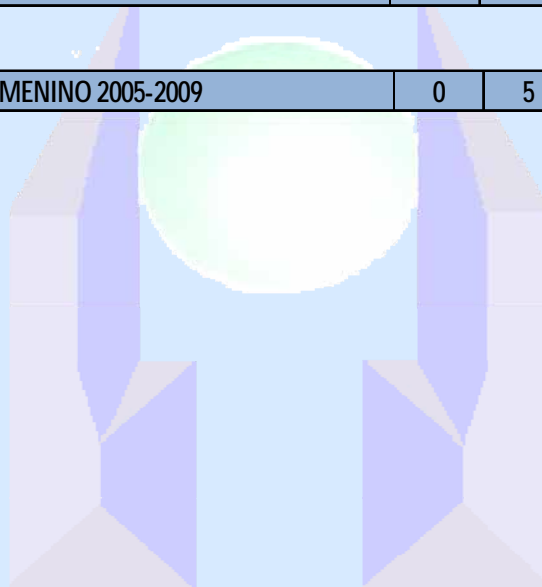
VERACRUZ	J449-J449	ENFERMEDAD PULMONAR OBSTRUCTIVA CRONICA, NO ESPECIFICADA	0	0	0	1	14	19	15	21	70
	J459-J459	ASMA, NO ESPECIFICADO	0	0	0	0	16	11	5	11	43
	J42X-J42X	BRONQUITIS CRONICA NO ESPECIFICADA	0	0	0	1	1	5	6	11	25
	A162-A162	TUBERCULOSIS DE PULMON, SIN MENCION DE CONFIRMACION BACTERIOLOGICA O HISTOLOGICA	0	0	0	2	5	10	2	2	22
	J329-J329	SINUSITIS CRONICA, NO ESPECIFICADA	0	0	0	1	0	2	0	2	6
	J90X-J90X	DERRAME PLEURAL NO CLASIFICADO EN OTRA PARTE	0	0	0	0	1	2	0	0	4
	Z488-Z488	OTROS CUIDADOS ESPECIFICADOS POSTERIORES A LA CIRUGIA	0	0	1	0	2	0	0	0	4
	C349-C349	TUMOR MALIGNO DE LOS BRONQUIOS O DEL PULMON, PARTE NO ESPECIFICADA	0	0	0	0	1	0	0	1	2
	J189-J189	NEUMONIA, NO ESPECIFICADA	0	0	0	0	0	2	0	0	2
	J47X-J47X	BRONQUIECTASIA	0	0	0	0	0	1	1	0	2
	J841-J841	OTRAS ENFERMEDADES PULMONARES INTERSTICIALES CON FIBROSIS	0	0	0	0	0	0	0	2	2
	J941-J941	FIBROTORAX	0	0	0	0	0	2	0	0	2
	J984-J984	OTROS TRASTORNOS DEL PULMON	0	0	0	0	0	2	0	0	2
	A181-A181	TUBERCULOSIS DEL APARATO GENITOURINARIO	0	0	0	0	0	1	0	0	1
	A199-A199	TUBERCULOSIS MILIAR, SIN OTRA ESPECIFICACION	0	0	0	0	1	0	0	0	1
	B909-B909	SECUELAS DE TUBERCULOSIS RESPIRATORIA Y DE TUBERCULOSIS NO ESPECIFICADA	0	0	0	0	1	0	0	0	1
	C509-C509	TUMOR MALIGNO DE LA MAMA, PARTE NO ESPECIFICADA	0	0	0	0	0	1	0	0	1
	D34X-D34X	TUMOR BENIGNO DE LA GLANDULA TIROIDES	0	0	0	0	0	1	0	0	1
	I269-I269	EMBOLIA PULMONAR SIN MENCION DE CORAZON PULMONAR AGUDO	0	0	0	0	1	0	0	0	1
	J010-J010	SINUSITIS MAXILAR AGUDA	0	0	0	0	0	0	0	1	1
	J370-J370	LARINGITIS CRONICA	0	0	0	0	0	0	1	0	1
	J410-J410	BRONQUITIS CRONICA SIMPLE	0	0	0	0	1	0	0	0	1
	J678-J678	NEUMONITIS DEBIDAS A HIPERSENSIBILIDAD A OTROS POLVOS ORGANICOS	0	0	0	0	0	1	0	0	1
	J679-J679	NEUMONITIS DEBIDA A HIPERSENSIBILIDAD A POLVO ORGANICO NO ESPECIFICADO	0	0	0	0	0	0	0	1	1
	K219-K219	ENFERMEDAD DEL REFLUJO GASTROESOFAGICO SIN ESOFAGITIS	0	0	0	0	0	1	0	0	1
	K801-K801	CALCULO DE LA VESICULA BILIAR CON OTRA COLECISTITIS	0	0	0	0	0	0	0	1	1
	M069-M069	ARTRITIS REUMATOIDE, NO ESPECIFICADA	0	0	0	0	1	0	0	0	1
	M348-M348	OTRAS FORMAS DE ESCLEROSIS SISTEMICA	0	0	0	0	0	1	0	0	1
	R042-R042	HEMOPTISIS	0	0	0	0	1	0	0	0	1
	R05X-R05X	TOS	0	0	0	0	0	0	0	1	1
	VERACRUZ		0	0	1	5	46	62	30	54	203

PRINCIPALES CONSULTAS POR ENTIDAD FEDERATIVA, RANGO DE EDAD SEXO Y DIAGNOSTICO 2005 2009

YUCATAN	J42X-J42X	BRONQUITIS CRONICA NO ESPECIFICADA	0	0	0	0	0	2	0	1	4
		YUCATAN	0	0	0	0	0	2	0	1	4

ZACATECAS	C189-C189	TUMOR MALIGNO DEL COLON, PARTE NO ESPECIFICADA	0	0	0	0	0	0	0	1	1
	J449-J449	ENFERMEDAD PULMONAR OBSTRUCTIVA CRONICA, NO ESPECIFICADA	0	0	0	0	0	0	0	1	1
		ZACATECAS	0	0	0	0	0	0	0	0	2

TOTAL GENERAL FEMENINO 2005-2009			0	5	52	1514	8098	11045	3573	8720	33007
----------------------------------	--	--	---	---	----	------	------	-------	------	------	-------





PRINCIPALES CONSULTAS POR ENTIDAD FEDERATIVA, RANGO DE EDAD SEXO Y DIAGNOSTICO 2005 2009

ENTIDAD	CODIGO	NOMBRE	MASCULINO							TOTAL MASC	
			DIAGNOSTICO	-1	1-4	5-14	15-24	25-44	45-59		60-64
AGUASCALIENTES	C349-C349	TUMOR MALIGNO DE LOS BRONQUIOS O DEL PULMON, PARTE NO ESPECIFICADA	0	0	0	0	0	0	1	0	1
	E668-E668	OTROS TIPOS DE OBESIDAD	0	0	0	0	1	0	0	0	1
	J329-J329	SINUSITIS CRONICA, NO ESPECIFICADA	0	0	0	0	1	0	0	0	1
	J449-J449	ENFERMEDAD PULMONAR OBSTRUCTIVA CRONICA, NO ESPECIFICADA	0	0	0	0	0	0	0	1	1
			AGUASCALIENTES	0	0	0	0	2	0	1	1
BAJA CALIFORNIA NORTE	A162-A162	TUBERCULOSIS DE PULMON, SIN MENCION DE CONFIRMACION BACTERIOLOGICA O HISTOLOGICA	0	0	0	0	1	0	0	0	1
		BAJA CALIFORNIA NORTE	0	0	0	0	1	0	0	0	1
CHIAPAS	A162-A162	TUBERCULOSIS DE PULMON, SIN MENCION DE CONFIRMACION BACTERIOLOGICA O HISTOLOGICA	0	0	0	1	2	2	0	0	6
	J449-J449	ENFERMEDAD PULMONAR OBSTRUCTIVA CRONICA, NO ESPECIFICADA	0	0	0	0	0	2	0	2	5
	J42X-J42X	BRONQUITIS CRONICA NO ESPECIFICADA	0	0	0	0	0	0	1	2	4
	K729-K729	INSUFICIENCIA HEPATICA, NO ESPECIFICADA	0	0	0	0	0	0	0	2	2
	J386-J386	ESTENOSIS LARINGEA	0	0	0	0	0	0	1	0	1
	J398-J398	OTRAS ENFERMEDADES ESPECIFICADAS DE LAS VIAS RESPIRATORIAS SUPERIORES	0	0	0	0	0	0	1	0	1
	J849-J849	ENFERMEDAD PULMONAR INTERSTICIAL, NO ESPECIFICADA	0	0	0	0	0	0	1	0	1
	J941-J941	FIBROTORAX	0	0	0	0	0	0	0	1	1
	J986-J986	TRASTORNOS DEL DIAFRAGMA	0	0	0	0	1	0	0	0	1
	Z711-Z711	PERSONA QUE TEME ESTAR ENFERMA, A QUIEN NO SE HACE DIAGNOSTICO	0	0	0	0	0	1	0	0	1
		CHIAPAS	0	0	0	1	3	5	4	7	23
COAHUILA	E662-E662	OBESIDAD EXTREMA CON HIPOVENTILACION ALVEOLAR	0	0	0	0	1	0	0	0	1
		COAHUILA	0	0	0	0	1	0	0	0	1
COLIMA	J449-J449	ENFERMEDAD PULMONAR OBSTRUCTIVA CRONICA, NO ESPECIFICADA	0	0	0	0	0	1	0	0	1
		COLIMA	0	0	0	0	0	1	0	0	1



PRINCIPALES CONSULTAS POR ENTIDAD FEDERATIVA, RANGO DE EDAD SEXO Y DIAGNOSTICO 2005 2009

DISTRITO FEDERAL	J449-J449	ENFERMEDAD PULMONAR OBSTRUCTIVA CRONICA, NO ESPECIFICADA	0	0	2	77	400	900	416	1807	3602	
	J459-J459	ASMA, NO ESPECIFICADO	0	2	19	193	478	269	52	161	1173	
	J42X-J42X	BRONQUITIS CRONICA NO ESPECIFICADA	0	0	0	21	135	235	75	259	725	
	A162-A162	TUBERCULOSIS DE PULMON, SIN MENCION DE CONFIRMACION BACTERIOLOGICA O HISTOLOGICA	0	0	6	52	230	196	44	127	656	
	J329-J329	SINUSITIS CRONICA, NO ESPECIFICADA	0	0	1	41	121	62	20	56	300	
	G473-G473	APNEA DEL SUE/O	0	0	0	9	114	114	12	21	269	
	B200-B200	ENFERMEDAD POR VIH, RESULTANTE EN INFECCION POR MICOBACTERIAS	0	0	0	36	191	27	5	2	262	
	I279-I279	ENFERMEDAD PULMONAR DEL CORAZON, NO ESPECIFICADA	0	0	0	7	35	77	25	95	238	
	C349-C349	TUMOR MALIGNO DE LOS BRONQUIOS O DEL PULMON, PARTE NO ESPECIFICADA	0	0	0	11	44	62	27	90	235	
	T659-T659	EFECTO TOXICO DE SUSTANCIA NO ESPECIFICADA	0	0	0	10	70	78	20	16	194	
	A182-A182	LINFADENOPATIA PERIFERICA TUBERCULOSA	0	0	1	27	83	41	12	19	183	
	J90X-J90X	DERRAME PLEURAL NO CLASIFICADO EN OTRA PARTE	0	0	0	11	46	40	15	57	168	
	J40X-J40X	BRONQUITIS, NO ESPECIFICADA COMO AGUDA O CRONICA	0	0	0	16	33	40	7	42	138	
	B206-B206	ENFERMEDAD POR VIH, RESULTANTE EN NEUMONIA POR PNEUMOCYSTIS CARINII	0	0	0	20	102	10	0	0	132	
	Z711-Z711	PERSONA QUE TEME ESTAR ENFERMA, A QUIEN NO SE HACE DIAGNOSTICO	0	0	1	14	28	31	17	35	126	
	J410-J410	BRONQUITIS CRONICA SIMPLE	0	0	0	6	27	36	14	41	123	
	J849-J849	ENFERMEDAD PULMONAR INTERSTICIAL, NO ESPECIFICADA	0	0	0	7	35	30	12	33	117	
	J841-J841	OTRAS ENFERMEDADES PULMONARES INTERSTICIALES CON FIBROSIS	0	0	0	6	26	30	10	36	107	
	R05X-R05X	TOS	0	0	0	6	35	30	6	23	100	
	E662-E662	OBESIDAD EXTREMA CON HIPOVENTILACION ALVEOLAR	0	0	0	4	43	32	6	10	95	
	J984-J984	OTROS TRASTORNOS DEL PULMON	0	0	0	5	20	33	7	23	89	
	J189-J189	NEUMONIA, NO ESPECIFICADA	0	0	0	9	32	16	5	20	81	
	I10X-I10X	HIPERTENSION ESENCIAL (PRIMARIA)	0	0	0	0	19	25	6	31	80	
	J304-J304	RINITIS ALERGICA, NO ESPECIFICADA	0	0	1	9	44	11	1	5	72	
	A181-A181	TUBERCULOSIS DEL APARATO GENITOURINARIO	0	0	0	6	23	23	2	11	67	
	Z488-Z488	OTROS CUIDADOS ESPECIFICADOS POSTERIORES A LA CIRUGIA	0	0	0	7	31	17	5	4	64	
	J439-J439	ENFISEMA, NO ESPECIFICADO	0	0	0	1	10	20	4	28	63	
	E668-E668	OTROS TIPOS DE OBESIDAD	0	0	0	0	30	17	2	6	56	
	K219-K219	ENFERMEDAD DEL REFLUJO GASTROESOFAGICO SIN ESOFAGITIS	0	0	0	1	31	12	1	10	56	
	J679-J679	NEUMONITIS DEBIDA A HIPERSENSIBILIDAD A POLVO ORGANICO NO ESPECIFICADO	0	0	0	2	20	15	4	9	49	
		OTROS	0	0	8	130	363	366	121	254	1225	
		DISTRITO FEDERAL		0	2	39	744	2899	2895	953	3331	10845

PRINCIPALES CONSULTAS POR ENTIDAD FEDERATIVA, RANGO DE EDAD SEXO Y DIAGNOSTICO 2005 2009

EDO. DE MEXICO	J449-J449	ENFERMEDAD PULMONAR OBSTRUCTIVA CRONICA, NO ESPECIFICADA	0	0	2	16	170	473	200	785	1647
	J459-J459	ASMA, NO ESPECIFICADO	0	0	1	114	238	170	16	62	601
	A162-A162	TUBERCULOSIS DE PULMON, SIN MENCION DE CONFIRMACION BACTERIOLOGICA O HISTOLOGICA	0	0	2	40	167	149	37	78	473
	J42X-J42X	BRONQUITIS CRONICA NO ESPECIFICADA	0	0	0	12	90	177	53	138	470
	C349-C349	TUMOR MALIGNO DE LOS BRONQUIOS O DEL PULMON, PARTE NO ESPECIFICADA	0	0	0	6	25	65	15	65	177
	G473-G473	APNEA DEL SUE/O	0	0	0	5	54	65	10	4	138
	J329-J329	SINUSITIS CRONICA, NO ESPECIFICADA	0	0	0	30	42	28	7	10	117
	B200-B200	ENFERMEDAD POR VIH, RESULTANTE EN INFECCION POR MICOBACTERIAS	0	0	0	20	77	14	2	0	112
	I279-I279	ENFERMEDAD PULMONAR DEL CORAZON, NO ESPECIFICADA	0	0	0	1	22	41	10	33	107
	J90X-J90X	DERRAME PLEURAL NO CLASIFICADO EN OTRA PARTE	0	0	0	9	28	27	7	32	104
	A182-A182	LINFADENOPATIA PERIFERICA TUBERCULOSA	0	0	1	22	26	21	6	12	89
	J984-J984	OTROS TRASTORNOS DEL PULMON	0	0	0	1	19	15	12	23	70
	T659-T659	EFFECTO TOXICO DE SUSTANCIA NO ESPECIFICADA	0	0	0	1	14	41	2	6	64
	J841-J841	OTRAS ENFERMEDADES PULMONARES INTERSTICIALES CON FIBROSIS	0	0	0	7	4	23	4	22	61
	J849-J849	ENFERMEDAD PULMONAR INTERSTICIAL, NO ESPECIFICADA	0	0	0	1	14	16	4	25	59
	I10X-I10X	HIPERTENSION ESENCIAL (PRIMARIA)	0	0	0	1	7	12	10	26	57
	Z711-Z711	PERSONA QUE TEME ESTAR ENFERMA, A QUIEN NO SE HACE DIAGNOSTICO	0	0	0	11	12	11	4	15	53
	E662-E662	OBESIDAD EXTREMA CON HIPOVENTILACION ALVEOLAR	0	0	0	4	22	21	1	2	51
	J398-J398	OTRAS ENFERMEDADES ESPECIFICADAS DE LAS VIAS RESPIRATORIAS SUPERIORES	0	0	1	16	10	7	1	6	42
	J189-J189	NEUMONIA, NO ESPECIFICADA	0	0	0	5	16	5	2	12	41
	R05X-R05X	TOS	0	0	0	6	11	12	5	6	41
	J439-J439	ENFISEMA, NO ESPECIFICADO	0	0	0	1	5	12	5	15	38
	M549-M549	DORSALGIA, NO ESPECIFICADA	0	0	0	2	5	16	2	11	37
	A181-A181	TUBERCULOSIS DEL APARATO GENITOURINARIO	0	0	0	5	11	12	4	4	36
	J47X-J47X	BRONQUIECTASIA	0	0	0	4	17	6	1	7	36
	J679-J679	NEUMONITIS DEBIDA A HIPERSENSIBILIDAD A POLVO ORGANICO NO ESPECIFICADO	0	0	0	1	16	15	0	4	36
	K219-K219	ENFERMEDAD DEL REFLUJO GASTROESOFAGICO SIN ESOFAGITIS	0	0	0	1	11	14	1	5	32
	B206-B206	ENFERMEDAD POR VIH, RESULTANTE EN NEUMONIA POR PNEUMOCYSTIS CARINII	0	0	0	5	19	2	0	1	27
	Z488-Z488	OTROS CUIDADOS ESPECIFICADOS POSTERIORES A LA CIRUGIA	0	0	0	2	6	14	1	2	26
	J304-J304	RINITIS ALERGICA, NO ESPECIFICADA	0	0	0	10	6	6	0	2	25
		OTROS	0	0	9	84	225	195	69	149	700
		EDO. DE MEXICO		0	0	16	443	1389	1685	491	1562

PRINCIPALES CONSULTAS POR ENTIDAD FEDERATIVA, RANGO DE EDAD SEXO Y DIAGNOSTICO 2005 2009

GUANAJUATO	J449-J449	ENFERMEDAD PULMONAR OBSTRUCTIVA CRONICA, NO ESPECIFICADA	0	0	0	1	1	0	1	11	15
	C349-C349	TUMOR MALIGNO DE LOS BRONQUIOS O DEL PULMON, PARTE NO ESPECIFICADA	0	0	0	0	1	2	0	4	7
	J459-J459	ASMA, NO ESPECIFICADO	0	0	0	1	1	0	0	0	2
	K219-K219	ENFERMEDAD DEL REFLUJO GASTROESOFAGICO SIN ESOFAGITIS	0	0	0	0	0	0	0	2	2
	A162-A162	TUBERCULOSIS DE PULMON, SIN MENCION DE CONFIRMACION BACTERIOLOGICA O HISTOLOGICA	0	0	0	0	1	0	0	0	1
	J189-J189	NEUMONIA, NO ESPECIFICADA	0	0	0	1	0	0	0	0	1
	J841-J841	OTRAS ENFERMEDADES PULMONARES INTERSTICIALES CON FIBROSIS	0	0	0	0	0	1	0	0	1
	J852-J852	ABSCESO DEL PULMON SIN NEUMONIA	0	0	0	1	0	0	0	0	1
	Z488-Z488	OTROS CUIDADOS ESPECIFICADOS POSTERIORES A LA CIRUGIA	0	0	0	0	0	0	0	1	1
		GUANAJUATO	0	0	0	4	4	3	1	18	31



PRINCIPALES CONSULTAS POR ENTIDAD FEDERATIVA, RANGO DE EDAD SEXO Y DIAGNOSTICO 2005 2009

GUERRERO	J449-J449	ENFERMEDAD PULMONAR OBSTRUCTIVA CRONICA, NO ESPECIFICADA	0	0	0	0	7	6	4	28	46
	J459-J459	ASMA, NO ESPECIFICADO	0	0	0	0	6	2	1	2	12
	J42X-J42X	BRONQUITIS CRONICA NO ESPECIFICADA	0	0	0	0	2	4	1	4	11
	A162-A162	TUBERCULOSIS DE PULMON, SIN MENCION DE CONFIRMACION BACTERIOLOGICA O HISTOLOGICA	0	0	0	0	4	2	0	2	9
	A182-A182	LINFADENOPATIA PERIFERICA TUBERCULOSA	0	0	2	4	0	0	0	1	7
	C349-C349	TUMOR MALIGNO DE LOS BRONQUIOS O DEL PULMON, PARTE NO ESPECIFICADA	0	0	0	0	2	4	0	1	7
	C61X-C61X	TUMOR MALIGNO DE LA PROSTATA	0	0	0	0	0	0	0	4	4
	J398-J398	OTRAS ENFERMEDADES ESPECIFICADAS DE LAS VIAS RESPIRATORIAS SUPERIORES	0	0	0	0	0	4	0	0	4
	E149-E149	DIABETES MELLITUS NO ESPECIFICADA, SIN MENCION DE COMPLICACION	0	0	0	0	2	0	0	0	2
	J189-J189	NEUMONIA, NO ESPECIFICADA	0	0	0	0	0	2	0	0	2
	J439-J439	ENFISEMA, NO ESPECIFICADO	0	0	0	0	0	0	0	2	2
	J47X-J47X	BRONQUIECTASIA	0	0	0	0	0	0	1	1	2
	J849-J849	ENFERMEDAD PULMONAR INTERSTICIAL, NO ESPECIFICADA	0	0	0	0	0	1	0	1	2
	J984-J984	OTROS TRASTORNOS DEL PULMON	0	0	0	0	2	0	0	0	2
	K219-K219	ENFERMEDAD DEL REFLUJO GASTROESOFAGICO SIN ESOFAGITIS	0	0	0	0	0	0	0	2	2
	Z488-Z488	OTROS CUIDADOS ESPECIFICADOS POSTERIORES A LA CIRUGIA	0	0	0	0	0	1	1	0	2
	A181-A181	TUBERCULOSIS DEL APARATO GENITOURINARIO	0	0	0	1	0	0	0	0	1
	A184-A184	TUBERCULOSIS DE LA PIEL Y EL TEJIDO SUBCUTANEO	0	0	0	0	1	0	0	0	1
	B909-B909	SECUELAS DE TUBERCULOSIS RESPIRATORIA Y DE TUBERCULOSIS NO ESPECIFICADA	0	0	0	0	0	1	0	0	1
	C80X-C80X	TUMOR MALIGNO DE SITIOS NO ESPECIFICADOS	0	0	0	1	0	0	0	0	1
	D383-D383	TUMOR DE COMPORTAMIENTO INCIERTO O DESCONOCIDO DEL MEDIASTINO	0	0	0	1	0	0	0	0	1
	E662-E662	OBESIDAD EXTREMA CON HIPOVENTILACION ALVEOLAR	0	0	0	0	0	0	1	0	1
	E668-E668	OTROS TIPOS DE OBESIDAD	0	0	0	0	0	0	1	0	1
	I269-I269	EMBOLIA PULMONAR SIN MENCION DE CORAZON PULMONAR AGUDO	0	0	0	0	1	0	0	0	1
	I279-I279	ENFERMEDAD PULMONAR DEL CORAZON, NO ESPECIFICADA	0	0	0	0	1	0	0	0	1
	I872-I872	INSUFICIENCIA VENOSA (CRONICA) (PERIFERICA)	0	0	0	0	0	0	0	1	1
	J22X-J22X	INFECCION AGUDA NO ESPECIFICADA DE LAS VIAS RESPIRATORIAS INFERIORES	0	0	0	0	0	0	0	1	1
	J329-J329	SINUSITIS CRONICA, NO ESPECIFICADA	0	0	0	1	0	0	0	0	1
	J40X-J40X	BRONQUITIS, NO ESPECIFICADA COMO AGUDA O CRONICA	0	0	0	0	0	0	0	1	1
	J680-J680	BRONQUITIS Y NEUMONITIS DEBIDAS A INHALACION DE GASES, HUMOS, VAPORES Y SUSTANCIAS QUIMICAS	0	0	0	0	0	1	0	0	1
		OTROS	0	0	0	0	1	2	0	3	6
		GUERRERO		0	0	2	8	29	30	10	54



PRINCIPALES CONSULTAS POR ENTIDAD FEDERATIVA, RANGO DE EDAD SEXO Y DIAGNOSTICO 2005 2009

JALISCO	G473-G473	APNEA DEL SUE/O	0	0	0	0	0	1	0	0	1	
	JALISCO		0	0	0	0	0	1	0	0	1	
MICHOACAN	J449-J449	ENFERMEDAD PULMONAR OBSTRUCTIVA CRONICA, NO ESPECIFICADA	0	0	0	0	1	4	0	32	37	
	A162-A162	TUBERCULOSIS DE PULMON, SIN MENCION DE CONFIRMACION BACTERIOLOGICA O HISTOLOGICA	0	0	0	1	6	0	0	1	9	
	J459-J459	ASMA, NO ESPECIFICADO	0	0	0	1	1	1	0	4	7	
	J42X-J42X	BRONQUITIS CRONICA NO ESPECIFICADA	0	0	0	0	0	5	0	1	6	
	C349-C349	TUMOR MALIGNO DE LOS BRONQUIOS O DEL PULMON, PARTE NO ESPECIFICADA	0	0	0	0	1	0	2	1	5	
	A182-A182	LINFADENOPATIA PERIFERICA TUBERCULOSA	0	0	0	0	2	0	0	0	2	
	G473-G473	APNEA DEL SUE/O	0	0	0	0	2	0	0	0	2	
	I279-I279	ENFERMEDAD PULMONAR DEL CORAZON, NO ESPECIFICADA	0	0	0	0	1	0	0	1	2	
	J189-J189	NEUMONIA, NO ESPECIFICADA	0	0	0	0	1	0	0	1	2	
	J329-J329	SINUSITIS CRONICA, NO ESPECIFICADA	0	0	0	0	0	1	1	0	2	
	J984-J984	OTROS TRASTORNOS DEL PULMON	0	0	0	0	0	1	0	1	2	
	Z430-Z430	ATENCION DE TRAQUEOSTOMIA	0	0	0	0	2	0	0	0	2	
	A165-A165	PLEURESIA TUBERCULOSA, SIN MENCION DE CONFIRMACION BACTERIOLOGICA O HISTOLOGICA	0	0	0	0	1	0	0	0	1	
	A170-A170	MENINGITIS TUBERCULOSA	0	0	0	0	1	0	0	0	1	
	B49X-B49X	MICOSIS, NO ESPECIFICADA	0	0	0	0	0	0	0	1	1	
	D380-D380	TUMOR DE COMPORTAMIENTO INCIERTO O DESCONOCIDO DE LARINGE	0	0	0	0	0	0	0	1	1	
	E149-E149	DIABETES MELLITUS NO ESPECIFICADA, SIN MENCION DE COMPLICACION	0	0	0	0	0	1	0	0	1	
	E668-E668	OTROS TIPOS DE OBESIDAD	0	0	0	1	0	0	0	0	1	
	J00X-J00X	RINOFARINGITIS AGUDA [RESFRIADO COMUN]	0	0	0	0	0	1	0	0	1	
	J410-J410	BRONQUITIS CRONICA SIMPLE	0	0	0	0	0	0	1	0	1	
	J860-J860	PIOTORAX CON FISTULA	0	0	0	0	1	0	0	0	1	
	J869-J869	PIOTORAX SIN FISTULA	0	0	0	0	0	0	0	1	1	
	J90X-J90X	DERRAME PLEURAL NO CLASIFICADO EN OTRA PARTE	0	0	0	0	0	0	0	1	1	
	J981-J981	COLAPSO PULMONAR	0	0	0	0	0	1	0	0	1	
	K404-K404	HERNIA INGUINAL UNILATERAL O NO ESPECIFICADA, CON GANGRENA	0	0	0	0	0	1	0	0	1	
	M797-M797	FIBROMIALGIA	0	0	0	0	0	1	0	0	1	
	Z488-Z488	OTROS CUIDADOS ESPECIFICADOS POSTERIORES A LA CIRUGIA	0	0	0	0	0	1	0	0	1	
	Z711-Z711	PERSONA QUE TEME ESTAR ENFERMA, A QUIEN NO SE HACE DIAGNOSTICO	0	0	0	0	1	0	0	0	1	
	MICHOACAN			0	0	0	3	21	18	4	46	94



PRINCIPALES CONSULTAS POR ENTIDAD FEDERATIVA, RANGO DE EDAD SEXO Y DIAGNOSTICO 2005 2009

MORELOS	J449-J449	ENFERMEDAD PULMONAR OBSTRUCTIVA CRONICA, NO ESPECIFICADA	0	0	0	0	9	10	0	10	28
	A162-A162	TUBERCULOSIS DE PULMON, SIN MENCION DE CONFIRMACION BACTERIOLOGICA O HISTOLOGICA	0	0	0	9	1	5	0	0	15
	J459-J459	ASMA, NO ESPECIFICADO	0	0	0	1	4	1	0	0	6
	C349-C349	TUMOR MALIGNO DE LOS BRONQUIOS O DEL PULMON, PARTE NO ESPECIFICADA	0	0	0	0	1	0	0	2	4
	J329-J329	SINUSITIS CRONICA, NO ESPECIFICADA	0	0	0	0	0	2	0	1	4
	J398-J398	OTRAS ENFERMEDADES ESPECIFICADAS DE LAS VIAS RESPIRATORIAS SUPERIORES	0	0	0	2	0	1	0	0	4
	J410-J410	BRONQUITIS CRONICA SIMPLE	0	0	1	0	0	1	0	0	2
	J984-J984	OTROS TRASTORNOS DEL PULMON	0	0	0	0	1	1	0	0	2
	A171-A171	TUBERCULOMA MENINGEO	0	0	0	1	0	0	0	0	1
	A182-A182	LINFADENOPATIA PERIFERICA TUBERCULOSA	0	0	0	0	0	0	0	1	1
	C61X-C61X	TUMOR MALIGNO DE LA PROSTATA	0	0	0	0	0	0	0	1	1
	D383-D383	TUMOR DE COMPORTAMIENTO INCIERTO O DESCONOCIDO DEL MEDIASTINO	0	0	0	0	1	0	0	0	1
	J42X-J42X	BRONQUITIS CRONICA NO ESPECIFICADA	0	0	0	0	0	0	0	1	1
	J47X-J47X	BRONQUIECTASIA	0	0	0	1	0	0	0	0	1
	J942-J942	HEMOTORAX	0	0	0	0	0	0	0	1	1
		MORELOS	0	0	1	14	17	21	0	17	72
NAYARIT	A199-A199	TUBERCULOSIS MILIAR, SIN OTRA ESPECIFICACION	0	0	0	0	1	0	0	0	1
	J22X-J22X	INFECCION AGUDA NO ESPECIFICADA DE LAS VIAS RESPIRATORIAS INFERIORES	0	0	0	0	0	0	0	1	1
		NAYARIT	0	0	0	0	1	0	0	1	2
NUEVO LEON	A162-A162	TUBERCULOSIS DE PULMON, SIN MENCION DE CONFIRMACION BACTERIOLOGICA O HISTOLOGICA	0	0	0	1	0	0	0	0	1
	J459-J459	ASMA, NO ESPECIFICADO	0	0	0	0	0	0	0	1	1
		NUEVO LEON	0	0	0	1	0	0	0	1	2



PRINCIPALES CONSULTAS POR ENTIDAD FEDERATIVA, RANGO DE EDAD SEXO Y DIAGNOSTICO 2005 2009

OAXACA	J449-J449	ENFERMEDAD PULMONAR OBSTRUCTIVA CRONICA, NO ESPECIFICADA	0	0	0	1	10	6	0	9	26	
	A162-A162	TUBERCULOSIS DE PULMON, SIN MENCION DE CONFIRMACION BACTERIOLOGICA O HISTOLOGICA	0	0	0	0	4	6	4	4	17	
	J42X-J42X	BRONQUITIS CRONICA NO ESPECIFICADA	0	0	0	0	0	11	1	2	15	
	Z711-Z711	PERSONA QUE TEME ESTAR ENFERMA, A QUIEN NO SE HACE DIAGNOSTICO	0	0	0	0	4	1	4	0	9	
	I279-I279	ENFERMEDAD PULMONAR DEL CORAZON, NO ESPECIFICADA	0	0	0	0	0	1	0	5	6	
	J398-J398	OTRAS ENFERMEDADES ESPECIFICADAS DE LAS VIAS RESPIRATORIAS SUPERIORES	0	0	0	2	4	0	0	0	6	
	J459-J459	ASMA, NO ESPECIFICADO	0	0	0	0	2	1	0	1	5	
	J841-J841	OTRAS ENFERMEDADES PULMONARES INTERSTICIALES CON FIBROSIS	0	0	0	1	0	2	0	1	5	
	J849-J849	ENFERMEDAD PULMONAR INTERSTICIAL, NO ESPECIFICADA	0	0	0	0	1	2	1	0	5	
	B200-B200	ENFERMEDAD POR VIH, RESULTANTE EN INFECCION POR MICOBACTERIAS	0	0	0	1	2	0	0	0	4	
	R05X-R05X	TOS	0	0	0	0	1	2	0	0	4	
	J329-J329	SINUSITIS CRONICA, NO ESPECIFICADA	0	0	0	1	0	0	0	1	2	
	A169-A169	TUBERCULOSIS RESPIRATORIA NO ESPECIFICADA, SIN MENCION DE CONFIRMACION BACTERIOLOGICA O HISTOLOGICA	0	0	0	0	0	1	0	0	1	
	A182-A182	LINFADENOPATIA PERIFERICA TUBERCULOSA	0	0	0	0	0	0	0	1	1	
	C349-C349	TUMOR MALIGNO DE LOS BRONQUIOS O DEL PULMON, PARTE NO ESPECIFICADA	0	0	0	0	0	0	0	1	1	
	F449-F449	TRASTORNO DISOCIATIVO [DE CONVERSION], NO ESPECIFICADO	0	0	0	0	0	0	0	1	1	
	H814-H814	VERTIGO DE ORIGEN CENTRAL	0	0	0	0	0	1	0	0	1	
	I10X-I10X	HIPERTENSION ESENCIAL (PRIMARIA)	0	0	0	0	1	0	0	0	1	
	I209-I209	ANGINA DE PECHO, NO ESPECIFICADA	0	0	0	0	0	0	1	0	1	
	J40X-J40X	BRONQUITIS, NO ESPECIFICADA COMO AGUDA O CRONICA	0	0	0	0	0	0	0	1	1	
	J439-J439	ENFISEMA, NO ESPECIFICADO	0	0	0	0	0	0	0	1	1	
	J90X-J90X	DERRAME PLEURAL NO CLASIFICADO EN OTRA PARTE	0	0	0	0	1	0	0	0	1	
	J941-J941	FIBROTORAX	0	0	0	0	0	0	0	1	1	
	M329-M329	LUPUS ERITEMATOSO SISTEMICO, SIN OTRA ESPECIFICACION	0	0	0	0	1	0	0	0	1	
	M349-M349	ESCLEROSIS SISTEMICA, NO ESPECIFICADA	0	0	0	0	1	0	0	0	1	
	R071-R071	DOLOR EN EL PECHO AL RESPIRAR	0	0	0	0	0	1	0	0	1	
	R073-R073	OTROS DOLORES EN EL PECHO	0	0	0	0	1	0	0	0	1	
	Z488-Z488	OTROS CUIDADOS ESPECIFICADOS POSTERIORES A LA CIRUGIA	0	0	0	0	0	0	0	1	1	
		OAXACA		0	0	0	6	33	35	11	30	120



PRINCIPALES CONSULTAS POR ENTIDAD FEDERATIVA, RANGO DE EDAD SEXO Y DIAGNOSTICO 2005 2009

OTROS PAISES	J22X-J22X	INFECCION AGUDA NO ESPECIFICADA DE LAS VIAS RESPIRATORIAS INFERIORES	0	0	0	0	1	0	0	0	1
		OTROS PAISES	0	0	0	0	1	0	0	0	1
PUEBLA	J449-J449	ENFERMEDAD PULMONAR OBSTRUCTIVA CRONICA, NO ESPECIFICADA	0	0	0	1	6	5	6	30	48
	A162-A162	TUBERCULOSIS DE PULMON, SIN MENCION DE CONFIRMACION BACTERIOLOGICA O HISTOLOGICA	0	0	0	0	9	2	1	10	22
	G473-G473	APNEA DEL SUE/O	0	0	0	0	0	11	1	1	14
	J42X-J42X	BRONQUITIS CRONICA NO ESPECIFICADA	0	0	0	0	2	1	4	4	11
	J459-J459	ASMA, NO ESPECIFICADO	0	0	0	4	4	1	0	2	11
	C349-C349	TUMOR MALIGNO DE LOS BRONQUIOS O DEL PULMON, PARTE NO ESPECIFICADA	0	0	0	1	1	0	1	2	6
	J849-J849	ENFERMEDAD PULMONAR INTERSTICIAL, NO ESPECIFICADA	0	0	0	1	0	1	1	1	5
	J90X-J90X	DERRAME PLEURAL NO CLASIFICADO EN OTRA PARTE	0	0	0	2	0	2	0	0	5
	B200-B200	ENFERMEDAD POR VIH, RESULTANTE EN INFECCION POR MICOBACTERIAS	0	0	0	0	2	1	0	0	4
	I10X-I10X	HIPERTENSION ESENCIAL (PRIMARIA)	0	0	0	0	1	1	0	1	4
	A181-A181	TUBERCULOSIS DEL APARATO GENITOURINARIO	0	0	0	1	0	1	0	0	2
	I279-I279	ENFERMEDAD PULMONAR DEL CORAZON, NO ESPECIFICADA	0	0	0	0	0	0	1	1	2
	J029-J029	FARINGITIS AGUDA, NO ESPECIFICADA	0	0	0	1	0	1	0	0	2
	Z488-Z488	OTROS CUIDADOS ESPECIFICADOS POSTERIORES A LA CIRUGIA	0	0	0	0	0	1	0	1	2
	A182-A182	LINFADENOPATIA PERIFERICA TUBERCULOSA	0	0	0	0	0	0	0	1	1
	A199-A199	TUBERCULOSIS MILIAR, SIN OTRA ESPECIFICACION	0	0	0	0	0	0	0	1	1
	C104-C104	TUMOR MALIGNO DE LA HENDIDURA BRANQUIAL	0	0	0	0	0	0	0	1	1
	C509-C509	TUMOR MALIGNO DE LA MAMA, PARTE NO ESPECIFICADA	0	0	0	0	0	0	0	1	1
	D489-D489	TUMOR DE COMPORTAMIENTO INCIERTO O DESCONOCIDO, DE SITIO NO ESPECIFICADO	0	0	0	0	0	1	0	0	1
	J398-J398	OTRAS ENFERMEDADES ESPECIFICADAS DE LAS VIAS RESPIRATORIAS SUPERIORES	0	0	0	0	0	0	0	1	1
	J47X-J47X	BRONQUIECTASIA	0	0	0	0	0	1	0	0	1
	J679-J679	NEUMONITIS DEBIDA A HIPERSENSIBILIDAD A POLVO ORGANICO NO ESPECIFICADO	0	0	0	0	0	0	0	1	1
	J852-J852	ABSCESO DEL PULMON SIN NEUMONIA	0	0	0	0	0	0	1	0	1
	J869-J869	PIOTORAX SIN FISTULA	0	0	0	1	0	0	0	0	1
	J941-J941	FIBROTORAX	0	0	0	0	1	0	0	0	1
	K219-K219	ENFERMEDAD DEL REFLUJO GASTROESOFAGICO SIN ESOFAGITIS	0	0	0	0	1	0	0	0	1
	R05X-R05X	TOS	0	0	0	0	0	1	0	0	1
Z478-Z478	OTROS CUIDADOS ESPECIFICADOS POSTERIORES A LA ORTOPEDIA	0	0	0	0	0	1	0	0	1	
Z711-Z711	PERSONA QUE TEME ESTAR ENFERMA, A QUIEN NO SE HACE DIAGNOSTICO	0	0	0	0	0	0	1	0	1	
		PUEBLA	0	0	0	12	27	32	17	59	153



PRINCIPALES CONSULTAS POR ENTIDAD FEDERATIVA, RANGO DE EDAD SEXO Y DIAGNOSTICO 2005 2009

QUERETARO	J329-J329	SINUSITIS CRONICA, NO ESPECIFICADA	0	0	0	0	1	0	0	1	2
	A182-A182	LINFADENOPATIA PERIFERICA TUBERCULOSA	0	0	0	0	1	0	0	0	1
		QUERETARO	0	0	0	0	2	0	0	1	3
SE IGNORA	J029-J029	FARINGITIS AGUDA, NO ESPECIFICADA	0	0	0	1	0	0	0	0	1
	J449-J449	ENFERMEDAD PULMONAR OBSTRUCTIVA CRONICA, NO ESPECIFICADA	0	0	0	0	0	0	0	1	1
	Z711-Z711	PERSONA QUE TEME ESTAR ENFERMA, A QUIEN NO SE HACE DIAGNOSTICO	0	0	0	0	0	0	0	1	1
		SE IGNORA	0	0	0	1	0	0	0	2	3
TABASCO	J841-J841	OTRAS ENFERMEDADES PULMONARES INTERSTICIALES CON FIBROSIS	0	0	0	0	0	0	6	0	6
	J42X-J42X	BRONQUITIS CRONICA NO ESPECIFICADA	0	0	0	0	0	4	0	0	4
	J398-J398	OTRAS ENFERMEDADES ESPECIFICADAS DE LAS VIAS RESPIRATORIAS SUPERIORES	0	0	0	0	1	0	0	0	1
	J449-J449	ENFERMEDAD PULMONAR OBSTRUCTIVA CRONICA, NO ESPECIFICADA	0	0	0	0	0	0	0	1	1
	J980-J980	ENFERMEDADES DE LA TRAQUEA Y DE LOS BRONQUIOS, NO CLASIFICADAS	0	0	0	0	0	0	0	1	1
	M549-M549	DORSALGIA, NO ESPECIFICADA	0	0	0	0	0	0	1	0	1
		TABASCO	0	0	0	0	1	4	7	2	14
TAMAULIPAS	J449-J449	ENFERMEDAD PULMONAR OBSTRUCTIVA CRONICA, NO ESPECIFICADA	0	0	0	1	0	0	0	0	1
	J841-J841	OTRAS ENFERMEDADES PULMONARES INTERSTICIALES CON FIBROSIS	0	0	0	0	0	0	1	0	1
	R091-R091	PLEURESIA	0	0	0	0	1	0	0	0	1
		TAMAULIPAS	0	0	0	1	1	0	1	0	3
TLAXCALA	J449-J449	ENFERMEDAD PULMONAR OBSTRUCTIVA CRONICA, NO ESPECIFICADA	0	0	0	0	0	2	0	2	5
	Z488-Z488	OTROS CUIDADOS ESPECIFICADOS POSTERIORES A LA CIRUGIA	0	0	0	5	0	0	0	0	5
	A162-A162	TUBERCULOSIS DE PULMON, SIN MENCION DE CONFIRMACION BACTERIOLOGICA O HISTOLOGICA	0	0	0	1	0	1	0	0	2
	J459-J459	ASMA, NO ESPECIFICADO	0	0	0	0	2	0	0	0	2
	C61X-C61X	TUMOR MALIGNO DE LA PROSTATA	0	0	0	0	0	0	0	1	1
	G473-G473	APNEA DEL SUE/O	0	0	0	0	0	1	0	0	1
	I10X-I10X	HIPERTENSION ESENCIAL (PRIMARIA)	0	0	0	0	0	1	0	0	1
	I509-I509	INSUFICIENCIA CARDIACA, NO ESPECIFICADA	0	0	0	0	0	0	0	1	1
	J129-J129	NEUMONIA VIRAL, NO ESPECIFICADA	0	0	0	0	0	1	0	0	1
	J329-J329	SINUSITIS CRONICA, NO ESPECIFICADA	0	0	0	0	0	0	0	1	1
	J42X-J42X	BRONQUITIS CRONICA NO ESPECIFICADA	0	0	0	0	0	0	0	1	1
	J869-J869	PIOTORAX SIN FISTULA	0	0	0	1	0	0	0	0	1
	J90X-J90X	DERRAME PLEURAL NO CLASIFICADO EN OTRA PARTE	0	0	0	0	0	0	1	0	1
	J941-J941	FIBROTORAX	0	0	0	0	1	0	0	0	1
	J984-J984	OTROS TRASTORNOS DEL PULMON	0	0	0	1	0	0	0	0	1
	M512-M512	OTROS DESPLAZAMIENTOS DE DISCO INTERVERTEBRAL, ESPECIFICADO	0	0	0	0	0	0	1	0	1
	N189-N189	INSUFICIENCIA RENAL CRONICA, NO ESPECIFICADA	0	0	0	0	1	0	0	0	1
	R060-R060	DISNEA	0	0	0	1	0	0	0	0	1
		TLAXCALA	0	0	0	9	4	6	2	6	28



PRINCIPALES CONSULTAS POR ENTIDAD FEDERATIVA, RANGO DE EDAD SEXO Y DIAGNOSTICO 2005 2009

VERACRUZ	J449-J449	ENFERMEDAD PULMONAR OBSTRUCTIVA CRONICA, NO ESPECIFICADA	0	0	0	0	1	10	2	15	28	
	A162-A162	TUBERCULOSIS DE PULMON, SIN MENCION DE CONFIRMACION BACTERIOLOGICA O HISTOLOGICA	0	0	0	0	1	4	0	9	14	
	J459-J459	ASMA, NO ESPECIFICADO	0	0	0	1	0	0	1	6	9	
	J42X-J42X	BRONQUITIS CRONICA NO ESPECIFICADA	0	0	0	1	1	2	1	1	7	
	J849-J849	ENFERMEDAD PULMONAR INTERSTICIAL, NO ESPECIFICADA	0	0	0	0	0	1	2	1	5	
	A182-A182	LINFADENOPATIA PERIFERICA TUBERCULOSA	0	0	2	0	0	0	0	0	1	4
	C349-C349	TUMOR MALIGNO DE LOS BRONQUIOS O DEL PULMON, PARTE NO ESPECIFICADA	0	0	0	0	0	0	1	2	4	
	J439-J439	ENFISEMA, NO ESPECIFICADO	0	0	0	2	0	1	0	0	4	
	J984-J984	OTROS TRASTORNOS DEL PULMON	0	0	0	0	0	1	0	2	4	
	A181-A181	TUBERCULOSIS DEL APARATO GENITOURINARIO	0	0	0	0	0	0	0	0	2	2
	J398-J398	OTRAS ENFERMEDADES ESPECIFICADAS DE LAS VIAS RESPIRATORIAS SUPERIORES	0	0	0	1	1	0	0	0	0	2
	J841-J841	OTRAS ENFERMEDADES PULMONARES INTERSTICIALES CON FIBROSIS	0	0	0	0	0	0	0	0	2	2
	J90X-J90X	DERRAME PLEURAL NO CLASIFICADO EN OTRA PARTE	0	0	0	1	0	0	1	0	0	2
	B200-B200	ENFERMEDAD POR VIH, RESULTANTE EN INFECCION POR MICOBACTERIAS	0	0	0	0	1	0	0	0	0	1
	B371-B371	CANDIDIASIS PULMONAR	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1
	C509-C509	TUMOR MALIGNO DE LA MAMA, PARTE NO ESPECIFICADA	0	0	0	0	0	1	0	0	0	1
	I279-I279	ENFERMEDAD PULMONAR DEL CORAZON, NO ESPECIFICADA	0	0	0	0	1	0	0	0	0	1
	J028-J028	FARINGITIS AGUDA DEBIDA A OTROS MICROORGANISMOS ESPECIFICADOS	0	0	1	0	0	0	0	0	0	1
	J029-J029	FARINGITIS AGUDA, NO ESPECIFICADA	0	0	0	0	0	0	1	0	0	1
	J209-J209	BRONQUITIS AGUDA, NO ESPECIFICADA	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1
	J329-J329	SINUSITIS CRONICA, NO ESPECIFICADA	0	0	0	0	0	1	0	0	0	1
	J40X-J40X	BRONQUITIS, NO ESPECIFICADA COMO AGUDA O CRONICA	0	0	0	0	0	1	0	0	0	1
	J47X-J47X	BRONQUIECTASIA	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1
	J869-J869	PIOTORAX SIN FISTULA	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1
	J941-J941	FIBROTORAX	0	0	0	0	0	0	1	0	0	1
	J986-J986	TRASTORNOS DEL DIAFRAGMA	0	0	0	0	0	0	1	0	0	1
	K419-K419	HERNIA FEMORAL UNILATERAL O NO ESPECIFICADA, SIN OBSTRUCCION NI GANGRENA	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1
	M624-M624	CONTRACTURA MUSCULAR	0	0	0	0	0	0	1	0	0	1
	R042-R042	HEMOPTISIS	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1
	T018-T018	HERIDAS QUE AFECTAN OTRAS COMBINACIONES DE LAS REGIONES DEL CUERPO	0	0	0	1	0	0	0	0	0	1
		OTROS	0	0	0	1	0	0	0	0	1	2
		VERACRUZ		0	0	3	8	6	22	12	48	106

PRINCIPALES CONSULTAS POR ENTIDAD FEDERATIVA, RANGO DE EDAD SEXO Y DIAGNOSTICO 2005 2009

ZACATECAS	J64X-J64X	NEUMOCONIOSIS, NO ESPECIFICADA	0	0	0	0	0	0	0	1	1
		ZACATECAS	0	0	0	0	0	0	0	1	1

TOTAL GENERAL 2005-2009 MASCULINO	0	2	61	1257	4473	4794	1532	5223	17342
-----------------------------------	---	---	----	------	------	------	------	------	-------



Para el análisis de consulta del servicio de Neumología, se tomaron en cuenta el periodo comprendido del año 2005 al 2009 a diferencia de lo reportado en Morbilidad y Mortalidad. Esto se debe a que la captura de la información de consulta se realizó a partir del 2005.

Además, reiteramos que el reporte de los motivos de consulta son de acuerdo a la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-10) y no utilizamos ningún criterio de agrupación por lo que algunos padecimientos podrán ser semejantes.

En el reporte global del período se reportan 50,349 consultas de las cuales el 65.55% (33,007 consultas) son mujeres y el 34.45% (17,342 consultas) son hombres. El grupo etareo que tiene la mayor frecuencia de atención es el de 45 a 59 años con un porcentaje del 31.51% del total. Observamos que en este servicio hay cinco padecimientos que ocupan más del 60% del total de la consulta y estos son: La enfermedad pulmonar obstructiva crónica, no especificada (J-449) con 14,635 consultas (27.19%); El Asma, no especificado (J-459). Con 7,950 consultas (15.32%); la bronquitis crónica no especificada (J-42X) con 4,217 consultas (9.63%); la tuberculosis de pulmón sin mención de confirmación bacteriológica o histológica (A-162) con 2,462 consultas (5.58%) y la sinusitis crónica, no especificada (J-329) con 1,947 consultas (2.88%) lo cual hacen un acumulado de 31,211 consultas que representan el 61.99% del total.

La distribución por entidad federativa reporta que el 53.68% del total de la consulta son del Distrito Federal (27,025 consultas) y el 41.03% del Estado de México (20,659 consultas) lo que hace un acumulado del 94.71% del total dejando sólo el 5.29% restante a las otras entidades federativas, en donde predominan Puebla, Guerrero, Hidalgo, Oaxaca, Veracruz y Michoacán que juntos acumulan 2,161 consultas (4.29%) De las 2,665 consultas restantes.



CIRUGÍAS Y PROCEDIMIENTOS

2007

30 PRINCIPALES CIRUGÍAS DE NEUMOLOGÍA 2007

CODIGO	CODIGO DIAGNOSTICO	0-1		1-4		5-14		15-24		25-44		45-59		60-64		65 o +		TOTAL	TOTAL	TOTAL
		Fem	Masc	Fem	Masc	Fem	Masc	Fem	Masc	Fem	Masc	Fem	Masc	Fem	Masc	Fem	Masc	FEM	MASC	GRAL
33.22	BRONCOSCOPIA FIBROOPTICA	0	0	2	0	2	0	5	39	50	105	42	66	18	15	36	49	155	273	428
34.04	INSERCIÓN DE CATETER INTERCOSTAL PARA DRENAJE	0	0	0	0	0	0	0	2	7	7	16	7	7	0	5	4	35	20	55
34.22	MEDIASTINOSCOPIA	0	0	0	0	0	0	2	0	2	7	4	5	0	0	0	2	8	14	22
40.21	EXTIRPACION DE GANGLIO LINFATICO CERVICAL PROFUNDO	0	0	0	0	0	0	2	2	5	0	0	2	2	5	2	2	11	11	22
34.02	TORACOTOMIA EXPLORATORIA	0	0	0	0	0	0	2	0	5	0	4	0	0	0	0	4	11	4	15
33.28	BIOPSIA ABIERTA DE PULMON	0	0	0	0	0	0	0	0	5	4	0	0	0	0	0	0	5	4	9
34.51	DECORTIZACION DE PULMON	0	0	0	0	0	0	0	0	2	2	0	2	0	0	0	2	2	6	8
324X	LOBECTOMIA DE PULMON	0	0	0	0	0	0	0	0	1	2	2	0	0	2	0	0	3	4	7
31.79	OTRAS OPERACIONES DE RECONSTRUCCION Y PLASTICA SOBRE TRAQUEA	0	0	0	0	0	0	0	2	2	2	0	0	0	0	0	0	2	4	6
33.48	OTRAS OPERACIONES DE REPARACION Y PLASTICA SOBRE BRONQUIO	0	0	0	0	0	0	0	0	5	0	0	0	0	0	0	0	0	5	5
00.03	ECONOGRAFÍA TERAPÉUTICA DE VASOS PERIFÉRICOS	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2	0	0	0	2	0	4	4
33.91	DILATACION BRONQUIAL	0	0	0	0	0	0	0	0	2	0	0	2	0	0	0	0	2	2	4
34.24	BIOPSIA PLEURAL	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2	0	2	0	0	0	0	0	4	4
96.56	OTRO LAVADO DE BRONQUIO Y TRAQUEA	0	0	0	0	0	0	0	0	2	2	0	0	0	0	0	0	2	2	4
07.80	TIMECTOMIA, NO ESPECIFICADA DE OTRA MANERA	0	0	0	0	0	0	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2	0	2
29.39	OTRA EXCISION O RESECCION DE LESION O TEJIDO DE LA FARINGE	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2	0	2	2
31.75	RECONSTRUCCION DE TRAQUEA Y CONSTRUCCION DE LARINGE ARTIFICIAL	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2	0	0	0	0	0	2	2
32.21	PLICATURA DE BULLA ENFISEMATOSA	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2	0	0	0	0	0	2	0	2
32.22	REDUCCION QUIRURGICA DE VOLUMEN PULMONAR	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2	0	0	0	0	0	2	2
34.21	TORACOSCOPIA TRANSPLEURAL	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2	0	2	2
34.74	REPARACION DE DEFORMIDAD DE PECTUS	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2	0	2	0	2
34.91	TORACOCENTESIS	0	0	0	0	0	0	0	0	2	0	0	0	0	0	0	0	2	0	2
38.05	INCISION DE VASO OTROS VASOS TORACICOS	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2	0	0	0	0	0	2	0	2
38.59	LIGADURA Y EXTIRPACION DE VENAS VARICOSAS, VENAS DE MIEMBROS INFERIORES	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2	0	0	0	0	0	2	2
39.24	DERIVACION AORTA-RENAL	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2	0	0	0	2	0	2
40.11	BIOPSIA DE ESTRUCTURA LINFATICA	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2	0	0	0	2	2
52.01	DRENAJE DE QUISTE, PSEUDOQUISTE Y ABSCESO PANCREATICO POR CATETER	0	0	0	0	0	0	0	0	2	0	0	0	0	0	0	0	2	0	2
54.21	LAPAROSCOPIA	0	0	0	0	0	0	0	0	2	0	0	0	0	0	0	0	2	0	2
86.09	OTRA INCISION DE PIEL Y TEJIDO SUBCUTANEO	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2	0	0	0	0	0	2	0	2
99.25	INYECCION O INFUSION DE SUSTANCIA QUIMIOTERAPEUTICA CONTRA CANCER	0	0	0	0	0	0	0	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2	2
	OTROS	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2	0	0	0	0	0	2	0	2
	TOTAL DE CIRUGIAS DEL 2007	0	0	2	0	2	0	13	47	89	138	76	94	29	24	45	69	256	371	627

PRINCIPALES CIRUGIAS POR ENTIDAD FEDERATIVA, DIAGNOSTICO SEXO Y GRUPO DE EDAD 2007

ENTIDAD	CODIGO	CODIGO NOMBRE	FEMENINO								TOTAL FEM
			0-1	1-4	5-14	15-24	25-44	45-59	60-64	65 o +	
CHIAPAS	33.22	BRONCOSCOPIA FIBROOPTICA	0	0	0	0	0	4	0	0	4
	34.04	INSERCIÓN DE CATETER INTERCOSTAL PARA DRENAJE	0	0	0	0	0	2	0	0	2
		CHIAPAS	0	0	0	0	0	6	0	0	6
DISTRITO FEDERAL	33.22	BRONCOSCOPIA FIBROOPTICA	0	0	0	2	18	14	4	11	49
	34.04	INSERCIÓN DE CATETER INTERCOSTAL PARA DRENAJE	0	0	0	0	3	4	2	4	13
	33.28	BIOPSIA ABIERTA DE PULMON	0	0	0	0	4	0	0	0	4
	34.02	TORACOTOMIA EXPLORATORIA	0	0	0	0	2	2	0	0	4
	34.22	MEDIASTINOSCOPIA	0	0	0	0	2	0	0	0	2
	34.51	DECORTIZACION DE PULMON	0	0	0	0	2	0	0	0	2
	34.91	TORACOCENTESIS	0	0	0	0	2	0	0	0	2
	38.05	INCISION DE VASO OTROS VASOS TORACICOS	0	0	0	0	0	2	0	0	2
	40.21	EXTIRPACION DE GANGLIO LINFATICO CERVICAL PROFUNDO	0	0	0	0	2	0	0	0	2
	54.93	CREACION DE FISTULA CUTANEOOPERITONEAL	0	0	0	0	0	2	0	0	2
	96.56	OTRO LAVADO DE BRONQUIO Y TRAQUEA	0	0	0	0	2	0	0	0	2
		DISTRITO FEDERAL	0	0	0	2	37	24	6	15	84
EDO. DE MEXICO	33.22	BRONCOSCOPIA FIBROOPTICA	0	2	2	2	16	18	7	16	63
	34.04	INSERCIÓN DE CATETER INTERCOSTAL PARA DRENAJE	0	0	0	0	4	5	4	2	15
	34.02	TORACOTOMIA EXPLORATORIA	0	0	0	0	3	2	0	0	5
	34.22	MEDIASTINOSCOPIA	0	0	0	2	0	3	0	0	5
	40.21	EXTIRPACION DE GANGLIO LINFATICO CERVICAL PROFUNDO	0	0	0	1	2	0	0	2	5
	32.21	PLICATURA DE BULLA ENFISEMATOSA	0	0	0	0	0	2	0	0	2
	324X	LOBECTOMIA DE PULMON	0	0	0	0	0	2	0	0	2
	33.28	BIOPSIA ABIERTA DE PULMON	0	0	0	0	2	0	0	0	2
	34.74	REPARACION DE DEFORMIDAD DE PECTUS	0	0	0	0	0	0	0	2	2
	39.24	DERIVACION AORTA-RENAL	0	0	0	0	0	0	2	0	2
	54.21	LAPAROSCOPIA	0	0	0	0	2	0	0	0	2
	86.09	OTRA INCISION DE PIEL Y TEJIDO SUBCUTANEO	0	0	0	0	0	2	0	0	2
		EDO. DE MEXICO	0	2	2	5	29	34	13	22	107

PRINCIPALES CIRUGIAS POR ENTIDAD FEDERATIVA, DIAGNOSTICO SEXO Y GRUPO DE EDAD 2007

GUERRERO	33.22	BRONCOSCOPIA FIBROOPTICA	0	0	0	0	0	0	2	0	2
		GUERRERO	0	0	0	0	0	0	2	0	2
HIDALGO	33.22	BRONCOSCOPIA FIBROOPTICA	0	0	0	0	9	0	2	2	13
	31.79	OTRAS OPERACIONES DE RECONSTRUCCION Y PLASTICA SOBRE TRAQUEA	0	0	0	0	2	0	0	0	2
	33.91	DILATACION BRONQUIAL	0	0	0	0	2	0	0	0	2
	52.01	DRENAJE DE QUISTE, PSEUDOQUISTE Y ABSCESO PANCREATICO POR CATETER	0	0	0	0	2	0	0	0	2
		HIDALGO	0	0	0	0	15	0	2	2	19
MORELOS	33.22	BRONCOSCOPIA FIBROOPTICA	0	0	0	1	0	2	0	2	5
	40.21	EXTIRPACION DE GANGLIO LINFATICO CERVICAL PROFUNDO	0	0	0	0	2	0	0	0	2
		MORELOS	0	0	0	1	2	2	0	2	7
OAXACA	33.22	BRONCOSCOPIA FIBROOPTICA	0	0	0	0	2	0	0	0	2
		OAXACA	0	0	0	0	2	0	0	0	2
PUEBLA	34.04	INSERCIÓN DE CATETER INTERCOSTAL PARA DRENAJE	0	0	0	0	0	2	2	0	4
	33.22	BRONCOSCOPIA FIBROOPTICA	0	0	0	1	0	2	0	0	3
	34.02	TORACOTOMIA EXPLORATORIA	0	0	0	2	0	0	0	0	2
		PUEBLA	0	0	0	3	0	4	2	0	9
SINALOA	324X	LOBECTOMIA DE PULMON	0	0	0	0	2	0	0	0	2
		SINALOA	0	0	0	0	2	0	0	0	2

PRINCIPALES CIRUGIAS POR ENTIDAD FEDERATIVA, DIAGNOSTICO SEXO Y GRUPO DE EDAD 2007

TLAXCALA	33.22	BRONCOSCOPIA FIBROOPTICA	0	0	0	0	0	2	0	2	4
		TLAXCALA	0	0	0	0	0	2	0	2	4

VERACRUZ	33.22	BRONCOSCOPIA FIBROOPTICA	0	0	0	0	2	2	2	2	8
	7.8	TIMECTOMIA, NO ESPECIFICADA DE OTRA MANERA	0	0	0	2	0	0	0	0	2
	34.04	INSERCIÓN DE CATETER INTERCOSTAL PARA DRENAJE	0	0	0	0	0	2	0	0	2
	40.21	EXTIRPACION DE GANGLIO LINFATICO CERVICAL PROFUNDO	0	0	0	0	0	0	2	0	2
		VERACRUZ	0	0	0	2	2	4	4	2	14

TOTAL FEMENINO 2007	0	2	2	13	89	76	29	45	256
---------------------	---	---	---	----	----	----	----	----	-----

PRINCIPALES CIRUGIAS POR ENTIDAD FEDERATIVA, DIAGNOSTICO SEXO Y GRUPO DE EDAD 2007

ENTIDAD	CODIGO	NOMBRE	MASCULINO								TOTAL MASC
			0-1	1-4	5-14	15-24	25-44	45-59	60-64	65 o +	
CAMPECHE	33.22	BRONCOSCOPIA FIBROOPTICA	0	0	0	0	0	0	0	2	2
		CAMPECHE	0	0	0	0	0	0	0	2	2
CHIAPAS	33.22	BRONCOSCOPIA FIBROOPTICA	0	0	0	0	2	1	0	0	3
		CHIAPAS	0	0	0	0	2	1	0	0	3
DISTRITO FEDERAL	33.22	BRONCOSCOPIA FIBROOPTICA	0	0	0	16	43	33	4	16	112
	34.04	INSERCIÓN DE CATETER INTERCOSTAL PARA DRENAJE	0	0	0	2	7	2	0	2	13
	0.03	ECONOGRAFÍA TERAPÉUTICA DE VASOS PERIFÉRICOS	0	0	0	0	0	2	0	2	4
	34.22	MEDIASTINOSCOPIA	0	0	0	0	3	0	0	0	3
	40.21	EXTIRPACION DE GANGLIO LINFATICO CERVICAL PROFUNDO	0	0	0	2	0	1	0	0	3
	31.79	OTRAS OPERACIONES DE RECONSTRUCCION Y PLASTICA SOBRE TRAQUEA	0	0	0	0	2	0	0	0	2
	33.48	OTRAS OPERACIONES DE REPARACION Y PLASTICA SOBRE BRONQUIO	0	0	0	0	2	0	0	0	2
	33.91	DILATACION BRONQUIAL	0	0	0	0	0	2	0	0	2
	34.21	TORACOSCOPIA TRANSPLEURAL	0	0	0	0	0	0	0	2	2
	34.24	BIOPSIA PLEURAL	0	0	0	0	2	0	0	0	2
	34.51	DECORTIZACION DE PULMON	0	0	0	0	2	0	0	0	2
	38.59	LIGADURA Y EXTIRPACION DE VENAS VARICOSAS, VENAS DE MIEMBROS INFERIORES	0	0	0	0	0	2	0	0	2
	96.56	OTRO LAVADO DE BRONQUIO Y TRAQUEA	0	0	0	0	2	0	0	0	2
	99.25	INYECCION O INFUSION DE SUSTANCIA QUIMIOTERAPEUTICA CONTRA CANCER	0	0	0	2	0	0	0	0	2
		DISTRITO FEDERAL	0	0	0	22	63	42	4	22	153

PRINCIPALES CIRUGIAS POR ENTIDAD FEDERATIVA, DIAGNOSTICO SEXO Y GRUPO DE EDAD 2007

EDO. DE MEXICO	33.22	BRONCOSCOPIA FIBROOPTICA	0	0	0	17	42	21	5	21	106
	34.22	MEDIASTINOSCOPIA	0	0	0	0	3	4	0	2	9
	40.21	EXTIRPACION DE GANGLIO LINFATICO CERVICAL PROFUNDO	0	0	0	0	0	0	5	0	5
	33.28	BIOPSIA ABIERTA DE PULMON	0	0	0	0	3	0	0	0	3
	31.79	OTRAS OPERACIONES DE RECONSTRUCCION Y PLASTICA SOBRE TRAQUEA	0	0	0	2	0	0	0	0	2
	324X	LOBECTOMIA DE PULMON	0	0	0	0	2	0	0	0	2
	33.48	OTRAS OPERACIONES DE REPARACION Y PLASTICA SOBRE BRONQUIO	0	0	0	0	2	0	0	0	2
	34.02	TORACOTOMIA EXPLORATORIA	0	0	0	0	0	0	0	2	2
	34.04	INSERCIÓN DE CATETER INTERCOSTAL PARA DRENAJE	0	0	0	0	0	0	0	2	2
	34.24	BIOPSIA PLEURAL	0	0	0	0	0	2	0	0	2
	EDO. DE MEXICO		0	0	0	19	52	27	10	27	135
GUANAJUATO	33.22	BRONCOSCOPIA FIBROOPTICA	0	0	0	2	0	2	0	0	4
		GUANAJUATO	0	0	0	2	0	2	0	0	4
GUERRERO	33.22	BRONCOSCOPIA FIBROOPTICA	0	0	0	0	0	1	2	2	5
	29.39	OTRA EXCISION O RESECCION DE LESION O TEJIDO DE LA FARINGE	0	0	0	0	0	0	0	2	2
	31.75	RECONSTRUCCION DE TRAQUEA Y CONSTRUCCION DE LARINGE ARTIFICIAL	0	0	0	0	0	2	0	0	2
	32.22	REDUCCION QUIRURGICA DE VOLUMEN PULMONAR	0	0	0	0	0	2	0	0	2
	34.04	INSERCIÓN DE CATETER INTERCOSTAL PARA DRENAJE	0	0	0	0	0	2	0	0	2
	34.51	DECORTIZACION DE PULMON	0	0	0	0	0	0	0	2	2
	40.11	BIOPSIA DE ESTRUCTURA LINFATICA	0	0	0	0	0	0	2	0	2
	GUERRERO	0	0	0	0	0	7	4	6	17	
HIDALGO	33.22	BRONCOSCOPIA FIBROOPTICA	0	0	0	0	0	1	2	2	5
	34.04	INSERCIÓN DE CATETER INTERCOSTAL PARA DRENAJE	0	0	0	0	0	2	0	0	2
	34.51	DECORTIZACION DE PULMON	0	0	0	0	0	2	0	0	2
		HIDALGO	0	0	0	0	0	5	2	2	9

PRINCIPALES CIRUGIAS POR ENTIDAD FEDERATIVA, DIAGNOSTICO SEXO Y GRUPO DE EDAD 2007

MICHOACAN	33.22	BRONCOSCOPIA FIBROOPTICA	0	0	0	0	3	2	0	2	7
	34.22	MEDIASTINOSCOPIA	0	0	0	0	0	2	0	0	2
	40.21	EXTIRPACION DE GANGLIO LINFATICO CERVICAL PROFUNDO	0	0	0	0	0	0	0	2	2
		MICHOACAN	0	0	0	0	3	4	0	4	11
MORELOS	33.22	BRONCOSCOPIA FIBROOPTICA	0	0	0	0	0	2	0	0	2
		MORELOS	0	0	0	0	0	2	0	0	2
NAYARIT	33.22	BRONCOSCOPIA FIBROOPTICA	0	0	0	0	4	0	0	0	4
		NAYARIT	0	0	0	0	4	0	0	0	4
OAXACA	33.22	BRONCOSCOPIA FIBROOPTICA	0	0	0	2	9	2	0	0	13
	33.48	OTRAS OPERACIONES DE REPARACION Y PLASTICA SOBRE BRONQUIO	0	0	0	0	2	0	0	0	2
		OAXACA	0	0	0	2	11	2	0	0	15
PUEBLA	324X	LOBECTOMIA DE PULMON	0	0	0	0	0	0	2	0	2
	33.22	BRONCOSCOPIA FIBROOPTICA	0	0	0	0	0	0	0	2	2
		PUEBLA	0	0	0	0	0	0	2	2	4
QUERETARO	33.22	BRONCOSCOPIA FIBROOPTICA	0	0	0	0	2	0	0	0	2
	34.02	TORACOTOMIA EXPLORATORIA	0	0	0	0	0	0	0	2	2
		QUERETARO	0	0	0	0	2	0	0	2	4
SE IGNORA	33.22	BRONCOSCOPIA FIBROOPTICA	0	0	0	2	0	0	0	0	2
		SE IGNORA	0	0	0	2	0	0	0	0	2
VERACRUZ	33.22	BRONCOSCOPIA FIBROOPTICA	0	0	0	0	1	0	2	2	5
	34.04	INSERCIÓN DE CATETER INTERCOSTAL PARA DRENAJE	0	0	0	0	0	2	0	0	2
		VERACRUZ	0	0	0	0	1	2	2	2	7
TOTAL MASCULINO 2007			0	0	0	47	138	93	24	69	371



En el año 2007 se realizaron 627 cirugías y procedimientos no quirúrgicos de los cuales 256 son del sexo femenino (40.83%) y 371 son masculinos (59.17 %). La broncoscopia fiberoptica es con mucho el procedimiento mas frecuentemente realizado con 428 procedimientos lo que representa el 68.26 % del total, la inserción de catéter intercostal para drenaje reporta 55 cirugías (8.77 %), la mediastinoscopia y la extirpación de ganglio linfático cervical profundo se realizaron 22 cirugías de cada una.

Por entidad federativa el Distrito Federal y el Estado de México acumulan el 76.4 % y junto con Hidalgo, Veracruz y Guerrero abarcan el 87.55 % con 549 cirugías entre todos.



CIRUGÍAS Y PROCEDIMIENTOS 2008

30 PRINCIPALES CIRUGÍAS DE NEUMOLOGÍA 2008

CODIGO	NOMBRE	0-1 A		1-4 A		5-14 A		15-24		25-44		45-59		60-64		65 o +		TOT	TOT	TOT
		Fem	Masc	Fem	Masc	Fem	Masc	Fem	Masc	Fem	Masc	Fem	Masc	Fem	Masc	Fem	Masc	FEM	MASC	GRAL
33.22	BRONCOSCOPIA FIBROOPTICA	0	0	0	0	0	1	25	31	48	106	43	68	19	18	31	49	165	274	440
34.04	INSERCIÓN DE CATETER INTERCOSTAL PARA DRENAJE	0	0	0	0	0	0	3	5	12	15	18	7	3	4	5	6	41	37	78
40.21	EXTIRPACION DE GANGLIO LINFATICO CERVICAL PROFUNDO	0	0	0	0	0	0	4	2	10	4	1	1	3	1	4	5	22	13	35
33.91	DILATACION BRONQUIAL	0	0	0	0	0	0	2	4	5	1	5	4	0	0	0	0	12	9	21
34.02	TORACOTOMIA EXPLORATORIA	0	0	0	0	0	0	2	0	1	4	4	4	0	3	1	1	8	12	20
33.24	BIOPSIA CERRADA BRONQUIAL [ENDOSCOPICA]	0	0	0	0	0	0	1	1	4	1	1	5	1	0	3	0	9	8	17
34.24	BIOPSIA PLEURAL	0	0	0	0	0	0	0	1	2	3	0	3	3	1	0	3	5	11	16
34.22	MEDIASTINOSCOPIA	0	0	0	0	0	0	0	0	1	5	0	3	1	0	1	0	3	8	11
33.28	BIOPSIA ABIERTA DE PULMON	0	0	0	0	0	0	1	0	2	0	1	1	0	1	0	3	4	5	9
34.51	DECORTIZACION DE PULMON	0	0	0	0	0	0	1	1	0	5	0	1	0	1	0	0	1	8	9
324X	LOBECTOMIA DE PULMON	0	0	0	0	0	0	1	0	1	2	2	0	0	0	0	0	4	2	6
31.75	RECONSTRUCCION DE TRAQUEA Y CONSTRUCCION DE LARINGE ARTIFICIAL	0	0	0	0	0	0	2	0	1	0	0	0	0	0	0	1	3	1	4
311X	TRAQUEOSTOMIA TEMPORAL	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	1	0	0	1	2	3
3.09	OTRA EXPLORACION Y DESCOMPRESION DEL CONDUCTO ESPINAL	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	1	0	1	1	2
31.74	REVISION DE TRAQUEOSTOMIA	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	0	0	0	0	0	0	1	1	2
32.22	REDUCCION QUIRURGICA DE VOLUMEN PULMONAR	0	0	0	0	0	0	1	0	1	0	0	0	0	0	0	0	2	0	2
33.26	BIOPSIA [PERCUTANEA] CERRADA [AGUJA] DE PULMON	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	1	0	2	2
34.09	OTRA INCISION DE PLEURA	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	1	0	2	0	2
34.23	BIOPSIA DE PARED TORACICA	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	1	0	0	0	2	0	2
343X	EXCISION O DESTRUCCION DE LESION O TEJIDO DE MEDIASTINO	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	1	0	0	0	0	0	2	2
86.28	DESRIDAMIENTO NO EXCISIONAL DE HERIDA, INFECCION O QUEMADURA	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2	0	2	0	2
96.05	OTRA INTUBACION DEL TRACTO RESPIRATORIO	0	0	0	0	0	0	0	1	0	1	0	0	0	0	0	0	0	2	2
1.24	OTRAS CRANEOTOMIAS	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	1	0	1
4.12	BIOPSIA ABIERTA DE NERVI O GANGLIO CRANEAL O PERIFERICO	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	1	0	1
6.39	OTRA TIROIDECTOMIA PARCIAL	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	1	0	1
7.8	TIMECTOMIA, NO ESPECIFICADA DE OTRA MANERA	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	1	0	1
31.71	SUTURA DE LACERACION DE TRAQUEA	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	1	1
31.99	OTRAS OPERACIONES SOBRE TRAQUEA	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	1	1
323X	RESECCION SEGMENTARIA DE PULMON	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	1	1
329X	OTRA EXCISION DE PULMON	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	1	1
	OTROS	0	0	0	0	0	0	1	1	2	2	2	3	1	0	1	3	8	9	16
	TOTAL DE CIRUGIAS DEL 2008	0	0	0	0	0	1	44	47	92	153	81	106	33	30	51	72	300	411	711

PRINCIPALES CIRUGIAS POR ENTIDAD FEDERATIVA, DIAGNOSTICO SEXO Y GRUPO DE EDAD 2008

ENTIDAD	CODIGO	NOMBRE	FEMENINO								TOTAL FEM
			0-1	1-4	5-14	15-24	25-44	45-59	60-64	65 o +	
CHIAPAS	3.09	OTRA EXPLORACION Y DESCOMPRESION DEL CONDUCTO ESPINAL	0	0	0	0	0	0	0	1	1
	33.22	BRONCOSCOPIA FIBROOPTICA	0	0	0	0	0	0	0	1	1
	34.02	TORACOTOMIA EXPLORATORIA	0	0	0	0	0	0	0	1	1
		CHIAPAS	0	0	0	0	0	0	0	0	3
COAHUILA	33.22	BRONCOSCOPIA FIBROOPTICA	0	0	0	0	0	1	0	0	1
		COAHUILA									
DISTRITO FEDERAL	33.22	BRONCOSCOPIA FIBROOPTICA	0	0	0	10	25	16	8	11	70
	34.04	INSERCIÓN DE CATETER INTERCOSTAL PARA DRENAJE	0	0	0	0	2	6	3	0	11
	40.21	EXTIRPACION DE GANGLIO LINFATICO CERVICAL PROFUNDO	0	0	0	3	7	0	1	0	11
	33.24	BIOPSIA CERRADA BRONQUIAL [ENDOSCOPICA]	0	0	0	1	0	0	0	1	2
	33.28	BIOPSIA ABIERTA DE PULMON	0	0	0	0	2	0	0	0	2
	34.02	TORACOTOMIA EXPLORATORIA	0	0	0	0	1	1	0	0	2
	34.24	BIOPSIA PLEURAL	0	0	0	0	1	0	1	0	2
	1.24	OTRAS CRANEOTOMIAS	0	0	0	0	0	0	0	1	1
	31.74	REVISION DE TRAQUEOSTOMIA	0	0	0	0	0	1	0	0	1
	31.75	RECONSTRUCCION DE TRAQUEA Y CONSTRUCCION DE LARINGE ARTIFICIAL	0	0	0	1	0	0	0	0	1
	311X	TRAQUEOSTOMIA TEMPORAL	0	0	0	0	0	0	1	0	1
	32.22	REDUCCION QUIRURGICA DE VOLUMEN PULMONAR	0	0	0	1	0	0	0	0	1
	33.23	OTRA BRONCOSCOPIA	0	0	0	0	0	0	1	0	1
	33.91	DILATACION BRONQUIAL	0	0	0	1	0	0	0	0	1
	34.01	INCISION DE PARED TORACICA	0	0	0	0	0	1	0	0	1
	34.22	MEDIASTINOSCOPIA	0	0	0	0	1	0	0	0	1
	34.23	BIOPSIA DE PARED TORACICA	0	0	0	0	1	0	0	0	1
	37.12	PERICARDIOTOMIA	0	0	0	0	1	0	0	0	1
		DISTRITO FEDERAL	0	0	0	17	41	25	15	13	111

PRINCIPALES CIRUGIAS POR ENTIDAD FEDERATIVA, DIAGNOSTICO SEXO Y GRUPO DE EDAD 2008

EDO. DE MEXICO	33.22	BRONCOSCOPIA FIBROOPTICA	0	0	0	5	16	21	3	14	59	
	34.04	INSERCIÓN DE CATETER INTERCOSTAL PARA DRENAJE	0	0	0	3	7	8	0	3	21	
	33.91	DILATACION BRONQUIAL	0	0	0	0	2	4	0	0	6	
	40.21	EXTIRPACION DE GANGLIO LINFATICO CERVICAL PROFUNDO	0	0	0	1	1	1	1	2	6	
	33.24	BIOPSIA CERRADA BRONQUIAL [ENDOSCOPICA]	0	0	0	0	3	0	0	2	5	
	34.02	TORACOTOMIA EXPLORATORIA	0	0	0	2	0	2	0	0	4	
	34.24	BIOPSIA PLEURAL	0	0	0	0	1	0	2	0	3	
	324X	LOBECTOMIA DE PULMON	0	0	0	0	1	1	0	0	2	
	33.28	BIOPSIA ABIERTA DE PULMON	0	0	0	1	0	1	0	0	2	
	86.28	DESBRIDAMIENTO NO EXCISIONAL DE HERIDA, INFECCION O QUEMADURA	0	0	0	0	0	0	0	0	2	2
	4.12	BIOPSIA ABIERTA DE NERVI O GANGLIO CRANEAL O PERIFERICO	0	0	0	0	1	0	0	0	1	
	6.39	OTRA TIROIDECTOMIA PARCIAL	0	0	0	0	0	1	0	0	1	
	32.22	REDUCCION QUIRURGICA DE VOLUMEN PULMONAR	0	0	0	0	1	0	0	0	1	
	34.09	OTRA INCISION DE PLEURA	0	0	0	0	0	0	0	1	1	
	34.22	MEDIASTINOSCOPIA	0	0	0	0	0	0	0	1	1	
	34.25	BIOPSIA [PERCUTANEA] [AGUJA] CERRADA DE MEDIASTINO	0	0	0	0	1	0	0	0	1	
	34.51	DECORTIZACION DE PULMON	0	0	0	1	0	0	0	0	1	
	83.21	BIOPSIA DE TEJIDO BLANDO	0	0	0	0	0	1	0	0	1	
		EDO. DE MEXICO	0	0	0	13	34	40	6	25	118	
GUANAJUATO	33.22	BRONCOSCOPIA FIBROOPTICA	0	0	0	0	0	0	1	0	1	
		GUANAJUATO	0	0	0	0	0	0	1	0	1	
GUERRERO	33.22	BRONCOSCOPIA FIBROOPTICA	0	0	0	5	4	3	3	3	18	
	31.75	RECONSTRUCCION DE TRAQUEA Y CONSTRUCCION DE LARINGE ARTIFICIAL	0	0	0	1	1	0	0	0	2	
	324X	LOBECTOMIA DE PULMON	0	0	0	1	0	1	0	0	2	
	33.91	DILATACION BRONQUIAL	0	0	0	0	1	0	0	0	1	
	34.02	TORACOTOMIA EXPLORATORIA	0	0	0	0	0	1	0	0	1	
	34.04	INSERCIÓN DE CATETER INTERCOSTAL PARA DRENAJE	0	0	0	0	0	0	0	1	1	
	34.09	OTRA INCISION DE PLEURA	0	0	0	0	0	1	0	0	1	
		GUERRERO	0	0	0	7	6	6	3	4	26	

PRINCIPALES CIRUGIAS POR ENTIDAD FEDERATIVA, DIAGNOSTICO SEXO Y GRUPO DE EDAD 2008

HIDALGO	33.22	BRONCOSCOPIA FIBROOPTICA	0	0	0	0	3	0	1	1	5
	33.91	DILATACION BRONQUIAL	0	0	0	0	2	0	0	0	2
	40.21	EXTIRPACION DE GANGLIO LINFATICO CERVICAL PROFUNDO	0	0	0	0	1	0	0	1	2
	7.8	TIMECTOMIA, NO ESPECIFICADA DE OTRA MANERA	0	0	0	0	0	1	0	0	1
	33.24	BIOPSIA CERRADA BRONQUIAL [ENDOSCOPICA]	0	0	0	0	0	1	0	0	1
	34.04	INSERCIÓN DE CATETER INTERCOSTAL PARA DRENAJE	0	0	0	0	0	1	0	0	1
	34.21	TORACOSCOPIA TRANSPLEURAL	0	0	0	0	0	0	0	1	1
	34.22	MEDIASTINOSCOPIA	0	0	0	0	0	0	1	0	1
		HIDALGO	0	0	0	0	6	3	2	3	14
MICHOACAN	34.04	INSERCIÓN DE CATETER INTERCOSTAL PARA DRENAJE	0	0	0	0	0	1	0	1	2
	33.22	BRONCOSCOPIA FIBROOPTICA	0	0	0	0	0	1	0	0	1
			MICHOACAN	0	0	0	0	0	2	0	1
MORELOS	33.22	BRONCOSCOPIA FIBROOPTICA	0	0	0	0	0	0	1	0	1
	34.23	BIOPSIA DE PARED TORACICA	0	0	0	0	0	0	1	0	1
			MORELOS	0	0	0	0	0	0	2	0
OAXACA	33.22	BRONCOSCOPIA FIBROOPTICA	0	0	0	1	1	0	1	1	4
	34.04	INSERCIÓN DE CATETER INTERCOSTAL PARA DRENAJE	0	0	0	0	0	1	0	0	1
			OAXACA	0	0	0	1	1	1	1	1
PUEBLA	33.22	BRONCOSCOPIA FIBROOPTICA	0	0	0	0	0	1	0	0	1
	33.24	BIOPSIA CERRADA BRONQUIAL [ENDOSCOPICA]	0	0	0	0	0	0	1	0	1
	33.48	OTRAS OPERACIONES DE REPARACION Y PLASTICA SOBRE BRONQUIO	0	0	0	1	0	0	0	0	1
	40.21	EXTIRPACION DE GANGLIO LINFATICO CERVICAL PROFUNDO	0	0	0	0	0	0	1	0	1
			PUEBLA	0	0	0	1	0	1	2	0

PRINCIPALES CIRUGIAS POR ENTIDAD FEDERATIVA, DIAGNOSTICO SEXO Y GRUPO DE EDAD 2008

TABASCO	33.22	BRONCOSCOPIA FIBROOPTICA	0	0	0	1	0	0	0	0	1
		TABASCO	0	0	0	1	0	0	0	0	1
TLAXCALA	33.22	BRONCOSCOPIA FIBROOPTICA	0	0	0	1	0	0	0	0	1
	33.24	BIOPSIA CERRADA BRONQUIAL [ENDOSCOPICA]	0	0	0	0	1	0	0	0	1
	34.04	INSERCIÓN DE CATETER INTERCOSTAL PARA DRENAJE	0	0	0	0	1	0	0	0	1
		TLAXCALA	0	0	0	1	2	0	0	0	3
VERACRUZ	33.22	BRONCOSCOPIA FIBROOPTICA	0	0	0	2	0	1	1	0	4
	33.91	DILATACION BRONQUIAL	0	0	0	1	0	1	0	0	2
	34.04	INSERCIÓN DE CATETER INTERCOSTAL PARA DRENAJE	0	0	0	0	1	0	0	0	1
	34.04	EXTIRPACION DE GANGLIO LINFATICO CERVICAL PROFUNDO	0	0	0	0	0	0	0	1	1
	34.04	VERACRUZ	0	0	0	3	1	2	1	1	8
TOTAL FEMENINO 2008			0	0	0	44	91	81	33	51	300

PRINCIPALES CIRUGIAS POR ENTIDAD FEDERATIVA, DIAGNOSTICO SEXO Y GRUPO DE EDAD 2008

ENTIDAD	CODIGO		MASCULINO								TOTAL MASC
	CODIGO	NOMBRE	0-1	1-4	5-14	15-24	25-44	45-59	60-64	65 o +	
BAJA CALIFORNIA NORTE	33.24	BIOPSIA CERRADA BRONQUIAL [ENDOSCOPICA]	0	0	0	0	0	1	0	0	1
		BAJA CALIFORNIA NORTE									
CHIAPAS	33.22	BRONCOSCOPIA FIBROOPTICA	0	0	0	0	1	0	0	0	1
		CHIAPAS	0	0	0	0	1	0	0	0	1
DISTRITO FEDERAL	33.22	BRONCOSCOPIA FIBROOPTICA	0	0	1	10	64	34	6	18	133
	34.04	INSERCIÓN DE CATETER INTERCOSTAL PARA DRENAJE	0	0	0	2	7	2	2	3	16
	34.02	TORACOTOMIA EXPLORATORIA	0	0	0	0	2	4	1	1	8
	40.21	EXTIRPACION DE GANGLIO LINFATICO CERVICAL PROFUNDO	0	0	0	1	2	1	1	3	8
	33.24	BIOPSIA CERRADA BRONQUIAL [ENDOSCOPICA]	0	0	0	1	1	1	0	0	3
	34.51	DECORTIZACION DE PULMON	0	0	0	0	3	0	0	0	3
	33.26	BIOPSIA [PERCUTANEA] CERRADA [AGUJA] DE PULMON	0	0	0	0	0	1	0	1	2
	34.22	MEDIASTINOSCOPIA	0	0	0	0	2	0	0	0	2
	34.24	BIOPSIA PLEURAL	0	0	0	0	0	1	0	1	2
	3.09	OTRA EXPLORACION Y DESCOMPRESION DEL CONDUCTO ESPINAL	0	0	0	0	0	1	0	0	1
	311X	TRAQUEOSTOMIA TEMPORAL	0	0	0	0	0	1	0	0	1
	329X	OTRA EXCISION DE PULMON	0	0	0	0	0	1	0	0	1
	33.28	BIOPSIA ABIERTA DE PULMON	0	0	0	0	0	0	0	1	1
	33.91	DILATACION BRONQUIAL	0	0	0	0	0	1	0	0	1
	34.05	CREACION DE DERIVACION PLEUROPERITONEAL	0	0	0	0	0	1	0	0	1
	34.26	BIOPSIA ABIERTA MEDIASTINICA	0	0	0	0	0	0	0	1	1
	34.73	CIERRE DE OTRA FISTULA DE TORAX	0	0	0	1	0	0	0	0	1
	34.84	OTRA REPARACION DE DIAFRAGMA	0	0	0	0	0	0	0	1	1
	42.11	ESOFAGOSTOMIA CERVICAL	0	0	0	0	0	1	0	0	1
	53.81	PLICATURA DE DIAFRAGMA	0	0	0	0	0	1	0	0	1
	54.12	REAPERTURA DE LAPARATOMIA RECIENTE	0	0	0	0	1	0	0	0	1
96.05	OTRA INTUBACION DEL TRACTO RESPIRATORIO	0	0	0	0	1	0	0	0	1	
	DISTRITO FEDERAL	0	0	1	15	83	51	10	30	190	

PRINCIPALES CIRUGIAS POR ENTIDAD FEDERATIVA, DIAGNOSTICO SEXO Y GRUPO DE EDAD 2008

EDO. DE MEXICO	33.22	BRONCOSCOPIA FIBROOPTICA	0	0	0	18	34	25	6	23	106
	34.04	INSERCIÓN DE CATETER INTERCOSTAL PARA DRENAJE	0	0	0	3	7	4	1	3	18
	34.24	BIOPSIA PLEURAL	0	0	0	1	3	2	1	2	9
	33.28	BIOPSIA ABIERTA DE PULMON	0	0	0	0	0	1	1	2	4
	33.91	DILATACION BRONQUIAL	0	0	0	4	0	0	0	0	4
	33.24	BIOPSIA CERRADA BRONQUIAL [ENDOSCOPICA]	0	0	0	0	0	3	0	0	3
	34.02	TORACOTOMIA EXPLORATORIA	0	0	0	0	2	0	1	0	3
	34.22	MEDIASTINOSCOPIA	0	0	0	0	2	1	0	0	3
	40.21	EXTIRPACION DE GANGLIO LINFATICO CERVICAL PROFUNDO	0	0	0	0	2	0	0	1	3
	34.51	DECORTIZACION DE PULMON	0	0	0	1	1	0	0	0	2
	343X	EXCISION O DESTRUCCION DE LESION O TEJIDO DE MEDIASTINO	0	0	0	0	1	1	0	0	2
	31.74	REVISION DE TRAQUEOSTOMIA	0	0	0	0	1	0	0	0	1
	31.75	RECONSTRUCCION DE TRAQUEA Y CONSTRUCCION DE LARINGE ARTIFICIAL	0	0	0	0	0	0	0	1	1
	323X	RESECCION SEGMENTARIA DE PULMON	0	0	0	0	0	1	0	0	1
	96.05	OTRA INTUBACION DEL TRACTO RESPIRATORIO	0	0	0	1	0	0	0	0	1
	EDO. DE MEXICO	0	0	0	28	53	38	10	32	161	
GUANAJUATO	324X	LOBECTOMIA DE PULMON	0	0	0	0	2	0	0	0	2
	86.04	OTRA INCISION CON DRENAJE DE PIEL Y TEJIDO SUBCUTANEO	0	0	0	0	0	0	0	1	1
		GUANAJUATO	0	0	0	0	2	0	0	1	3
GUERRERO	33.22	BRONCOSCOPIA FIBROOPTICA	0	0	0	1	0	3	0	1	5
	33.91	DILATACION BRONQUIAL	0	0	0	0	0	3	0	0	3
	34.22	MEDIASTINOSCOPIA	0	0	0	0	1	1	0	0	2
	40.21	EXTIRPACION DE GANGLIO LINFATICO CERVICAL PROFUNDO	0	0	0	1	0	0	0	0	1
	97.37	EXTRACCION DE TUBO DE TRAQUEOSTOMIA	0	0	0	0	1	0	0	0	1
		GUERRERO	0	0	0	2	2	7	0	1	12

PRINCIPALES CIRUGIAS POR ENTIDAD FEDERATIVA, DIAGNOSTICO SEXO Y GRUPO DE EDAD 2008

HIDALGO	33.22	BRONCOSCOPIA FIBROOPTICA	0	0	0	0	2	1	3	2	8
	311X	TRAQUEOSTOMIA TEMPORAL	0	0	0	0	0	0	1	0	1
	34.02	TORACOTOMIA EXPLORATORIA	0	0	0	0	0	0	1	0	1
	34.04	INSERCIÓN DE CATETER INTERCOSTAL PARA DRENAJE	0	0	0	0	0	1	0	0	1
		HIDALGO	0	0	0	0	2	2	5	2	11
MICHUACAN	33.22	BRONCOSCOPIA FIBROOPTICA	0	0	0	0	1	0	1	1	3
		MICHUACAN	0	0	0	0	1	0	1	1	3
MORELOS	33.22	BRONCOSCOPIA FIBROOPTICA	0	0	0	1	1	0	0	0	2
		MORELOS	0	0	0	1	1	0	0	0	2
OAXACA	33.22	BRONCOSCOPIA FIBROOPTICA	0	0	0	1	2	0	1	2	6
	34.51	DECORTIZACION DE PULMON	0	0	0	0	1	0	1	0	2
	31.71	SUTURA DE LACERACION DE TRAQUEA	0	0	0	0	1	0	0	0	1
	33.91	DILATACION BRONQUIAL	0	0	0	0	1	0	0	0	1
	40.21	EXTIRPACION DE GANGLIO LINFATICO CERVICAL PROFUNDO	0	0	0	0	0	0	0	1	1
		OAXACA	0	0	0	1	5	0	2	3	11
PUEBLA	33.22	BRONCOSCOPIA FIBROOPTICA	0	0	0	0	2	4	1	0	7
		PUEBLA	0	0	0	0	2	4	1	0	7

PRINCIPALES CIRUGIAS POR ENTIDAD FEDERATIVA, DIAGNOSTICO SEXO Y GRUPO DE EDAD 2008

TABASCO	31.99	OTRAS OPERACIONES SOBRE TRAQUEA	0	0	0	0	1	0	0	0	1
		TABASCO	0	0	0	0	1	0	0	0	1
TAMAULIPAS	34.51	DECORTIZACION DE PULMON	0	0	0	0	0	1	0	0	1
		TAMAULIPAS									
TLAXCALA	33.22	BRONCOSCOPIA FIBROOPTICA	0	0	0	0	1	0	0	0	1
		TLAXCALA	0	0	0	0	1	0	0	0	1
VERACRUZ	33.22	BRONCOSCOPIA FIBROOPTICA	0	0	0	0	1	0	0	2	3
	34.04	INSERCIÓN DE CATETER INTERCOSTAL PARA DRENAJE	0	0	0	0	0	0	1	0	1
	34.22	MEDIASTINOSCOPIA	0	0	0	0	0	1	0	0	1
		VERACRUZ	0	0	0	0	1	1	1	2	5
YUCATAN	33.22	BRONCOSCOPIA FIBROOPTICA	0	0	0	0	0	1	0	0	1
		YUCATAN	0	0	0	0	0	1	0	0	1
TOTAL MASCULINO 2008			0	0	1	47	155	106	30	72	411



En el 2008 nuevamente la broncoscopia fibrooptica ocupa el primer lugar con 440 procedimientos realizados (165 femeninos y 274 masculinos) sigue la inserción de catéter intercostal para drenaje con 78 cirugías y la extirpación de ganglio linfático cervical profundo con 35 cirugías, continua la dilatación bronquial y la toracotomia exploratoria con 21 y 20 procedimientos realizados respectivamente. La proporción entre sexos es de 300 acciones realizadas en mujeres (42.19%) y 411 en hombres (57.81%).

Por entidad federativa el Distrito Federal con 301 cirugías o procedimientos (42.33%) y el Estado de México con 279 (39.24%) acumulan el 81.57 % del total pero, aunado al Estado de Guerrero, Hidalgo y Oaxaca, entre estas 5 entidades se realizan el 92.67 % de las cirugías en el año (385 hombres y 274 mujeres).



CIRUGÍAS Y PROCEDIMIENTOS 2009

30 PRINCIPALES CIRUGÍAS DE NEUMOLOGÍA 2009

CODIGO	NOMBRE	0-1		1-4		5-14		15-24		25-44		45-59		60-64		65 o +		TOTAL	TOTAL	TOTAL
		Fem	Masc	Fem	Masc	Fem	Masc	Fem	Masc	Fem	Masc	Fem	Masc	Fem	Masc	Fem	Masc	FEM	MASC	GRAL
33.22	BRONCOSCOPIA FIBROPTICA	4	4	1	0	1	3	11	27	61	101	68	68	26	13	56	66	228	282	510
34.04	INSERCCION DE CATETER INTERCOSTAL PARA DRENAJE	0	0	0	0	0	2	0	5	11	7	10	7	1	3	5	9	27	33	60
34.02	TORACOTOMIA EXPLORATORIA	1	0	0	0	2	0	0	8	1	6	4	9	1	2	1	1	10	26	36
40.21	EXTIRPACION DE GANGLIO LINFATICO CERVICAL PROFUNDO	0	0	0	0	0	0	2	1	3	2	6	1	1	1	5	3	17	8	25
33.28	BIOPSIA ABIERTA DE PULMON	0	0	0	0	0	0	0	2	4	1	5	2	1	1	2	0	12	6	18
34.51	DECORTIZACION DE PULMON	0	0	0	0	0	1	0	1	2	4	1	2	0	0	1	3	4	11	15
33.91	DILATAACION BRONQUIAL	0	0	0	0	0	0	3	3	2	0	3	1	0	0	0	2	8	6	14
34.22	MEDIASTINOSCOPIA	0	0	0	0	0	0	1	0	1	2	1	5	0	0	1	1	4	8	12
34.24	BIOPSIA PLEURAL	0	0	0	0	0	0	0	1	0	2	4	1	0	0	0	3	4	7	11
34.21	TORACOSCOPIA TRANSPLEURAL	0	0	0	0	0	0	0	0	1	2	2	0	0	0	1	1	3	4	7
31.74	REVISION DE TRAQUEOSTOMIA	0	0	0	0	0	0	1	0	2	0	1	0	0	0	0	0	4	0	4
311X	TRAQUEOSTOMIA TEMPORAL	0	0	0	0	0	0	1	0	1	0	1	0	0	0	0	1	3	1	4
34.26	BIOPSIA ABIERTA MEDIASTINICA	0	0	0	0	0	0	0	2	0	1	0	1	0	0	0	0	0	4	4
97.49	EXTRACCION DE OTRO DISPOSITIVO DE TORAX	0	0	0	0	0	0	0	2	0	1	0	1	0	0	0	0	0	4	4
7.82	EXTIRPACION TOTAL DE TIMO	0	0	0	0	0	0	0	1	2	0	0	0	0	0	0	0	2	1	3
31.42	LARINGOSCOPIA Y OTRA TRAQUEOSCOPIA	0	0	0	0	0	0	1	1	0	0	0	0	0	0	0	1	1	2	3
33.26	BIOPSIA [PERCUTANEA] CERRADA [AGUJA] DE PULMON	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	1	1	0	1	2	3
31.71	SUTURA DE LACERACION DE TRAQUEA	0	0	0	0	0	0	0	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2	2
31.75	RECONSTRUCCION DE TRAQUEA Y CONSTRUCCION DE LARINGE ARTIFICIAL	0	0	0	0	0	0	0	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2	2
34.29	OTROS PROCEDIMIENTOS DIAGNOSTICOS SOBRE MEDIASTINO	0	0	0	0	0	0	0	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2	2
34.79	OTRA REPARACION SOBRE DIAFRAGMA	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	1	0	0	0	0	0	1	1	2
99.25	INYECCION O INFUSION DE SUSTANCIA QUIMIOTERAPEUTICA CONTRA CANCER	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	1	0	0	0	0	1	1	2
31.21	TRAQUEOSTOMIA MEDIASTINICA	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	1
31.29	OTRA TRAQUEOSTOMIA PERMANENTE	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	1	1
31.79	OTRAS OPERACIONES DE RECONSTRUCCION Y PLASTICA SOBRE TRAQUEA	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	1	0	1
32.2	EXCCISION DE LESION O TEJIDO PULMONAR	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	1	0	1
32.22	REDUCCION QUIRURGICA DE VOLUMEN PULMONAR	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	1	1
33.42	CIERRE DE FISTULA BRONQUIAL	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	1	0	1
33.48	OTRAS OPERACIONES DE REPARACION Y PLASTICA SOBRE BRONQUIO	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	1
34.03	REAPERTURA A TRAVES DE TORACOTOMIA RECIENTE	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	1	0	1
	OTROS	0	0	0	0	0	0	0	0	6	5	5	2	1	1	2	3	14	11	25
	TOTAL DE CIRUGIAS DEL 2009	5	4	1	0	3	6	23	62	97	134	115	103	31	22	75	95	350	426	776

PRINCIPALES CIRUGIAS POR ENTIDAD FEDERATIVA, DIAGNOSTICO SEXO Y GRUPO DE EDAD 2009

ENTIDAD	CODIGO	CODIGO NOMBRE	FEMENINO								TOTAL FEM
			0-1	1-4	5-14	15-24	25-44	45-59	60-64	65 o +	
DISTRITO FEDERAL	33.22	BRONCOSCOPIA FIBROOPTICA	1	0	1	1	20	34	8	26	91
	34.04	INSERCIÓN DE CATETER INTERCOSTAL PARA DRENAJE	0	0	0	0	2	4	0	2	8
	33.28	BIOPSIA ABIERTA DE PULMON	0	0	0	0	2	0	1	1	4
	31.74	REVISIÓN DE TRAQUEOSTOMIA	0	0	0	0	2	1	0	0	3
	33.91	DILATACION BRONQUIAL	0	0	0	0	1	2	0	0	3
	34.02	TORACOTOMIA EXPLORATORIA	0	0	1	0	0	1	0	1	3
	40.21	EXTIRPACION DE GANGLIO LINFATICO CERVICAL PROFUNDO	0	0	0	0	0	1	0	1	2
	7.82	EXTIRPACION TOTAL DE TIMO	0	0	0	0	1	0	0	0	1
	34.09	OTRA INCISION DE PLEURA	0	0	0	0	1	0	0	0	1
	34.21	TORACOSCOPIA TRANSPLEURAL	0	0	0	0	0	1	0	0	1
	34.22	MEDIASTINOSCOPIA	0	0	0	0	1	0	0	0	1
	34.79	OTRA REPARACION SOBRE DIAFRAGMA	0	0	0	0	0	1	0	0	1
	38.59	LIGADURA Y EXTIRPACION DE VENAS VARICOSAS, VENAS DE MIEMBROS INFERIORES	0	0	0	0	0	1	0	0	1
			DISTRITO FEDERAL	1	0	2	1	30	46	9	31

PRINCIPALES CIRUGIAS POR ENTIDAD FEDERATIVA, DIAGNOSTICO SEXO Y GRUPO DE EDAD 2009

EDO. DE MEXICO	33.22	BRONCOSCOPIA FIBROOPTICA	2	0	0	5	34	22	11	17	91
	34.04	INSERCIÓN DE CATETER INTERCOSTAL PARA DRENAJE	0	0	0	0	8	6	0	1	15
	40.21	EXTIRPACION DE GANGLIO LINFATICO CERVICAL PROFUNDO	0	0	0	2	2	3	0	3	10
	33.28	BIOPSIA ABIERTA DE PULMON	0	0	0	0	2	5	0	0	7
	34.02	TORACOTOMIA EXPLORATORIA	1	0	1	0	1	3	1	0	7
	34.24	BIOPSIA PLEURAL	0	0	0	0	0	3	0	0	3
	34.51	DECORTIZACION DE PULMON	0	0	0	0	1	1	0	1	3
	311X	TRAQUEOSTOMIA TEMPORAL	0	0	0	1	1	0	0	0	2
	33.91	DILATACION BRONQUIAL	0	0	0	0	1	1	0	0	2
	34.21	TORACOSCOPIA TRANSPLEURAL	0	0	0	0	0	1	0	1	2
	34.22	MEDIASTINOSCOPIA	0	0	0	0	0	1	0	1	2
	7.82	EXTIRPACION TOTAL DE TIMO	0	0	0	0	1	0	0	0	1
	31.79	OTRAS OPERACIONES DE RECONSTRUCCION Y PLASTICA SOBRE TRAQUEA	0	0	0	0	0	1	0	0	1
	32.2	EXCISION DE LESION O TEJIDO PULMONAR	0	0	0	0	0	1	0	0	1
	33.26	BIOPSIA [PERCUTANEA] CERRADA [AGUJA] DE PULMON	0	0	0	0	0	0	0	1	1
	33.42	CIERRE DE FISTULA BRONQUIAL	0	0	0	0	1	0	0	0	1
	33.48	OTRAS OPERACIONES DE REPARACION Y PLASTICA SOBRE BRONQUIO	0	0	0	1	0	0	0	0	1
	34.91	TORACOCENTESIS	0	0	0	0	1	0	0	0	1
	37.12	PERICARDIOTOMIA	0	0	0	0	0	1	0	0	1
	40.11	BIOPSIA DE ESTRUCTURA LINFATICA	0	0	0	0	0	0	0	1	1
	53.8	REPARACION DE HERNIA DIAFRAGMATICA CON ACCESO TORACICO, NO ESPECIFICADA DE OTRA MANERA	0	0	0	0	1	0	0	0	1
77.81	OTRA OSTECTOMIA, EXERESIS O EXCISION OSEA PARCIAL ESCAPULA, CLAVICULA Y TORAX [COSTILLAS Y ESTERNON]	0	0	0	0	1	0	0	0	1	
86.11	BIOPSIA DE PIEL Y TEJIDO SUBCUTANEO	0	0	0	0	0	1	0	0	1	
31.29	OTRA TRAQUEOSTOMIA PERMANENTE	0	0	0	0	1	0	0	0	1	
31.75	RECONSTRUCCION DE TRAQUEA Y CONSTRUCCION DE LARINGE ARTIFICIAL	0	0	0	0	0	0	0	1	1	
	EDO. DE MEXICO		3	0	1	9	56	50	12	27	158
GUANAJUATO	33.22	BRONCOSCOPIA FIBROOPTICA	1	0	0	0	0	0	2	1	4
	40.21	EXTIRPACION DE GANGLIO LINFATICO CERVICAL PROFUNDO	0	0	0	0	0	0	1	0	1
		GUANAJUATO		1	0	0	0	0	3	1	5

PRINCIPALES CIRUGIAS POR ENTIDAD FEDERATIVA, DIAGNOSTICO SEXO Y GRUPO DE EDAD 2009

GUERRERO	33.22	BRONCOSCOPIA FIBROOPTICA	0	1	0	2	3	3	0	1	10
	33.91	DILATACION BRONQUIAL	0	0	0	3	0	0	0	0	3
	31.21	TRAQUEOSTOMIA MEDIASTINICA	0	0	0	1	0	0	0	0	1
	31.42	LARINGOSCOPIA Y OTRA TRAQUEOSCOPIA	0	0	0	1	0	0	0	0	1
	31.74	REVISION DE TRAQUEOSTOMIA	0	0	0	1	0	0	0	0	1
	34.03	REAPERTURA A TRAVES DE TORACOTOMIA RECIENTE	0	0	0	0	0	1	0	0	1
	40.21	EXTIRPACION DE GANGLIO LINFATICO CERVICAL PROFUNDO	0	0	0	0	1	0	0	0	1
		GUERRERO	0	1	0	8	4	4	0	1	18
HIDALGO	33.22	BRONCOSCOPIA FIBROOPTICA	0	0	0	0	1	0	0	5	6
	40.21	EXTIRPACION DE GANGLIO LINFATICO CERVICAL PROFUNDO	0	0	0	0	0	0	0	1	1
			HIDALGO	0	0	0	0	1	0	0	6
MICHOACAN	33.22	BRONCOSCOPIA FIBROOPTICA	0	0	0	0	0	2	0	1	3
	40.21	EXTIRPACION DE GANGLIO LINFATICO CERVICAL PROFUNDO	0	0	0	0	0	2	0	0	2
	34.22	MEDIASTINOSCOPIA	0	0	0	1	0	0	0	0	1
			MICHOACAN	0	0	0	1	0	4	0	1
MORELOS	34.04	INSERCIÓN DE CATETER INTERCOSTAL PARA DRENAJE	0	0	0	0	0	1	0	0	1
			MORELOS	0	0	0	0	0	1	0	0
OAXACA	33.22	BRONCOSCOPIA FIBROOPTICA	0	0	0	0	2	1	0	1	4
	33.28	BIOPSIA ABIERTA DE PULMON	0	0	0	0	0	0	0	1	1
			OAXACA	0	0	0	0	2	1	0	2
PUEBLA	33.22	BRONCOSCOPIA FIBROOPTICA	0	0	0	1	0	2	5	2	10
			PUEBLA	0	0	0	1	0	2	5	2

PRINCIPALES CIRUGIAS POR ENTIDAD FEDERATIVA, DIAGNOSTICO SEXO Y GRUPO DE EDAD 2009

QUERETARO	33.22	BRONCOSCOPIA FIBROOPTICA	0	0	0	0	1	0	1	0	2
	34.04	INSERCIÓN DE CATETER INTERCOSTAL PARA DRENAJE	0	0	0	0	0	0	1	0	1
		QUERETARO	0	0	0	0	1	0	2	0	3
QUINTANA ROO	33.28	BIOPSIA ABIERTA DE PULMON	0	0	0	0	0	1	0	0	1
	34.24	BIOPSIA PLEURAL	0	0	0	0	0	1	0	0	1
		QUINTANA ROO	0	0	0	0	0	2	0	0	2
SAN LUIS POTOSI	33.22	BRONCOSCOPIA FIBROOPTICA	0	0	0	0	0	1	0	0	1
		SAN LUIS POTOSI	0	0	0	0	0	1	0	0	1
TLAXCALA	33.22	BRONCOSCOPIA FIBROOPTICA	0	0	0	0	1	2	0	0	3
	311X	TRAQUEOSTOMIA TEMPORAL	0	0	0	0	0	1	0	0	1
	34.51	DECORTIZACION DE PULMON	0	0	0	0	1	0	0	0	1
	99.25	INYECCION O INFUSION DE SUSTANCIA QUIMIOTERAPEUTICA CONTRA CANCER	0	0	0	1	0	0	0	0	1
		TLAXCALA	0	0	0	1	2	3	0	0	6
VERACRUZ	33.22	BRONCOSCOPIA FIBROOPTICA	0	0	0	2	0	1	0	2	5
	34.04	INSERCIÓN DE CATETER INTERCOSTAL PARA DRENAJE	0	0	0	0	0	0	0	2	2
		VERACRUZ	0	0	0	2	0	1	0	4	7
ZACATECAS	34.04	INSERCIÓN DE CATETER INTERCOSTAL PARA DRENAJE	0	0	0	0	1	0	0	0	1
		ZACATECAS	0	0	0	0	1	0	0	0	1
TOTAL CIRUGIAS FEMENINO 2009			5	1	3	23	97	115	31	75	350

PRINCIPALES CIRUGIAS POR ENTIDAD FEDERATIVA, DIAGNOSTICO SEXO Y GRUPO DE EDAD 2009

ENTIDAD	CODIGO	NOMBRE	MASCULINO								TOTAL MASC
			0-1	1-4	5-14	15-24	25-44	45-59	60-64	65 o +	
DISTRITO FEDERAL	33.22	BRONCOSCOPIA FIBROOPTICA	1	0	1	8	45	24	5	29	113
	34.04	INSERCIÓN DE CATETER INTERCOSTAL PARA DRENAJE	0	0	0	1	4	1	2	4	12
	34.02	TORACOTOMIA EXPLORATORIA	0	0	0	5	1	3	1	1	11
	34.51	DECORTIZACIÓN DE PULMON	0	0	0	1	2	1	0	1	5
	34.22	MEDIASTINOSCOPIA	0	0	0	0	2	1	0	1	4
	34.24	BIOPSIA PLEURAL	0	0	0	0	2	0	0	2	4
	40.21	EXTIRPACION DE GANGLIO LINFATICO CERVICAL PROFUNDO	0	0	0	1	1	1	0	1	4
	34.21	TORACOSCOPIA TRANSPLEURAL	0	0	0	0	1	1	0	0	2
	34.29	OTROS PROCEDIMIENTOS DIAGNOSTICOS SOBRE MEDIASTINO	0	0	0	2	0	0	0	0	2
	31.71	SUTURA DE LACERACION DE TRAQUEA	0	0	0	1	0	0	0	0	1
	31.75	RECONSTRUCCION DE TRAQUEA Y CONSTRUCCION DE LARINGE ARTIFICIAL	0	0	0	1	0	0	0	0	1
	32.22	REDUCCION QUIRURGICA DE VOLUMEN PULMONAR	0	0	0	0	1	0	0	0	1
	33.28	BIOPSIA ABIERTA DE PULMON	0	0	0	0	0	0	1	0	1
	33.91	DILATACION BRONQUIAL	0	0	0	0	0	1	0	0	1
	34.23	BIOPSIA DE PARED TORACICA	0	0	0	0	1	0	0	0	1
	34.26	BIOPSIA ABIERTA MEDIASTINICA	0	0	0	1	0	0	0	0	1
	34.79	OTRA REPARACION SOBRE DIAFRAGMA	0	0	0	1	0	0	0	0	1
	86.22	DESBRIDAMIENTO EXCISIONAL DE HERIDA, INFECCION O QUEMADURA	0	0	0	0	1	0	0	0	1
97.49	EXTRACCION DE OTRO DISPOSITIVO DE TORAX	0	0	0	0	1	0	0	0	1	
	DISTRITO FEDERAL		1	0	1	22	62	33	9	39	167
EDO. DE MEXICO	33.22	BRONCOSCOPIA FIBROOPTICA	3	0	2	11	43	25	7	24	115
	34.04	INSERCIÓN DE CATETER INTERCOSTAL PARA DRENAJE	0	0	2	3	3	3	1	3	15
	34.02	TORACOTOMIA EXPLORATORIA	0	0	0	1	5	5	0	0	11
	33.28	BIOPSIA ABIERTA DE PULMON	0	0	0	2	1	1	0	0	4
	34.51	DECORTIZACIÓN DE PULMON	0	0	1	0	1	1	0	1	4
	34.24	BIOPSIA PLEURAL	0	0	0	1	0	1	0	1	3
	40.21	EXTIRPACION DE GANGLIO LINFATICO CERVICAL PROFUNDO	0	0	0	0	1	0	0	2	3
	33.26	BIOPSIA [PERCUTANEA] CERRADA [AGUJA] DE PULMON	0	0	0	1	0	0	1	0	2
	33.91	DILATACION BRONQUIAL	0	0	0	0	0	0	0	2	2
	34.21	TORACOSCOPIA TRANSPLEURAL	0	0	0	0	0	1	0	1	2
	34.22	MEDIASTINOSCOPIA	0	0	0	0	0	2	0	0	2
	34.26	BIOPSIA ABIERTA MEDIASTINICA	0	0	0	1	0	1	0	0	2
	97.49	EXTRACCION DE OTRO DISPOSITIVO DE TORAX	0	0	0	2	0	0	0	0	2
	7.82	EXTIRPACION TOTAL DE TIMO	0	0	0	1	0	0	0	0	1
	31.29	OTRA TRAQUEOSTOMIA PERMANENTE	0	0	0	0	0	0	0	1	1
	31.42	LARINGOSCOPIA Y OTRA TRAQUEOSCOPIA	0	0	0	0	0	0	0	1	1
	31.75	RECONSTRUCCION DE TRAQUEA Y CONSTRUCCION DE LARINGE ARTIFICIAL	0	0	0	1	0	0	0	0	1
	343X	EXCISION O DESTRUCCION DE LESION O TEJIDO DE MEDIASTINO	0	0	0	0	1	0	0	0	1
	97.37	EXTRACCION DE TUBO DE TRAQUEOSTOMIA	0	0	0	0	0	0	0	1	1
	31.79	OTRAS OPERACIONES DE RECONSTRUCCION Y PLASTICA SOBRE TRAQUEA	0	0	0	0	1	0	0	0	1
37.12	PERICARDIOTOMIA	0	0	0	0	0	0	1	0	1	
	EDO. DE MEXICO		3	0	5	24	56	40	10	37	175

PRINCIPALES CIRUGIAS POR ENTIDAD FEDERATIVA, DIAGNOSTICO SEXO Y GRUPO DE EDAD 2009

GUANAJUATO	33.22	BRONCOSCOPIA FIBROOPTICA	0	0	0	0	1	0	0	0	1
		GUANAJUATO	0	0	0	0	1	0	0	0	1
GUERRERO	33.22	BRONCOSCOPIA FIBROOPTICA	0	0	0	0	1	6	2	2	11
	34.02	TORACOTOMIA EXPLORATORIA	0	0	0	2	0	0	0	0	2
	311X	TRAQUEOSTOMIA TEMPORAL	0	0	0	0	0	0	0	1	1
	34.04	INSERCIÓN DE CATETER INTERCOSTAL PARA DRENAJE	0	0	0	0	0	1	0	0	1
	97.49	EXTRACCIÓN DE OTRO DISPOSITIVO DE TORAX	0	0	0	0	0	1	0	0	1
		GUERRERO	0	0	0	2	1	8	2	3	16
HIDALGO	33.22	BRONCOSCOPIA FIBROOPTICA	0	0	0	1	1	4	0	1	7
	34.02	TORACOTOMIA EXPLORATORIA	0	0	0	0	0	0	1	0	1
	34.04	INSERCIÓN DE CATETER INTERCOSTAL PARA DRENAJE	0	0	0	0	0	1	0	0	1
	34.22	MEDIASTINOSCOPIA	0	0	0	0	0	1	0	0	1
	34.51	DECORTIZACIÓN DE PULMON	0	0	0	0	1	0	0	0	1
	57.32	OTRA CISTOSCOPIA	0	0	0	0	0	0	0	1	1
		HIDALGO	0	0	0	1	2	6	1	2	12
MICHOACAN	33.22	BRONCOSCOPIA FIBROOPTICA	0	0	0	0	1	3	0	3	7
	34.02	TORACOTOMIA EXPLORATORIA	0	0	0	0	1	0	0	0	1
		MICHOACAN	0	0	0	0	2	3	0	3	8
MORELOS	33.22	BRONCOSCOPIA FIBROOPTICA	0	0	0	0	2	0	0	1	3
		MORELOS	0	0	0	0	2	0	0	1	3
OAXACA	33.22	BRONCOSCOPIA FIBROOPTICA	0	0	0	0	4	0	1	1	6
	40.21	EXTIRPACIÓN DE GANGLIO LINFÁTICO CERVICAL PROFUNDO	0	0	0	0	0	0	1	0	1
		OAXACA	0	0	0	0	4	0	2	1	7

PRINCIPALES CIRUGIAS POR ENTIDAD FEDERATIVA, DIAGNOSTICO SEXO Y GRUPO DE EDAD 2009

PUEBLA	33.22	BRONCOSCOPIA FIBROOPTICA	0	0	0	0	0	3	0	2	5
	34.04	INSERCIÓN DE CATETER INTERCOSTAL PARA DRENAJE	0	0	0	1	0	0	0	2	3
	34.02	TORACOTOMIA EXPLORATORIA	0	0	0	0	0	1	0	0	1
	34.22	MEDIASTINOSCOPIA	0	0	0	0	0	1	0	0	1
	99.25	INYECCIÓN O INFUSIÓN DE SUSTANCIA QUIMIOTERAPEUTICA CONTRA CANCER	0	0	0	0	0	1	0	0	1
		PUEBLA		0	0	0	1	0	6	0	4
QUINTANA ROO	33.22	BRONCOSCOPIA FIBROOPTICA	0	0	0	0	0	1	0	0	1
		QUINTANA ROO		0	0	0	0	0	1	0	1
TABASCO	33.22	BRONCOSCOPIA FIBROOPTICA	0	0	0	0	1	0	0	0	1
		TABASCO		0	0	0	0	1	0	0	1
VERACRUZ	33.22	BRONCOSCOPIA FIBROOPTICA	0	0	0	7	2	1	0	3	13
	33.91	DILATACION BRONQUIAL	0	0	0	3	0	0	0	0	3
	31.42	LARINGOSCOPIA Y OTRA TRAQUEOSCOPIA	0	0	0	1	0	0	0	0	1
	31.71	SUTURA DE LACERACION DE TRAQUEA	0	0	0	1	0	0	0	0	1
	33.28	BIOPSIA ABIERTA DE PULMON	0	0	0	0	0	1	0	0	1
	34.26	BIOPSIA ABIERTA MEDIASTINICA	0	0	0	0	1	0	0	0	1
	34.51	DECORTIZACION DE PULMON	0	0	0	0	0	0	0	1	1
		VERACRUZ		0	0	0	12	3	2	0	4
ZACATECAS	33.22	BRONCOSCOPIA FIBROOPTICA	0	0	0	0	0	2	0	0	2
	34.04	INSERCIÓN DE CATETER INTERCOSTAL PARA DRENAJE	0	0	0	0	0	1	0	0	1
		ZACATECAS		0	0	0	0	0	3	0	3
TOTAL CIRUGIAS MASCULINO 2009			4	0	6	62	134	102	24	94	426



En el 2009 la broncoscopia fibrooptica tiene 510 eventos reportados que corresponden al 65.72% de las acciones realizadas, la inserción de catéter intercostal para drenaje con 60 cirugías tiene el 7.73 %; la toracotomía exploratoria con 36 cirugías le corresponden el 4.64 % y la extirpación de ganglio linfático cervical profundo el 3.22 % con 25 cirugías. Se realizaron 776 cirugías de las cuales 350 fueron en mujeres (45.1%) y 426 en hombres (54.9%).

Por entidad federativa el 90.45 % de las cirugías corresponden al Estado de México (42.81%), al Distrito Federal (36.78%), a Guerrero (4.45%), Veracruz (3.66%) y a Puebla (2.75%) quedando el restante 9.55 % para las demás entidades federativas.



CIRUGÍAS Y PROCEDIMIENTOS DE NEUMOLOGÍA ACUMULADO 2007 2009

30 PRINCIPALES CIRUGÍAS DE NEUMOLOGÍA 2007 2009

N°	CODIGO	NOMBRE	0-1		1-4		5-14		15-24		25-44		45-59		60-64		65 o +		TOTAL	TOTAL	TOTAL
			Fem	Masc	Fem	Masc	Fem	Masc	Fem	Masc	Fem	Masc	Fem	Masc	Fem	Masc	Fem	Masc	FEM	MASC	GRAL
1	33.22	BRONCOSCOPIA FIBROOPTICA	4	4	3	0	3	4	41	97	159	312	153	202	63	46	123	164	549	829	1378
2	34.04	INSERCIÓN DE CATETER INTERCOSTAL PARA DRENAJE	0	0	0	0	0	2	3	12	30	29	44	21	11	7	15	19	103	90	193
3	40.21	EXTIRPACION DE GANGLIO LINFATICO CERVICAL PROFUNDO	0	0	0	0	0	0	8	5	18	6	7	4	6	7	11	10	50	32	82
4	34.02	TORACOTOMIA EXPLORATORIA	1	0	0	0	2	0	4	8	7	10	12	13	1	5	2	6	29	42	71
5	34.22	MEDIASTINOSCOPIA	0	0	0	0	0	0	3	0	4	14	5	13	1	0	2	3	15	30	45
6	33.91	DILATACION BRONQUIAL	0	0	0	0	0	0	5	7	9	1	8	7	0	0	0	2	22	17	39
7	33.28	BIOPSIA ABIERTA DE PULMON	0	0	0	0	0	0	1	2	11	5	6	3	1	2	2	3	21	15	36
8	34.51	DECORTIZACION DE PULMON	0	0	0	0	0	1	1	2	4	11	1	5	0	1	1	5	7	25	32
9	34.24	BIOPSIA PLEURAL	0	0	0	0	0	0	2	2	7	4	6	3	1	0	6	9	22	31	
10	33.24	BIOPSIA CERRADA BRONQUIAL [ENDOSCOPICA]	0	0	0	0	0	0	1	1	4	1	1	5	1	0	3	0	10	7	17
11	324X	LOBECTOMIA DE PULMON	0	0	0	0	0	0	1	0	2	4	4	0	0	2	0	0	7	6	13
12	34.21	TORACOSCOPIA TRANSPLEURAL	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	2	2	0	0	1	3	3	6	9
13	31.75	RECONSTRUCCION DE TRAQUEA Y CONSTRUCCION DE LARINGE ARTIFICIAL	0	0	0	0	0	0	2	2	1	0	0	2	0	0	0	1	3	5	8
14	31.79	OTRAS OPERACIONES DE RECONSTRUCCION Y PLASTICA SOBRE TRAQUEA	0	0	0	0	0	0	2	2	2	1	0	0	0	0	0	0	3	4	7
15	311X	TRAQUEOSTOMIA TEMPORAL	0	0	0	0	0	0	1	0	1	0	1	1	1	1	0	1	4	3	7
16	7.8	TIMECTOMIA, NO ESPECIFICADA DE OTRA MANERA	0	0	0	0	0	0	2	1	2	0	1	0	0	0	0	0	5	1	6
17	31.74	REVISION DE TRAQUEOSTOMIA	0	0	0	0	0	0	1	0	2	1	2	0	0	0	0	0	5	1	6
18	33.48	OTRAS OPERACIONES DE REPARACION Y PLASTICA SOBRE BRONQUIO	0	0	0	0	0	0	1	0	0	5	0	0	0	0	0	0	1	5	6
19	32.22	REDUCCION QUIRURGICA DE VOLUMEN PULMONAR	0	0	0	0	0	0	1	0	1	1	0	2	0	0	0	0	2	3	5
20	33.26	BIOPSIA [PERCUTANEA] CERRADA [AGUJA] DE PULMON	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	1	0	1	1	1	1	4	5
21	0.03	ECONOGRAFÍA TERAPEUTICA DE VASOS PERIFÉRICOS	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2	0	0	0	2	0	4	4
22	34.26	BIOPSIA ABIERTA MEDIASTINICA	0	0	0	0	0	0	2	0	1	0	1	0	0	0	0	0	0	4	4
23	96.56	OTRO LAVADO DE BRONQUIO Y TRAQUEA	0	0	0	0	0	0	0	0	2	2	0	0	0	0	0	0	2	2	4
24	97.49	EXTRACCION DE OTRO DISPOSITIVO DE TORAX	0	0	0	0	0	0	2	0	1	0	1	0	0	0	0	0	0	4	4
25	99.25	INYECCION O INFUSION DE SUSTANCIA QUIMIOTERAPEUTICA CONTRA CANCER	0	0	0	0	0	0	1	2	0	0	0	1	0	0	0	0	1	3	4
26	31.42	LARINGOSCOPIA Y OTRA TRAQUEOSCOPIA	0	0	0	0	0	0	1	1	0	0	0	0	0	0	0	1	1	2	3
27	31.71	SUTURA DE LACERACION DE TRAQUEA	0	0	0	0	0	0	2	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	3	3
28	3.09	OTRA EXPLORACION Y DESCOMPRESION DEL CONDUCTO ESPINAL	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	1	0	1	1	2
29	29.39	OTRA EXCISION O RESECCION DE LESION O TEJIDO DE LA FARINGE	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2	0	2	2
30	32.21	PLICATURA DE BULLA ENFISEMATOSA	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2	0	0	0	0	0	2	0	2
		OTROS	0	0	0	0	0	0	2	5	16	11	18	10	5	3	9	7	51	35	86
		TOTAL 2007 AL 2009	5	4	3	0	5	7	80	156	277	426	272	303	93	76	171	236	906	1208	2114

75 PRINCIPALES CAUSAS DE CONSULTA POR GRUPO DE EDAD Y SEXO DEL 2000 AL 2009
POR ORDEN DESCENDENTE DE ACUERDO AL CÓDIGO CIE-10.

N°	CODIGO	DIAGNOSTICO NOMBRE	FEM	MASC	GRAL	FEM	MASC	GRAL	FEM	MASC	GRAL	FEM	MASC	GRAL
			2007	2007	2007	2008	2008	2008	2009	2009	2009	GLOBAL 2007-2009		
1	33.22	BRONCOSCOPIA FIBROOPTICA	155	273	428	166	274	440	228	282	510	549	829	1378
2	34.04	INSERCIÓN DE CATETER INTERCOSTAL PARA DRENAJE	35	20	55	41	37	78	27	33	60	103	90	193
3	40.21	EXTIRPACION DE GANGLIO LINFATICO CERVICAL PROFUNDO	11	11	22	22	13	35	17	8	25	50	32	82
4	34.02	TORACOTOMIA EXPLORATORIA	11	4	15	8	12	20	10	26	36	29	42	71
5	34.22	MEDIASTINOSCOPIA	8	14	22	3	8	11	4	8	12	15	30	45
6	33.91	DILATACION BRONQUIAL	2	2	4	12	9	21	8	6	14	22	17	39
7	33.28	BIOPSIA ABIERTA DE PULMON	5	4	9	4	5	9	12	6	18	21	15	36
8	34.51	DECORTIZACION DE PULMON	2	6	8	1	8	9	4	11	15	7	25	32
9	34.24	BIOPSIA PLEURAL	0	4	4	5	11	16	4	7	11	9	22	31
10	33.24	BIOPSIA CERRADA BRONQUIAL [ENDOSCOPICA]	0	0	0	9	8	17	0	0	0	9	8	17
11	324X	LOBECTOMIA DE PULMON	2	6	8	4	2	6	0	1	1	6	9	15
12	34.21	TORACOSCOPIA TRANSPLEURAL	0	2	2	1	0	1	3	4	7	4	6	10
13	31.75	RECONSTRUCCION DE TRAQUEA Y CONSTRUCCION DE LARINGE ARTIFICIAL	0	2	2	3	1	4	0	2	2	3	5	8
14	31.79	OTRAS OPERACIONES DE RECONSTRUCCION Y PLASTICA SOBRE TRAQUEA	2	4	6	0	0	0	1	0	1	3	4	7
15	311X	TRAQUEOSTOMIA TEMPORAL	0	0	0	1	2	3	3	1	4	4	3	7
16	33.48	OTRAS OPERACIONES DE REPARACION Y PLASTICA SOBRE BRONQUIO	0	5	5	1	0	1	1	0	1	2	5	7
17	31.74	REVISION DE TRAQUEOSTOMIA	0	0	0	1	1	2	4	0	4	5	1	6
18	32.22	REDUCCION QUIRURGICA DE VOLUMEN PULMONAR	0	2	2	2	0	2	0	1	1	2	3	5
19	33.26	BIOPSIA [PERCUTANEA] CERRADA [AGUJA] DE PULMON	0	0	0	0	2	2	1	2	3	1	4	5
20	34.26	BIOPSIA ABIERTA MEDIASTINICA	0	0	0	0	1	1	0	4	4	0	5	5
21	96.56	OTRO LAVADO DE BRONQUIO Y TRAQUEA	2	2	4	0	0	0	0	1	1	2	3	5
22	0.03	ECONOGRAFÍA TERAPÉUTICA DE VASOS PERIFÉRICOS	0	4	4	0	0	0	0	0	0	0	4	4
23	7.8	TIMECTOMIA, NO ESPECIFICADA DE OTRA MANERA	2	0	2	1	0	1	1	0	1	4	0	4
24	97.49	EXTRACCION DE OTRO DISPOSITIVO DE TORAX	0	0	0	0	0	0	0	4	4	0	4	4
25	99.25	INYECCION O INFUSION DE SUSTANCIA QUIMIOTERAPEUTICA CONTRA CANCER	2	0	2	0	0	0	1	1	2	3	1	4
26	7.82	EXTIRPACION TOTAL DE TIMO	0	0	0	0	0	0	2	1	3	2	1	3
27	29.39	OTRA EXCISION O RESECCION DE LESION O TEJIDO DE LA FARINGE	0	2	2	0	0	0	0	1	1	0	3	3
28	31.42	LARINGOSCOPIA Y OTRA TRAQUEOSCOPIA	0	0	0	0	0	0	1	2	3	1	2	3
29	31.71	SUTURA DE LACERACION DE TRAQUEA	0	0	0	0	1	1	0	2	2	0	3	3
30	34.09	OTRA INCISION DE PLEURA	0	0	0	2	0	2	1	0	1	3	0	3
31	34.23	BIOPSIA DE PARED TORACICA	0	0	0	2	0	2	0	1	1	2	1	3
32	34.91	TORACOCENTESIS	2	0	2	0	0	0	1	0	1	3	0	3
33	343X	EXCISION O DESTRUCCION DE LESION O TEJIDO DE MEDIASTINO	0	0	0	0	2	2	0	1	1	0	3	3
34	38.05	INCISION DE VASO OTROS VASOS TORACICOS	2	0	2	0	0	0	1	0	1	3	0	3
35	38.59	LIGADURA Y EXTIRPACION DE VENAS VARICOSAS, VENAS DE MIEMBROS INFERIORES	0	2	2	0	0	0	1	0	1	1	2	3
36	40.11	BIOPSIA DE ESTRUCTURA LINFATICA	0	2	2	0	0	0	1	0	1	1	2	3
37	96.05	OTRA INTUBACION DEL TRACTO RESPIRATORIO	0	0	0	0	2	2	1	0	1	1	2	3
38	3.09	OTRA EXPLORACION Y DESCOMPRESION DEL CONDUCTO ESPINAL	0	0	0	1	1	2	0	0	0	1	1	2

75 PRINCIPALES CAUSAS DE CONSULTA POR GRUPO DE EDAD Y SEXO DEL 2000 AL 2009
POR ORDEN DESCENDENTE DE ACUERDO AL CÓDIGO CIE-10.

N°	CODIGO	DIAGNOSTICO NOMBRE	FEM	MASC	GRAL	FEM	MASC	GRAL	FEM	MASC	GRAL	FEM	MASC	GRAL
			2007	2007	2007	2008	2008	2008	2009	2009	2009	GLOBAL 2007-2009		
39	32.21	PLICATURA DE BULLA ENFISEMATOSA	2	0	2	0	0	0	0	0	0	2	0	2
40	323X	RESECCION SEGMENTARIA DE PULMON	0	0	0	0	1	1	1	0	1	1	1	2
41	329X	OTRA EXCISION DE PULMON	0	0	0	0	1	1	1	0	1	1	1	2
42	34.05	CREACION DE DERIVACION PLEUROPERITONEAL	0	0	0	0	1	1	0	1	1	0	2	2
43	34.25	BIOPSIA [PERCUTANEA] [AGUJA] CERRADA DE MEDIASTINO	0	0	0	1	0	1	1	0	1	2	0	2
44	34.29	OTROS PROCEDIMIENTOS DIAGNOSTICOS SOBRE MEDIASTINO	0	0	0	0	0	0	0	2	2	0	2	2
45	34.73	CIERRE DE OTRA FISTULA DE TORAX	0	0	0	0	1	1	0	1	1	0	2	2
46	34.74	REPARACION DE DEFORMIDAD DE PECTUS	2	0	2	0	0	0	0	0	0	2	0	2
47	34.79	OTRA REPARACION SOBRE DIAFRAGMA	0	0	0	0	0	0	1	1	2	1	1	2
48	37.12	PERICARDIOTOMIA	0	0	0	1	0	1	1	0	1	2	0	2
49	39.24	DERIVACION AORTA-RENAL	2	0	2	0	0	0	0	0	0	2	0	2
50	52.01	DRENAJE DE QUISTE, PSEUDOQUISTE Y ABSCESO PANCREATICO POR CATETER	2	0	2	0	0	0	0	0	0	2	0	2
51	53.81	PLICATURA DE DIAFRAGMA	0	0	0	0	1	1	0	1	1	0	2	2
52	54.21	LAPAROSCOPIA	2	0	2	0	0	0	0	0	0	2	0	2
53	86.09	OTRA INCISION DE PIEL Y TEJIDO SUBCUTANEO	2	0	2	0	0	0	0	0	0	2	0	2
54	86.28	DESBRIDAMIENTO NO EXCISIONAL DE HERIDA, INFECCION O QUEMADURA	0	0	0	2	0	2	0	0	0	2	0	2
55	97.37	EXTRACCION DE TUBO DE TRAQUEOSTOMIA	0	0	0	0	1	1	0	1	1	0	2	2
56	1.24	OTRAS CRANEOTOMIAS	0	0	0	1	0	1	0	0	0	1	0	1
57	4.12	BIOPSIA ABIERTA DE NERVIOS O GANGLIO CRANEAL O PERIFERICO	0	0	0	1	0	1	0	0	0	1	0	1
58	6.39	OTRA TIROIDECTOMIA PARCIAL	0	0	0	1	0	1	0	0	0	1	0	1
59	31.21	TRAQUEOSTOMIA MEDIASTINICA	0	0	0	0	0	0	1	0	1	1	0	1
60	31.29	OTRA TRAQUEOSTOMIA PERMANENTE	0	0	0	0	0	0	0	1	1	0	1	1
61	31.99	OTRAS OPERACIONES SOBRE TRAQUEA	0	0	0	0	1	1	0	0	0	0	1	1
62	32.2	EXCISION DE LESION O TEJIDO PULMONAR	0	0	0	0	0	0	1	0	1	1	0	1
63	33.23	OTRA BRONCOSCOPIA	0	0	0	1	0	1	0	0	0	1	0	1
64	33.42	CIERRE DE FISTULA BRONQUIAL	0	0	0	0	0	0	1	0	1	1	0	1
65	34.01	INCISION DE PARED TORACICA	0	0	0	1	0	1	0	0	0	1	0	1
66	34.03	REAPERTURA A TRAVES DE TORACOTOMIA RECIENTE	0	0	0	0	0	0	1	0	1	1	0	1
67	34.84	OTRA REPARACION DE DIAFRAGMA	0	0	0	0	1	1	0	0	0	0	1	1
68	42.11	ESOFAGOSTOMIA CERVICAL	0	0	0	0	1	1	0	0	0	0	1	1
69	53.8	REPARACION DE HERNIA DIAFRAGMATICA CON ACCESO TORACICO, NO ESPECIFICADA DE OTRA MANERA	0	0	0	0	0	0	1	0	1	1	0	1
70	54.12	REAPERTURA DE LAPARATOMIA RECIENTE	0	0	0	0	1	1	0	0	0	0	1	1
71	77.81	OTRA OSTECTOMIA, EXERESIS O EXCISION OSEA ESCAPULA, CLAVICULA Y TORAX [COSTILLAS Y ESTERNON	0	0	0	0	0	0	1	0	1	1	0	1
72	83.21	BIOPSIA DE TEJIDO BLANDO	0	0	0	1	0	1	0	0	0	1	0	1
73	86.04	OTRA INCISION CON DRENAJE DE PIEL Y TEJIDO SUBCUTANEO	0	0	0	0	1	1	0	0	0	0	1	1
74	86.11	BIOPSIA DE PIEL Y TEJIDO SUBCUTANEO	0	0	0	0	0	0	1	0	1	1	0	1
75	86.22	DESBRIDAMIENTO EXCISIONAL DE HERIDA, INFECCION O QUEMADURA	0	0	0	0	0	0	0	1	1	0	1	1
		OTROS	1	0	1	0	0	0	0	1	1	1	1	2
		TOTAL DE CIRUGIAS 2007 A 2009	256	371	627	300	411	711	350	426	776	906	1208	2114

PRINCIPALES CIRUGIAS POR ENTIDAD FEDERATIVA, DIAGNOSTICO SEXO Y GRUPO DE EDAD 2007 2009

ENTIDAD	CODIGO	NOMBRE	FEMENINO								TOTAL FEM
			0-1	1-4	5-14	15-24	25-44	45-59	60-64	65 o +	
CHIAPAS	3.09	OTRA EXPLORACION Y DESCOMPRESION DEL CONDUCTO ESPINAL	0	0	0	0	0	0	0	1	1
	33.22	BRONCOSCOPIA FIBROOPTICA	0	0	0	0	0	4	0	1	5
	34.02	TORACOTOMIA EXPLORATORIA	0	0	0	0	0	0	0	1	1
	34.04	INSERCIÓN DE CATETER INTERCOSTAL PARA DRENAJE	0	0	0	0	0	2	0	0	2
		CHIAPAS	0	0	0	0	0	6	0	3	9
COAHUILA	33.22	BRONCOSCOPIA FIBROOPTICA	0	0	0	0	0	1	0	0	1
		COAHUILA									
DISTRITO FEDERAL	33.22	BRONCOSCOPIA FIBROOPTICA	1	0	1	13	63	64	20	48	210
	34.04	INSERCIÓN DE CATETER INTERCOSTAL PARA DRENAJE	0	0	0	0	7	14	5	6	32
	40.21	EXTIRPACION DE GANGLIO LINFATICO CERVICAL PROFUNDO	0	0	0	3	9	1	1	1	15
	33.28	BIOPSIA ABIERTA DE PULMON	0	0	0	0	8	0	1	1	10
	34.02	TORACOTOMIA EXPLORATORIA	0	0	1	0	3	4	0	1	9
	31.74	REVISION DE TRAQUEOSTOMIA	0	0	0	0	2	2	0	0	4
	33.91	DILATACION BRONQUIAL	0	0	0	1	1	2	0	0	4
	34.22	MEDIASTINOSCOPIA	0	0	0	0	4	0	0	0	4
	33.24	BIOPSIA CERRADA BRONQUIAL [ENDOSCOPICA]	0	0	0	1	0	0	0	1	2
	34.24	BIOPSIA PLEURAL	0	0	0	0	1	0	1	0	2
	34.51	DECORTIZACION DE PULMON	0	0	0	0	2	0	0	0	2
	34.91	TORACOCENTESIS	0	0	0	0	2	0	0	0	2
	38.05	INCISION DE VASO OTROS VASOS TORACICOS	0	0	0	0	0	2	0	0	2
	54.93	CREACION DE FISTULA CUTANEOPERITONEAL	0	0	0	0	0	2	0	0	2
	96.56	OTRO LAVADO DE BRONQUIO Y TRAQUEA	0	0	0	0	2	0	0	0	2
	1.24	OTRAS CRANEOTOMIAS	0	0	0	0	0	0	0	1	1
	7.82	EXTIRPACION TOTAL DE TIMO	0	0	0	0	1	0	0	0	1
	31.75	RECONSTRUCCION DE TRAQUEA Y CONSTRUCCION DE LARINGE ARTIFICIAL	0	0	0	1	0	0	0	0	1
	311X	TRAQUEOSTOMIA TEMPORAL	0	0	0	0	0	0	1	0	1
	32.22	REDUCCION QUIRURGICA DE VOLUMEN PULMONAR	0	0	0	1	0	0	0	0	1
	33.23	OTRA BRONCOSCOPIA	0	0	0	0	0	0	1	0	1
	34.01	INCISION DE PARED TORACICA	0	0	0	0	0	1	0	0	1
	34.09	OTRA INCISION DE PLEURA	0	0	0	0	1	0	0	0	1
	34.21	TORACOSCOPIA TRANSPLEURAL	0	0	0	0	0	1	0	0	1
	34.23	BIOPSIA DE PARED TORACICA	0	0	0	0	1	0	0	0	1
	34.79	OTRA REPARACION SOBRE DIAFRAGMA	0	0	0	0	0	1	0	0	1
	37.12	PERICARDIOTOMIA	0	0	0	0	1	0	0	0	1
	38.59	LIGADURA Y EXTIRPACION DE VENAS VARICOSAS, VENAS DE MIEMBROS INFERIORES	0	0	0	0	0	1	0	0	1
		DISTRITO FEDERAL	1	0	2	20	108	95	30	59	315

PRINCIPALES CIRUGIAS POR ENTIDAD FEDERATIVA, DIAGNOSTICO SEXO Y GRUPO DE EDAD 2007 2009

EDO. DE MEXICO	33.22	BRONCOSCOPIA FIBROOPTICA	2	2	2	12	66	61	21	47	213
	34.04	INSERCIÓN DE CATETER INTERCOSTAL PARA DRENAJE	0	0	0	3	19	19	4	6	51
	40.21	EXTIRPACION DE GANGLIO LINFATICO CERVICAL PROFUNDO	0	0	0	4	5	4	1	7	21
	34.02	TORACOTOMIA EXPLORATORIA	1	0	1	2	4	7	1	0	16
	33.28	BIOPSIA ABIERTA DE PULMON	0	0	0	1	4	6	0	0	11
	33.91	DILATACION BRONQUIAL	0	0	0	0	3	5	0	0	8
	34.22	MEDIASTINOSCOPIA	0	0	0	2	0	4	0	2	8
	34.24	BIOPSIA PLEURAL	0	0	0	0	1	3	2	0	6
	33.24	BIOPSIA CERRADA BRONQUIAL [ENDOSCOPICA]	0	0	0	0	3	0	0	2	5
	324X	LOBECTOMIA DE PULMON	0	0	0	0	1	3	0	0	4
	34.51	DECORTIZACION DE PULMON	0	0	0	1	1	1	0	1	4
	311X	TRAQUEOSTOMIA TEMPORAL	0	0	0	1	1	0	0	0	2
	32.21	PLICATURA DE BULLA ENFISEMATOSA	0	0	0	0	0	2	0	0	2
	34.21	TORACOSCOPIA TRANSPLEURAL	0	0	0	0	0	1	0	1	2
	34.74	REPARACION DE DEFORMIDAD DE PECTUS	0	0	0	0	0	0	0	2	2
	39.24	DERIVACION AORTA-RENAL	0	0	0	0	0	0	2	0	2
	54.21	LAPAROSCOPIA	0	0	0	0	2	0	0	0	2
	86.09	OTRA INCISION DE PIEL Y TEJIDO SUBCUTANEO	0	0	0	0	0	2	0	0	2
	86.28	DESBRIDAMIENTO NO EXCISIONAL DE HERIDA, INFECCION O QUEMADURA	0	0	0	0	0	0	0	2	2
	4.12	BIOPSIA ABIERTA DE NERVIOS O GANGLIO CRANEAL O PERIFERICO	0	0	0	0	1	0	0	0	1
	6.39	OTRA TIROIDECTOMIA PARCIAL	0	0	0	0	0	1	0	0	1
	7.82	EXTIRPACION TOTAL DE TIMO	0	0	0	0	1	0	0	0	1
	31.29	OTRA TRAQUEOSTOMIA PERMANENTE	0	0	0	0	1	0	0	0	1
	31.75	RECONSTRUCCION DE TRAQUEA Y CONSTRUCCION DE LARINGE ARTIFICIAL	0	0	0	0	0	0	0	1	1
	31.79	OTRAS OPERACIONES DE RECONSTRUCCION Y PLASTICA SOBRE TRAQUEA	0	0	0	0	0	1	0	0	1
	32.2	EXCISION DE LESION O TEJIDO PULMONAR	0	0	0	0	0	1	0	0	1
	32.22	REDUCCION QUIRURGICA DE VOLUMEN PULMONAR	0	0	0	0	1	0	0	0	1
	33.26	BIOPSIA [PERCUTANEA] CERRADA [AGUJA] DE PULMON	0	0	0	0	0	0	0	1	1
	33.42	CIERRE DE FISTULA BRONQUIAL	0	0	0	0	1	0	0	0	1
	33.48	OTRAS OPERACIONES DE REPARACION Y PLASTICA SOBRE BRONQUIO	0	0	0	1	0	0	0	0	1
	OTROS	0	0	0	0	4	3	0	2	9	
	EDO. DE MEXICO	3	2	3	27	119	124	31	74	383	

PRINCIPALES CIRUGIAS POR ENTIDAD FEDERATIVA, DIAGNOSTICO SEXO Y GRUPO DE EDAD 2007 2009

GUANAJUATO	33.22	BRONCOSCOPIA FIBROOPTICA	1	0	0	0	0	0	3	1	5
	40.21	EXTIRPACION DE GANGLIO LINFATICO CERVICAL PROFUNDO	0	0	0	0	0	0	1	0	1
	GUANAJUATO		1	0	0	0	0	0	0	4	1

GUERRERO	33.22	BRONCOSCOPIA FIBROOPTICA	0	1	0	7	7	6	5	4	30
	33.91	DILATACION BRONQUIAL	0	0	0	3	1	0	0	0	4
	31.75	RECONSTRUCCION DE TRAQUEA Y CONSTRUCCION DE LARINGE ARTIFICIAL	0	0	0	1	1	0	0	0	2
	324X	LOBECTOMIA DE PULMON	0	0	0	1	0	1	0	0	2
	31.21	TRAQUEOSTOMIA MEDIASTINICA	0	0	0	1	0	0	0	0	1
	31.42	LARINGOSCOPIA Y OTRA TRAQUEOSCOPIA	0	0	0	1	0	0	0	0	1
	31.74	REVISION DE TRAQUEOSTOMIA	0	0	0	1	0	0	0	0	1
	34.02	TORACOTOMIA EXPLORATORIA	0	0	0	0	0	1	0	0	1
	34.03	REAPERTURA A TRAVES DE TORACOTOMIA RECIENTE	0	0	0	0	0	1	0	0	1
	34.04	INSERCIÓN DE CATETER INTERCOSTAL PARA DRENAJE	0	0	0	0	0	0	0	1	1
	34.09	OTRA INCISION DE PLEURA	0	0	0	0	0	1	0	0	1
	40.21	EXTIRPACION DE GANGLIO LINFATICO CERVICAL PROFUNDO	0	0	0	0	1	0	0	0	1
GUERRERO		0	1	0	15	10	10	5	6	46	

HIDALGO	33.22	BRONCOSCOPIA FIBROOPTICA	0	0	0	0	13	0	3	8	24
	33.91	DILATACION BRONQUIAL	0	0	0	0	4	0	0	0	4
	40.21	EXTIRPACION DE GANGLIO LINFATICO CERVICAL PROFUNDO	0	0	0	0	1	0	0	2	3
	31.79	OTRAS OPERACIONES DE RECONSTRUCCION Y PLASTICA SOBRE TRAQUEA	0	0	0	0	2	0	0	0	2
	52.01	DRENAJE DE QUISTE, PSEUDOQUISTE Y ABSCESO PANCREATICO POR CATETER	0	0	0	0	2	0	0	0	2
	7.8	TIMECTOMIA, NO ESPECIFICADA DE OTRA MANERA	0	0	0	0	0	1	0	0	1
	33.24	BIOPSIA CERRADA BRONQUIAL [ENDOSCOPICA]	0	0	0	0	0	1	0	0	1
	34.04	INSERCIÓN DE CATETER INTERCOSTAL PARA DRENAJE	0	0	0	0	0	1	0	0	1
	34.21	TORACOSCOPIA TRANSPLEURAL	0	0	0	0	0	0	0	1	1
	34.22	MEDIASTINOSCOPIA	0	0	0	0	0	0	1	0	1
HIDALGO		0	0	0	0	22	3	4	11	40	

PRINCIPALES CIRUGIAS POR ENTIDAD FEDERATIVA, DIAGNOSTICO SEXO Y GRUPO DE EDAD 2007 2009

MICHOACAN	33.22	BRONCOSCOPIA FIBROOPTICA	0	0	0	0	0	3	0	1	4
	34.04	INSERCIÓN DE CATETER INTERCOSTAL PARA DRENAJE	0	0	0	0	0	1	0	1	2
	40.21	EXTIRPACION DE GANGLIO LINFATICO CERVICAL PROFUNDO	0	0	0	0	0	2	0	0	2
	34.22	MEDIASTINOSCOPIA	0	0	0	1	0	0	0	0	1
		MICHOACAN	0	0	0	1	0	6	0	2	9
MORELOS	33.22	BRONCOSCOPIA FIBROOPTICA	0	0	0	1	0	2	1	2	6
	40.21	EXTIRPACION DE GANGLIO LINFATICO CERVICAL PROFUNDO	0	0	0	0	2	0	0	0	2
	34.04	INSERCIÓN DE CATETER INTERCOSTAL PARA DRENAJE	0	0	0	0	0	1	0	0	1
	34.23	BIOPSIA DE PARED TORACICA	0	0	0	0	0	0	1	0	1
		MORELOS	0	0	0	1	2	3	2	2	10
OAXACA	33.22	BRONCOSCOPIA FIBROOPTICA	0	0	0	1	5	1	1	2	10
	33.28	BIOPSIA ABIERTA DE PULMON	0	0	0	0	0	0	0	1	1
	34.04	INSERCIÓN DE CATETER INTERCOSTAL PARA DRENAJE	0	0	0	0	0	1	0	0	1
		OAXACA	0	0	0	1	5	2	1	3	12
PUEBLA	33.22	BRONCOSCOPIA FIBROOPTICA	0	0	0	2	0	5	5	2	14
	34.04	INSERCIÓN DE CATETER INTERCOSTAL PARA DRENAJE	0	0	0	0	0	2	2	0	4
	34.02	TORACOTOMIA EXPLORATORIA	0	0	0	2	0	0	0	0	2
	33.24	BIOPSIA CERRADA BRONQUIAL [ENDOSCOPICA]	0	0	0	0	0	0	1	0	1
	33.48	OTRAS OPERACIONES DE REPARACION Y PLASTICA SOBRE BRONQUIO	0	0	0	1	0	0	0	0	1
	40.21	EXTIRPACION DE GANGLIO LINFATICO CERVICAL PROFUNDO	0	0	0	0	0	0	1	0	1
		PUEBLA	0	0	0	5	0	7	9	2	23
QUERETARO	33.22	BRONCOSCOPIA FIBROOPTICA	0	0	0	0	1	0	1	0	2
	34.04	INSERCIÓN DE CATETER INTERCOSTAL PARA DRENAJE	0	0	0	0	0	0	1	0	1
		QUERETARO	0	0	0	0	1	0	2	0	3

PRINCIPALES CIRUGIAS POR ENTIDAD FEDERATIVA, DIAGNOSTICO SEXO Y GRUPO DE EDAD 2007 2009

QUINTANA ROO	33.28	BIOPSIA ABIERTA DE PULMON	0	0	0	0	0	1	0	0	1
	34.24	BIOPSIA PLEURAL	0	0	0	0	0	1	0	0	1
		QUINTANA ROO	0	0	0	0	0	2	0	0	2
SAN LUIS POTOSI	33.22	BRONCOSCOPIA FIBROOPTICA	0	0	0	0	0	1	0	0	1
		SAN LUIS POTOSI	0	0	0	0	0	1	0	0	1
SINALOA	324X	LOBECTOMIA DE PULMON	0	0	0	0	2	0	0	0	2
		SINALOA	0	0	0	0	2	0	0	0	2
TABASCO	33.22	BRONCOSCOPIA FIBROOPTICA	0	0	0	1	0	0	0	0	1
		TABASCO	0	0	0	1	0	0	0	0	1
TLAXCALA	33.22	BRONCOSCOPIA FIBROOPTICA	0	0	0	1	1	4	0	2	8
	311X	TRAQUEOSTOMIA TEMPORAL	0	0	0	0	0	1	0	0	1
	33.24	BIOPSIA CERRADA BRONQUIAL [ENDOSCOPICA]	0	0	0	0	1	0	0	0	1
	34.04	INSERCIÓN DE CATETER INTERCOSTAL PARA DRENAJE	0	0	0	0	1	0	0	0	1
	34.51	DECORTIZACION DE PULMON	0	0	0	0	1	0	0	0	1
	99.25	INYECCION O INFUSION DE SUSTANCIA QUIMIOTERAPEUTICA CONTRA CANCER	0	0	0	1	0	0	0	0	1
		TLAXCALA	0	0	0	2	4	5	0	2	13
VERACRUZ	33.22	BRONCOSCOPIA FIBROOPTICA	0	0	0	4	2	4	3	4	17
	34.04	INSERCIÓN DE CATETER INTERCOSTAL PARA DRENAJE	0	0	0	0	1	2	0	2	5
	40.21	EXTIRPACION DE GANGLIO LINFATICO CERVICAL PROFUNDO	0	0	0	0	0	0	2	1	3
	7.8	TIMECTOMIA, NO ESPECIFICADA DE OTRA MANERA	0	0	0	2	0	0	0	0	2
	33.91	DILATACION BRONQUIAL	0	0	0	1	0	1	0	0	2
	VERACRUZ	0	0	0	7	3	7	5	7	29	
ZACATECAS	34.04	INSERCIÓN DE CATETER INTERCOSTAL PARA DRENAJE	0	0	0	0	1	0	0	0	1
		ZACATECAS	0	0	0	0	1	0	0	0	1
TOTAL CIRUGIAS FEMENINO 2009			5	3	5	80	277	272	93	171	906

PRINCIPALES CIRUGIAS POR ENTIDAD FEDERATIVA, DIAGNOSTICO SEXO Y GRUPO DE EDAD 2007 2009

ENTIDAD	CODIGO	CODIGO NOMBRE	MASCULINO								TOTAL MASC	
			0-1	1-4	5-14	15-24	25-44	45-59	60-64	65 o +		
BAJA CALIFORNIA NORTE	33.24	BIOPSIA CERRADA BRONQUIAL [ENDOSCOPICA]	0	0	0	0	0	1	0	0	1	
		BAJA CALIFORNIA NORTE	0	0	0	0	0	1	0	0	1	
CAMPECHE	33.22	BRONCOSCOPIA FIBROOPTICA	0	0	0	0	0	0	0	2	2	
		CAMPECHE	0	0	0	0	0	0	0	2	2	
CHIAPAS	33.22	BRONCOSCOPIA FIBROOPTICA	0	0	0	0	3	1	0	0	4	
		CHIAPAS	0	0	0	0	3	1	0	0	4	
DISTRITO FEDERAL	33.22	BRONCOSCOPIA FIBROOPTICA	1	0	2	34	152	91	15	63	358	
	34.04	INSERCIÓN DE CATETER INTERCOSTAL PARA DRENAJE	0	0	0	5	18	5	4	9	41	
	34.02	TORACOTOMIA EXPLORATORIA	0	0	0	5	3	7	2	2	19	
	40.21	EXTIRPACION DE GANGLIO LINFATICO CERVICAL PROFUNDO	0	0	0	4	3	3	1	4	15	
	34.51	DECORTIZACION DE PULMON	0	0	0	1	7	1	0	1	10	
	34.22	MEDIASTINOSCOPIA	0	0	0	0	7	1	0	1	9	
	34.24	BIOPSIA PLEURAL	0	0	0	0	4	1	0	3	8	
	0.03	ECONOGRAFÍA TERAPÉUTICA DE VASOS PERIFÉRICOS	0	0	0	0	0	2	0	2	4	
	33.91	DILATACION BRONQUIAL	0	0	0	0	0	4	0	0	4	
	34.21	TORACOSCOPIA TRANSPLEURAL	0	0	0	0	1	1	0	2	4	
	33.24	BIOPSIA CERRADA BRONQUIAL [ENDOSCOPICA]	0	0	0	1	1	1	0	0	3	
	31.79	OTRAS OPERACIONES DE RECONSTRUCCION Y PLASTICA SOBRE TRAQUEA	0	0	0	0	2	0	0	0	2	
	33.26	BIOPSIA [PERCUTANEA] CERRADA [AGUJA] DE PULMON	0	0	0	0	0	1	0	1	2	
	33.28	BIOPSIA ABIERTA DE PULMON	0	0	0	0	0	0	1	1	2	
	33.48	OTRAS OPERACIONES DE REPARACION Y PLASTICA SOBRE BRONQUIO	0	0	0	0	2	0	0	0	2	
	34.26	BIOPSIA ABIERTA MEDIASTINICA	0	0	0	1	0	0	0	1	2	
	34.29	OTROS PROCEDIMIENTOS DIAGNOSTICOS SOBRE MEDIASTINO	0	0	0	2	0	0	0	0	2	
	38.59	LIGADURA Y EXTIRPACION DE VENAS VARICOSAS, VENAS DE MIEMBROS INFERIORES	0	0	0	0	0	2	0	0	2	
	96.56	OTRO LAVADO DE BRONQUIO Y TRAQUEA	0	0	0	0	2	0	0	0	2	
	99.25	INYECCION O INFUSION DE SUSTANCIA QUIMIOTERAPEUTICA CONTRA CANCER	0	0	0	2	0	0	0	0	2	
	3.09	OTRA EXPLORACION Y DESCOMPRESION DEL CONDUCTO ESPINAL	0	0	0	0	0	1	0	0	1	
	31.71	SUTURA DE LACERACION DE TRAQUEA	0	0	0	1	0	0	0	0	1	
	31.75	RECONSTRUCCION DE TRAQUEA Y CONSTRUCCION DE LARINGE ARTIFICIAL	0	0	0	1	0	0	0	0	1	
	311X	TRAQUEOSTOMIA TEMPORAL	0	0	0	0	0	1	0	0	1	
	32.22	REDUCCION QUIRURGICA DE VOLUMEN PULMONAR	0	0	0	0	1	0	0	0	1	
	329X	OTRA EXCISION DE PULMON	0	0	0	0	0	1	0	0	1	
	34.05	CREACION DE DERIVACION PLEUROPERITONEAL	0	0	0	0	0	1	0	0	1	
	34.23	BIOPSIA DE PARED TORACICA	0	0	0	0	1	0	0	0	1	
	34.73	CIERRE DE OTRA FISTULA DE TORAX	0	0	0	1	0	0	0	0	1	
	34.79	OTRA REPARACION SOBRE DIAFRAGMA	0	0	0	1	0	0	0	0	1	
			OTROS	0	0	0	0	4	2	0	1	7
			DISTRITO FEDERAL	1	0	2	59	208	126	23	91	510

PRINCIPALES CIRUGIAS POR ENTIDAD FEDERATIVA, DIAGNOSTICO SEXO Y GRUPO DE EDAD 2007 2009

EDO. DE MEXICO	33.22	BRONCOSCOPIA FIBROOPTICA	3	0	2	46	119	71	18	68	327	
	34.04	INSERCIÓN DE CATETER INTERCOSTAL PARA DRENAJE	0	0	2	6	10	7	2	8	35	
	34.02	TORACOTOMIA EXPLORATORIA	0	0	0	1	7	5	1	2	16	
	34.22	MEDIASTINOSCOPIA	0	0	0	0	5	7	0	2	14	
	34.24	BIOPSIA PLEURAL	0	0	0	2	3	5	1	3	14	
	33.28	BIOPSIA ABIERTA DE PULMON	0	0	0	2	4	2	1	2	11	
	40.21	EXTIRPACION DE GANGLIO LINFATICO CERVICAL PROFUNDO	0	0	0	0	3	0	5	3	11	
	33.91	DILATACION BRONQUIAL	0	0	0	4	0	0	0	2	6	
	34.51	DECORTIZACION DE PULMON	0	0	1	1	2	1	0	1	6	
	31.79	OTRAS OPERACIONES DE RECONSTRUCCION Y PLASTICA SOBRE TRAQUEA	0	0	0	2	1	0	0	0	3	
	33.24	BIOPSIA CERRADA BRONQUIAL [ENDOSCOPICA]	0	0	0	0	0	3	0	0	3	
	343X	EXCISION O DESTRUCCION DE LESION O TEJIDO DE MEDIASTINO	0	0	0	0	2	1	0	0	3	
	31.75	RECONSTRUCCION DE TRAQUEA Y CONSTRUCCION DE LARINGE ARTIFICIAL	0	0	0	1	0	0	0	1	2	
	324X	LOBECTOMIA DE PULMON	0	0	0	0	2	0	0	0	2	
	33.26	BIOPSIA [PERCUTANEA] CERRADA [AGUJA] DE PULMON	0	0	0	1	0	0	1	0	2	
	33.48	OTRAS OPERACIONES DE REPARACION Y PLASTICA SOBRE BRONQUIO	0	0	0	0	2	0	0	0	2	
	34.21	TORACOSCOPIA TRANSPLEURAL	0	0	0	0	0	1	0	1	2	
	34.26	BIOPSIA ABIERTA MEDIASTINICA	0	0	0	1	0	1	0	0	2	
	97.49	EXTRACCION DE OTRO DISPOSITIVO DE TORAX	0	0	0	2	0	0	0	0	2	
	7.82	EXTIRPACION TOTAL DE TIMO	0	0	0	1	0	0	0	0	1	
	31.29	OTRA TRAQUEOSTOMIA PERMANENTE	0	0	0	0	0	0	0	1	1	
	31.42	LARINGOSCOPIA Y OTRA TRAQUEOSCOPIA	0	0	0	0	0	0	0	1	1	
	31.74	REVISION DE TRAQUEOSTOMIA	0	0	0	0	1	0	0	0	1	
	323X	RESECCION SEGMENTARIA DE PULMON	0	0	0	0	0	1	0	0	1	
	37.12	PERICARDIOTOMIA	0	0	0	0	0	0	1	0	1	
	96.05	OTRA INTUBACION DEL TRACTO RESPIRATORIO	0	0	0	1	0	0	0	0	1	
	97.37	EXTRACCION DE TUBO DE TRAQUEOSTOMIA	0	0	0	0	0	0	0	1	1	
		EDO. DE MEXICO		3	0	5	71	161	105	30	96	471

PRINCIPALES CIRUGIAS POR ENTIDAD FEDERATIVA, DIAGNOSTICO SEXO Y GRUPO DE EDAD 2007 2009

GUANAJUATO	33.22	BRONCOSCOPIA FIBROOPTICA	0	0	0	2	1	2	0	0	5
	324X	LOBECTOMIA DE PULMON	0	0	0	0	2	0	0	0	2
	86.04	OTRA INCISION CON DRENAJE DE PIEL Y TEJIDO SUBCUTANEO	0	0	0	0	0	0	0	1	1
		GUANAJUATO	0	0	0	2	3	2	0	1	8
GUERRERO	33.22	BRONCOSCOPIA FIBROOPTICA	0	0	0	1	1	10	4	5	21
	33.91	DILATACION BRONQUIAL	0	0	0	0	0	3	0	0	3
	34.04	INSERCIÓN DE CATETER INTERCOSTAL PARA DRENAJE	0	0	0	0	0	3	0	0	3
	29.39	OTRA EXCISION O RESECCION DE LESION O TEJIDO DE LA FARINGE	0	0	0	0	0	0	0	2	2
	31.75	RECONSTRUCCION DE TRAQUEA Y CONSTRUCCION DE LARINGE ARTIFICIAL	0	0	0	0	0	2	0	0	2
	32.22	REDUCCION QUIRURGICA DE VOLUMEN PULMONAR	0	0	0	0	0	2	0	0	2
	34.02	TORACOTOMIA EXPLORATORIA	0	0	0	2	0	0	0	0	2
	34.22	MEDIASTINOSCOPIA	0	0	0	0	1	1	0	0	2
	34.51	DECORTIZACION DE PULMON	0	0	0	0	0	0	0	2	2
	40.11	BIOPSIA DE ESTRUCTURA LINFATICA	0	0	0	0	0	0	2	0	2
	311X	TRAQUEOSTOMIA TEMPORAL	0	0	0	0	0	0	0	1	1
	40.21	EXTIRPACION DE GANGLIO LINFATICO CERVICAL PROFUNDO	0	0	0	1	0	0	0	0	1
	97.37	EXTRACCION DE TUBO DE TRAQUEOSTOMIA	0	0	0	0	1	0	0	0	1
	97.49	EXTRACCION DE OTRO DISPOSITIVO DE TORAX	0	0	0	0	0	1	0	0	1
	GUERRERO	0	0	0	4	3	22	6	10	45	
HIDALGO	33.22	BRONCOSCOPIA FIBROOPTICA	0	0	0	1	3	6	5	5	20
	34.04	INSERCIÓN DE CATETER INTERCOSTAL PARA DRENAJE	0	0	0	0	0	4	0	0	4
	34.51	DECORTIZACION DE PULMON	0	0	0	0	1	2	0	0	3
	34.02	TORACOTOMIA EXPLORATORIA	0	0	0	0	0	0	2	0	2
	311X	TRAQUEOSTOMIA TEMPORAL	0	0	0	0	0	0	1	0	1
	34.22	MEDIASTINOSCOPIA	0	0	0	0	0	1	0	0	1
	57.32	OTRA CISTOSCOPIA	0	0	0	0	0	0	0	1	1
	HIDALGO	0	0	0	1	4	13	8	6	32	

PRINCIPALES CIRUGIAS POR ENTIDAD FEDERATIVA, DIAGNOSTICO SEXO Y GRUPO DE EDAD 2007 2009

MICHOACAN	33.22	BRONCOSCOPIA FIBROOPTICA	0	0	0	0	5	5	1	6	17
	34.22	MEDIASTINOSCOPIA	0	0	0	0	0	2	0	0	2
	40.21	EXTIRPACION DE GANGLIO LINFATICO CERVICAL PROFUNDO	0	0	0	0	0	0	0	2	2
	34.02	TORACOTOMIA EXPLORATORIA	0	0	0	0	1	0	0	0	1
		MICHOACAN	0	0	0	0	6	7	1	8	22
MORELOS	33.22	BRONCOSCOPIA FIBROOPTICA	0	0	0	1	3	2	0	1	7
			MORELOS	0	0	0	1	3	2	0	1
NAYARIT	33.22	BRONCOSCOPIA FIBROOPTICA	0	0	0	0	4	0	0	0	4
			NAYARIT	0	0	0	0	4	0	0	4
OAXACA	33.22	BRONCOSCOPIA FIBROOPTICA	0	0	0	3	15	2	2	3	25
	33.48	OTRAS OPERACIONES DE REPARACION Y PLASTICA SOBRE BRONQUIO	0	0	0	0	2	0	0	0	2
	34.51	DECORTIZACION DE PULMON	0	0	0	0	1	0	1	0	2
	40.21	EXTIRPACION DE GANGLIO LINFATICO CERVICAL PROFUNDO	0	0	0	0	0	0	1	1	2
	31.71	SUTURA DE LACERACION DE TRAQUEA	0	0	0	0	1	0	0	0	1
	33.91	DILATACION BRONQUIAL	0	0	0	0	1	0	0	0	1
		OAXACA	0	0	0	3	20	2	4	4	33
PUEBLA	33.22	BRONCOSCOPIA FIBROOPTICA	0	0	0	0	2	7	1	4	14
	34.04	INSERCIÓN DE CATETER INTERCOSTAL PARA DRENAJE	0	0	0	1	0	0	0	2	3
	324X	LOBECTOMIA DE PULMON	0	0	0	0	0	0	2	0	2
	34.02	TORACOTOMIA EXPLORATORIA	0	0	0	0	0	1	0	0	1
	34.22	MEDIASTINOSCOPIA	0	0	0	0	0	1	0	0	1
	99.25	INYECCION O INFUSION DE SUSTANCIA QUIMIOTERAPEUTICA CONTRA CANCER	0	0	0	0	0	1	0	0	1
			PUEBLA	0	0	0	1	2	10	3	6
QUERETARO	33.22	BRONCOSCOPIA FIBROOPTICA	0	0	0	0	2	0	0	0	2
	34.02	TORACOTOMIA EXPLORATORIA	0	0	0	0	0	0	0	2	2
			QUERETARO	0	0	0	0	2	0	0	2

PRINCIPALES CIRUGIAS POR ENTIDAD FEDERATIVA, DIAGNOSTICO SEXO Y GRUPO DE EDAD 2007 2009

QUINTANA ROO	33.22	BRONCOSCOPIA FIBROOPTICA	0	0	0	0	0	1	0	0	1
		QUINTANA ROO	0	0	0	0	0	1	0	0	1
SE IGNORA	33.22	BRONCOSCOPIA FIBROOPTICA	0	0	0	2	0	0	0	0	2
		SE IGNORA	0	0	0	2	0	0	0	0	2
TABASCO	31.99	OTRAS OPERACIONES SOBRE TRAQUEA	0	0	0	0	1	0	0	0	1
	33.22	BRONCOSCOPIA FIBROOPTICA	0	0	0	0	1	0	0	0	1
		TABASCO	0	0	0	0	2	0	0	0	2
TAMAULIPAS	34.51	DECORTIZACION DE PULMON	0	0	0	0	0	1	0	0	1
		TAMAULIPAS	0	0	0	0	0	1	0	0	1
TLAXCALA	33.22	BRONCOSCOPIA FIBROOPTICA	0	0	0	0	1	0	0	0	1
		TLAXCALA	0	0	0	0	1	0	0	0	1
VERACRUZ	33.22	BRONCOSCOPIA FIBROOPTICA	0	0	0	7	4	1	2	7	21
	33.91	DILATAACION BRONQUIAL	0	0	0	3	0	0	0	0	3
	34.04	INSERCIÓN DE CATETER INTERCOSTAL PARA DRENAJE	0	0	0	0	0	2	1	0	3
	31.42	LARINGOSCOPIA Y OTRA TRAQUEOSCOPIA	0	0	0	1	0	0	0	0	1
	31.71	SUTURA DE LACERACION DE TRAQUEA	0	0	0	1	0	0	0	0	1
	33.28	BIOPSIA ABIERTA DE PULMON	0	0	0	0	0	1	0	0	1
	34.22	MEDIASTINOSCOPIA	0	0	0	0	0	1	0	0	1
	34.26	BIOPSIA ABIERTA MEDIASTINICA	0	0	0	0	1	0	0	0	1
	34.51	DECORTIZACION DE PULMON	0	0	0	0	0	0	0	1	1
	VERACRUZ	0	0	0	12	5	5	3	8	33	
YUCATAN	33.22	BRONCOSCOPIA FIBROOPTICA	0	0	0	0	0	1	0	0	1
		YUCATAN	0	0	0	0	0	1	0	0	1
ZACATECAS	33.22	BRONCOSCOPIA FIBROOPTICA	0	0	0	0	0	2	0	0	2
	34.B3004	INSERCIÓN DE CATETER INTERCOSTAL PARA DRENAJE	0	0	0	0	0	1	0	0	1
		ZACATECAS	0	0	0	0	0	3	0	0	3
TOTAL MASCULINO 2008			4	0	7	156	426	302	78	235	1209

En esta sección sólo se tomaron en cuenta los últimos tres años debido a que sólo en ese periodo contamos con una captura en el sistema computarizado de la información vertida en las áreas quirúrgicas del Hospital.

Aquí, la representación se realiza tomando la Clasificación Internacional de Enfermedades, Modificación Clínica 9ª revisión. (CIE-9 MC) por lo que tampoco recurrimos a agrupaciones de procedimientos quirúrgicos y no quirúrgicos.

En el periodo trianual se realizaron 2,114 procedimientos de los cuales, 906 fueron a mujeres (42.85%) y 1208 a hombres (57.15%) donde sobresale de manera importante, la broncoscopia fibroóptica (código CIE-9 33.22) representa el 65.18% del total de la productividad, le sigue la inserción de catéter intercostal para drenaje (código CIE-9 34.04) con 193 casos (9.13%), la extirpación de ganglio linfático cervical profundo (código CIE-9 40.21) con 82 procedimientos que representan el 3.36% y la toracotomía exploratoria (código CIE-9 34.02) con 71 acciones que representan el 3.36% y la mediastinoscopia (código CIE-9 34.22) con 45 procedimientos que equivalen al 2.13% del total de las cirugías.

Por la Entidad Federativa. El Distrito Federal y el Estado de México abarcan el 79.36% de las cirugías y procedimientos no quirúrgicos que se realizan en Neumología, curiosamente el D.F abarco el 38.64% y el Estado de México el 40.72% situación que no se presenta en Egresos, Mortalidad o Consulta la relación por sexo corresponde al 41.77% mujeres y el 58.23% para hombres. Otras Entidades representativas son el Estado de Guerrero con el 4.6%, el Estado de Hidalgo con el 3.31% y Veracruz con el 3.03% lo que representa la concentración de eventos para estos 5 Estados con el 90.3% del total de las 2,114 cirugías y procedimientos no quirúrgicos realizados.

GUIAS TECNICAS DEL SERVICIO DE NEUMOLOGIA

Mayo del 2010



SECRETARÍA
DE SALUD

CANCER BRONCOGENICO

CIE C.34.9

Fue Agrícola, en 1521, y posteriormente Engelschal y Henckel, quienes describieron entre los mineros de Scheeberg, Inglaterra, un padecimiento respiratorio que fue atribuido a un proceso tuberculoso pulmonar o a un linfosarcoma de ganglios mediastinales. Las investigaciones han demostrado que era causado por cancer broncogénico.

La primera descripción anatomopatológica del padecimiento se debe a Morgagni, el estudio clínico a Stokes y la diferencia entre esta y la tuberculosis pulmonar fue hecha por Laenec.

La importancia estadística del proceso fue esbozada por primera vez, por Adler quien en 1912 reunió 374 casos recopilados en la bibliografía médica. La biopsia endoscópica fue hecha inicialmente por Jackson, en 1920. La primera neumonectomía la realizó Graham, en el año de 1933.

EPIDEMIOLOGIA

El cáncer Broncogénico permanece como un problema de salud en todo el mundo. La Sociedad Norteamericana contra el cáncer estableció que en 1993, habrían 170,000 casos nuevos de cáncer pulmonar con una relación entre el sexo masculino y femenino de 1.4:1, así mismo se estimó que 1994 las muertes por cáncer broncogénico serían de alrededor de 153,000. Mientras la frecuencia de otros tumores ha disminuido o se mantiene estable, la del cáncer broncogénico continúa aumentando de manera dramática.

El cáncer pulmonar permanece como la primera causa de muerte entre el sexo masculino, con 94,000 muertes, que corresponden al 33% de todas las muertes por cáncer. Entre las mujeres las muertes por cáncer broncogénico han sobrepasado a aquellas por cáncer de mama, con 59,000, es decir 23% de todas las muertes por cáncer.

En México en 1995, Navarro y colaboradores establecieron la tasa de frecuencia y de mortalidad referida de acuerdo al reporte anual contra el cáncer, reportando un incremento enorme del cáncer broncogénico en relación a otros tumores con una relación hombre mujer de 1.5:1.

En general, el aumento en la mortalidad del cáncer broncogénico, esta en relación no solo con la frecuencia creciente del mismo sino lo que es más importante, su baja tasa de curación, ya que cuando el diagnóstico se efectúa la mayoría de los casos se encuentran en etapas muy avanzadas. Por ejemplo el 20% de los casos tiene la enfermedad localizada en el momento del diagnóstico, el 25% ya se encuentra diseminado a ganglios linfáticos regionales y en el 55% ya presentan metástasis a distancia. En la actualidad, la probabilidad de que una persona al nacer fallezca tarde o temprano de cáncer broncogénico es del 8% para los hombres y 4% para las mujeres.

Como se ha visto la frecuencia sigue siendo alta en los hombres tanto en la mortalidad como en la morbilidad, aproximadamente de 2:1, aunque hay aumento progresivo en el sexo femenino, las cifras se duplican para ambos sexos cada 15 años. La edad de presentación de este cáncer se menciona que es entre los 55 años a 65 años de edad, aunque algunos reportes mencionan casos desde los 35 años de edad.



ETIOPATOGENIA

Aunque la etiología precisa no ha sido aclarada por completo, existe evidencia estadística que asocia esta neoplasia a la inhalación de sustancias carcinogénicas; por otra parte, es muy probable que haya susceptibilidad determinada por factores familiares, raciales e inmunológicos.

Se ha demostrado que existe relación entre la distribución demográfica del hábito de inhalar humo de tabaco, y la del carcinoma broncogénico, así como la relación dosis-respuesta entre el hábito y el tumor; para el hombre y para la mujer, el riesgo es directamente proporcional a la cantidad de humo inhalado, que a su vez es función del número de cigarrillos fumados por día y por vida, la duración en años del hábito, la edad al iniciarlo, la profundidad de la inhalación y los niveles de alquitrán y nicotina del tabaco.

Comparados con los no fumadores, los fumadores tienen de 10 a 35 veces más probabilidades de desarrollar cáncer broncogénico; para los ex-fumadores, las probabilidades disminuyen de 4 a 10 años después, según la intensidad del hábito.

De entre los numerosos carcinogénicos, han recibido atención especial el 3-4 benzopireno y el polonio 210, sin embargo hasta la fecha hay más de 2000 agentes químicos en el humo del cigarro, varios de los cuales actúan como carcinogénicos o co-carcinogénicos. En el humano el tabaquismo, induce un amplio espectro de cambios histológicos en el epitelio bronquial, mismos que no se observan en los no fumadores, estos cambios incluyen pérdida de los cilios, hiperplasia epitelial y anomalías nucleares, la severidad de dichos cambios aumentan en los grandes fumadores y tienden a ser menos severos en aquellos que fallecen de cáncer broncogénico.

Las alteraciones en la mucosa bronquial pueden disminuir más lentamente en aquellos individuos que han abandonado el hábito.

Otros carcinogénicos son el arsénico (también presente en el tabaco), asbesto, cromo, níquel, gas mostaza, éteres clorometílicos, uranio, hematitas y radiaciones ionizantes; el asbesto también es carcinogénico pleural y peritoneal. Con todos ellos el período de inducción es largo, y hay un efecto aditivo con el humo de tabaco.

Por otra parte, se han descrito carcinomas originados en pulmones con lesiones como silicosis, fibrosis intersticial difusa en fase terminal y especialmente en cicatrices de tuberculosis.

Aunque no es posible afirmar el papel que desempeña el aire contaminado de las grandes ciudades, consideramos que su efecto es, cuando menos, aditivo al de otros factores, en especial del humo de tabaco.

MANIFESTACIONES CLINICAS Y CLASIFICACION.

La clasificación histológica de las neoplasias pulmonares es muy importante, ya que tanto la variante histológica como la etapa del cáncer fundamentarán el manejo.

La siguiente clasificación es la propuesta por la Organización Mundial de la salud y hasta el momento es la base de cualquier diagnóstico histológico:



1. Carcinoma de células escamosas.
 - A) Epidermoide.

2. Carcinoma de Células pequeñas
 - A) Avenoide
 - B) Intermedias
 - C) Combinadas

3. Adenocarcinoma
 - A) Acinar
 - B) Papilar
 - C) Bronquioloalveolar
 - D) Sólido con formación de moco

4. Carcinoma de células grandes
 - A) Gigantes
 - B) Claras

5. Adenoescamoso (mixtos)

6. Carcinoide

7. Carcinoma de glándulas bronquiales
 - A) Adenoideo-quístico
 - B) Mucoepidermoide
 - C) Otros

Aquí se incluye el carcinoma *in situ*, que es una displasia severa, localizada, que antecede a la anaplasia.



El carcinoma de células escamosas o epidermoide, es responsable de 30% de todas las neoplasias malignas del pulmón, de localización central, se ha reportado que 80% de los casos, cursan con necrosis central por la falta de vascularidad en el centro, por lo que además puede cursar con absceso pulmonar más fácilmente; el carcinoma de células pequeñas, también de localización central, es de evolución más rápida, ya que se disemina por vía linfógena, y hematógena, por lo que la presencia de metástasis a distancia es más frecuente en este tumor que en los otros 3 principales tipos (epidermoide, células grandes y adenocarcinoma). El adenocarcinoma y el cáncer de células grandes, ambos son de localización periférica. El adenocarcinoma produce mucho más secreción mucosa que los otros. El carcinoma bronquioloalveolar es una variante del adenocarcinoma y se origina de las células que rodean la superficie alveolar.

El adenocarcinoma predomina en el sexo femenino y más en los grupos de no fumado. Este tipo de tumor es más frecuente en cicatrices de padecimientos previos como la tuberculosis, la fibrosis intersticial y el infarto pulmonar; además existen los carcinomas mixtos, que se refiere a que un mismo tumor tiene doble componente histológico, y algunos otros tumores poco comunes, como el angiosarcoma, carcinoides bronquiales, carcinomas adenoquisticos, entre otros.

El más común de todos es el adenocarcinoma y su frecuencia es cada vez mayor

El tumor carcinóide tiene tres tipos: el típico, que se considera una lesión benigna y que tiene su origen en las células de Kultchinsky; el atípico, que si se considera una lesión maligna, y el que se parece al carcinoma de células pequeñas y que con mayor frecuencia produce síndrome carcinóide que se caracteriza por cianosis intermitente, púrpura, telangectasias, cuadros diarreicos con dolor abdominal, edema en cara y brazos, disnea y sibilancias. Este carcinóide produce a, el ácido 5-hidroxiindolacético, el 5-hidroxitriptófano y la 5-hidroxitriptamina, por lo que la cuantificación de la primera en orina ayuda al diagnóstico. Predomina en el sexo femenino entre la quinta y sexta décadas de la vida, pero puede verse en jóvenes. Es un tumor central y puede dar metástasis a ganglios regionales, hígado, hueso y piel.

Los médicos generales tienen una participación muy importante en la detección de esta neoplasia. Los datos clínicos dependen de la afectación de estructuras vecinas, de las metástasis extratorácicas y las alteraciones por síndromes paraneoplásicos.



SECRETARÍA
DE SALUD

SALUD

Sin embargo, existen algunos datos que deben hacer sospechar la posibilidad de neoplasia :

- a) Modificación del tipo de expectoración.
- b) Presencia de expectoración hemoptoica o hemoptisis.
- c) Neumonía de repetición o que no se resuelve.
- d) Absceso pulmonar de paredes irregulares.
- e) Sibilancia localizada.
- f) Hipocratismo digital.
- g) Enfermedades previas o concomitantes, como tuberculosis o asbestosis.
- h) Astenia, anorexia o pérdida de peso.
- i) Disfonía.
- j) Síndrome de derrame pleural inexplicable.
- k) Tos que cambia en su tipo, sobre todo cuando es crónica y cambia en su manera de presentarse.
- l) Obstrucción de vena cava superior.
- m) Síndrome de Pancoast.
- n) Disfagia.
- o) Elevación diafrágmatica.

Un tumor en el vértice del pulmón se llama “ tumor de Pancoast “. Afecta a las estructuras que se encuentran en el sulcus superior y el hueco supraclavicular, como afectación de la pleura parietal, destrucción costal y vertebral, afección del plexo braquial. Este tumor se acompaña de dolor en el hombro y miembro torácico, parestesias y pérdida de la fuerza muscular. Existe otro tipo que cuando afecta al ganglio simpático cervical se acompaña con síndrome de Claudio Bernard Horner, caracterizado por ptosis, miosis, enoftalmos y alteraciones vasomotoras de la hemicara del lado afectado.

Las metástasis hematógenas de todas las estirpes son a glándulas suprarrenales, hígado, cerebro, riñón y hueso. Cada una tiene síntomas específicos de acuerdo al sitio anatómico de afectación.

Los síndromes paraneoplásicos pueden presentarse antes de que la lesión aparezca o con la presencia de la lesión tumoral, ya que las células de tumor producen las sustancias responsables del síndrome. Los tumores que con mayor frecuencia las producen son el carcinoma indiferenciado de células pequeñas y el tumor carcinoide. Entre las manifestaciones paraneoplásicas más frecuentes están:

Las neuromusculares :

- Miopatías (polimiositis, miastenia gravis)
- Neuropatía periférica
- Degeneración cerebelosa subaguda
- Encefalopatía
- Mielopatía necrosante



Las óseas y de la piel :

- Osteoartropatía pulmonar hipertrófica
- Acantosis nigricans



SECRETARÍA
DE SALUD

Las endocrinas y metabólicas :

- Síndrome de Cushing
- Síndrome carcinoide
- Hiperparatiroidismo, hipercalcemia
- Ginecomastia
- Acromegalia
- Hipoglucemia

Las vasculares y hematológicas:

- Tromboflebitis
- Púrpura
- Anemia

DIAGNOSTICO

El diagnóstico de cáncer broncogénico siempre estará basado en la historia clínica completa y en los exámenes de gabinete y de laboratorio complementarios.

Siempre se deberá de demostrar la extirpe histológica ya que de esto dependerá el tratamiento y la sobrevida. Existen diferentes imágenes radiográficas que sugieren la posible presencia de una neoplasia, como la atelectasia, síndrome de derrame pleural, neumonitis, nódulo pulmonar solitario, opacidad homogénea parenquimatosa, crecimiento ganglionar, ensanchamiento mediastinal, compresión de la traquea; otros exámenes son la citología de la expectoración en carbowax, sustancia que tiene como base al formaldehído y que mantiene a las células sin deteriorarse para poder ser observadas por el patólogo, así mismo la fibrobroncoscopia con cepillado y lavado bronquial deben de procesarse de igual manera para conseguir una posibilidad diagnóstica de cerca del 90%, además puede aumentar dicha posibilidad a el 95% cuando se agrega la biopsia endobronquial.

Si existe síndrome de derrame pleural deberá de realizarse toracocentesis, o bien documentar el diagnóstico con biopsia pleural cerrada, o pleuroscopia para tomar líquido pleural y biopsia pleural al mismo tiempo.



SECRETARÍA
DE SALUD

SALUD

Es posible llevar a cabo otros estudios diagnósticos como la cavografía, angiografía, acigografía, mediastinostomía, mediastinoscopia, biopsia transtóracica con aguja fina y finalmente con tomografía axial computada, estudio muy valioso en esta patología, porque con los datos que obtenemos se pueden evitar estudios de los ya mencionados.

La tomografía axial computada ayuda a evaluar el tumor y los ganglios mediastinales, así como establece la etapa clínica de acuerdo a la clasificación TNM.

La clasificación internacional TNM se aplica para tumores de células no pequeñas del pulmón. TNM significa "T" tumor; "N" nódulo o ganglio, y "M" metástasis. Entonces con las radiografías simples de tórax (PA y Lateral), la citología de expectoración, el examen endoscópico y la historia clínica es posible clasificar y estudiar integralmente a un paciente con cáncer broncogénico.

El papel del médico general es fundamental en la detección y manejo, debe de conocer muy bien la enfermedad y saber que hacer en cada etapa, ya que esta enfermedad será en el futuro un problema de salud pública nacional y mundial. Por otro lado, deberá de desestimar el uso de tabaco y evitar contacto con los neumotóxicos mencionados.

Subgrupos TNM		
Etapa	Subgrupos TNM	Supervivencia A los 5 años (%)
Etapa 0	Carcinoma <i>in situ</i>	
Etapa IA	T ₁ N ₀ M ₀	67
Etapa IB	T ₂ N ₀ M ₀	57
Etapa IIA	T ₁ N ₁ M ₀	55
Etapa IIB	T ₂ N ₁ M ₀	39
Etapa IIIA	T ₃ N ₀ M ₀	38
	T ₃ N ₁ M ₀	25
	T ₁ N ₂ M ₀	23
Etapa IIIB	T ₂ N ₂ M ₀	
	T ₃ N ₂ M ₀	
	T ₄ N ₀ M ₀ T ₄ N ₁ M ₀	7
Etapa IV	T ₄ N ₂ M ₀	3
	T ₁ N ₃ M ₀ T ₂ N ₃ M ₀	
	T ₃ N ₃ M ₀ T ₄ N ₃ M ₀	
	Cualquier T cualquier N M ₁	1

Reproducido con permiso de Mountain CF, "Revisions in the International System for Staging Lung Cancer", *Chest*, 1997, 111: 1710-1717.



TRATAMIENTO

SECRETARÍA
DE SALUD

El tratamiento ideal para el cáncer broncogénico, único que puede curarlo es la cirugía. Sólo se debe realizar en casos en etapa Ia, Ib,IIa,lib y IIIa ; en los casos IIIb y IV únicamente se usa como diagnóstico, cuando los otros estudios han sido infructuosos.

Se consideran contraindicaciones para cirugía a las metástasis o ganglios mediastinales contralaterales, parálisis de cuerda vocal izquierda, tumor a menos de 2 cm de la carina principal, derrame pleural con citología a células malignas, tumor central con invasión a tráquea y metástasis extratorácicas.

El carcinoma de células pequeñas no se clasifica en TNM, ya que esta es sólo para el carcinoma de células no pequeñas del pulmón. El carcinoma de células pequeñas se clasifica como limitado únicamente en 30% de los casos, llamado así cuando esta confinado un solo pulmón o que tiene ganglios del mismo lado de la lesión, tanto hiliares y paratraqueales del mismo lado e incluso hiliares contralaterales. Todo lo que sea mayor a esto se le llama enfermedad diseminada, que representa 70% de los casos.

La cirugía curativa se indica exclusivamente para un grupo muy bien escogido de casos, ya que debe estar dentro de las etapas ya mencionadas y con estudios de extensión negativos. En los casos que se operan, sólo debe de realizarse, resecciones segmentarias o lobares, evitando al máximo las grandes resecciones, con lo que la mortalidad aumenta notablemente, sobre todo en individuos de 60 años. La cirugía puede utilizarse en casos en que se requiera realizar pleurectomía o abrasión pleural, para casos de derrame pleural recidivante maligno.

La radioterapia se debe aplicar cuando exista una lesión pequeña en un paciente con mal estado general, en una lesión que se encuentra a menos de 1.5cm de la carina principal , tratamiento adyuvante a la cirugía o casos inoperables con fines paliativos.

El cáncer broncogénico del tipo epidermoide y el indiferenciado de células pequeñas so los que mejor responden a la radioterapia.

Son contraindicaciones para la radioterapia, los derrames pleurales muy extensos, los tumores con necrosis e infección concomitante y las alteraciones hematológicas de cualquier tipo.

La quimioterapia es muy efectiva en casos de adyuvancia y coadyuvancia a la radioterapia en tumores broncogénicos, como en el adenocarcinoma y el indiferenciado de células pequeñas. Así mismo, mejora la calidad de vida del paciente en casos intervenidos o no quirúrgicamente. Puede indicarse sola o como complemento de la radioterapia. Las drogas que con mayor frecuencia se utilizan son metotrexate, viscristina, ciclofosfamida, adriamicina, bleomicina y 5-fluoracilo: las combinaciones brindan, según el caso, ventajas que la radioterapia por sí sola no ofrece.

La quimioterapia también puede usarse en el manejo del síndrome de derrame pleural recidivante, ya que es posible lograr que ambas pleuras se adhieran y dejen de producir líquido, sellándose el espacio pleural. Para esto se debe de evacuar el líquido pleural con una sonda de drenaje y a través de la misma se administra la quimioterapia correspondiente, dejándola por espacio de 6 a 8 horas, para posteriormente dejarla salir, una vez que se obtengan diariamente menos de 100 ml de drenaje pleural, se podrá retirar dicho drenaje.

También se ha utilizado el láser Nd:YAG para la resección de tumores de la vía aérea grande y mediana, con buenos resultados, así mismo, la braquiterapia intraluminal, sobre todo en casos donde ya no se puede aplicar las radiaciones externas .

En numerosas ocasiones es necesario realizar todos los métodos de diagnóstico y de tratamiento disponibles, pero existirán casos donde no se deba de realizar ningún procedimiento.



En el paciente con cáncer siempre hay algo que ofrecer y hacer, ya que existen una variedad de tratamientos paliativos que se pueden dar para mejorar la calidad de vida del enfermo.

BIBLIOGRAFIA

- 1.- Dirección General de Epidemiología. Registro Histopatológico de Neoplasias en México. Secretaría de Salubridad, 1996, pp. 49-50
- 2.- Ramírez CE., Cicero RS., Zúñiga GC., Novelo RV., Navarro RF., Casanova, JM. El Cáncer Broncogénico en el Hospital General de México. Estudio de dos Décadas. Salud Pública de México. Mar-Abr. 1995. Vol. 37.No. 2 pp.155-161.
- 3.- Fishman AP., Pulmonary Diseases and Disorders, Mcgraw-Hill, Nueva York, 1998, pp. 1719-1851.
- 4.- Mountain CF., Dressler CM., Regional lymph node Clasification for Lung Cancer Staging. Chest, 1997, 111: 1718-1723.
- 5.- Mountain CF. Revisions in the International System for Staging Lung Cancer, Chest, 1997, 111:1710-1717 .
- 6.- Vázquez CJ., Navarro RF, Pérez RA., Rentería PN, Cicero SR, Resección de lesiones traqueobronquiales con broncoscopia láser Nd:YAG. Estudio Preliminar. Neum. Cir. Tor. 1997, 53. 4. 92-98



TUBERCULOSIS PULMONAR



CLASIFICACION CIE A15.0

SECRETARÍA
DE SALUD

HISTORIA

La historia de la tuberculosis en el siglo XXI, es nada más, el último capítulo de una historia prolongada y trascendental del impacto que ha tenido una bacteria sobre el género humano. Es por ello que debemos de considerar a esta enfermedad como parte integral de la historia de la medicina.

La tuberculosis es más antigua que la historia. Se han encontrado lesiones raquídeas características de la tuberculosis en restos humanos del periodo neolítico, y las pinturas en la tumbas egipcias ponen de manifiesto la formación clásica de la giba de la enfermedad de Pott. Los primeros escritos sugerentes de tuberculosis proceden de la India, de cerca de 700 años A. C. Y describen una enfermedad pulmonar crónica caracterizada por consunción. Aproximadamente en el año 380 A. C Hipócrates efectuó una descripción detallada de un trastorno pulmonar llamado "tisis " que en términos literales significa "fundirse o derretirse" o "desperdiciarse ". Aristóteles, al observar que los contactos estrechos de los pacientes con tisis tendían a desarrollar la enfermedad, sugirió que era causada por alguna sustancia productora de la misma exhalada hacia el aire en el aliento del paciente.

Este notable destello de intuición tuvo que esperar cerca de 2000 años para que lo confirmara Roberto Koch. El médico griego Galeno, que practicó y escribió en Roma durante el segundo siglo D.C. , describió principios de tratamiento que no se modificaron durante el siguiente milenio; reposo, eliminación de la tos, emplastos sobre el tórax, astringentes para la hemorragia (gargarismos de ácido tánico mezclado con miel), opio para la tos violenta e insistencia sobre la dieta. La edad media añadió la costumbre de curar la tisis por el " Contacto Real " (pocos suplicantes se quejaban del fracaso de la realeza).

El Renacimiento trajo consigo un nuevo interés por la observación y el empirismo. Andrés Vesalio en 1478 y Francisco Silvio en 1678 describieron magistralmente la mayoría de los hallazgos anatomopatológicos en la tuberculosis pulmonar con una precisión que hasta la fecha son vigentes.

Hacia el año 1800 la consunción era un enfermedad rampante en todas las regiones donde se llevaban estadísticas de salud ; la mayoría de los médicos consideraban que se trataba de un trastorno hereditario, aunque diversos observadores con mejor visión afirmaban que se trataba de una enfermedad transmisible, e incluso convencieron a algunos gobiernos para que establecieran leyes de cuarentena a fin de proteger al público.

En 1839, Johann Schölein sugirió por primera vez el nombre de *tuberculosis*, y en 1861, Oliver Wendell Holmes empleó el término *peste blanca* para llamar la atención sobre la prevalencia devastadora de la tuberculosis en la sociedad.

El nacimiento simultáneo de la ciencia de la bacteriología preparó el camino para el informe histórico de Roberto Koch, de 1882, en el que describió a *Mycobacterium tuberculosis* y sus buenos resultados para satisfacer los postulados de Koch como la causa de la tuberculosis.

Durante el siglo XIX, se relacionó a la tuberculosis con un sentido cultural peculiar de romance. Quizá porque afligía a tantos artistas, poetas y escritores,(Querrás, Thoreau, las hermanas Brontë, Chopin, Byron, y otros muchos), experimentar consunción se convirtió casi en una marca de distinción y la palidez causada por la enfermedad era parte del estándar de belleza.



SECRETARÍA
DE SALUD

SALUD

El siglo XIX presencié también lo peor y lo mejor de los criterios terapéuticos: entre 1800 y 1860 los pacientes sufrieron la era del tratamiento antiflogístico y contrairritante, durante la cual los médicos emplearon agentes vesicantes sobre las superficies de las partes afectadas del tórax, eméticos, catárticos, astringentes, sangrías y manipulaciones dietéticas que, a menudo, contribuían al estado de malnutrición.

Hermann Brehmer, en 1854, estableció el primer sanatorio para tuberculosos, en Gorbendorf, Alemania, convencido de que el aire fresco y frío de la montaña podría estimular la actividad cardiopulmonar, mejorar la circulación y propiciar la curación. Dettweiler modificó el régimen de Brehmer al insistir en la ingestión de seis comidas al día y en la exposición al aire fresco durante 8 a 12 horas diarias, lo que logró gracias a la creación de la arquitectura de hospital con estilo de pabellón, en la cual las camas de los pacientes se hacían rodar hacia los balcones y las verandas durante todas las estaciones.

El buen resultado clínico de este criterio produjo un movimiento de hospitales a nivel mundial que se basó en reposo, aire fresco, dieta de buena clase y evitación de los tratamientos tóxicos. En Estados Unidos de Norteamérica, Edward Livingston Trudeau, curado el mismo de la tuberculosis en las Montañas Adirondack de Nueva York, leyó el trabajo de Brehmer, en 1885, y estableció el primer sanatorio de Estados Unidos para tratar tuberculosis, el llamado Saranac Lake Cottage Sanatorium, construyó un laboratorio en ese local para aplicar los instrumentos bacteriológicos desarrollados por Koch, y no tardó en reconocer el valor diagnóstico del sistema radiográfico de Wilhelm Roentgen, que se puso en conocimiento del público por primera vez en 1896. La contribución del Trudeau Institute y del Cottage sanatorium a la cruzada contra la tuberculosis fue inmensa: en 1925 se habían “curado”, estudiado o ambas cosas 261 médicos en esas instituciones, y se convirtieron más adelante en trabajadores de los hospitales en todo el mundo. El desarrollo de manera paralela con el movimiento de los sanatorios e integrados con este, se centraron los esfuerzos de salud pública sobre el control de la tuberculosis.

En los decenios de 1920 y de 1930, se puso cada vez más en claro que la ciencia creciente de microbiología permitiría el desarrollo de fármacos eficaces contra los agentes patógenos humanos. Como la tuberculosis se consideraba la enfermedad infecciosa de mayor importancia en esa época, entablaron una carrera los laboratorios de investigación de las universidades y los de las compañías farmacéuticas del mundo para desarrollar una farmacoterapia eficaz contra esta enfermedad. Entre 1940 y 1950, se descubrieron la mayoría de los fármacos antituberculosos conocidos hasta el momento, lo que prácticamente disminuyó la prevalencia de la enfermedad, con lo que se tuvo de nuevo la impresión de que se había ganado la batalla contra la tuberculosis. Empezaron a surgir esperanzas de que pronto se relegaría la tuberculosis a los libros de historia, y que ocuparía un lugar junto a la viruela como otro azote más de la humanidad que se había eliminado de la tierra. Sin embargo, las primeras lecciones se olvidaron, o incluso nunca se aprendieron. El fracaso para lograr que los pacientes terminaran el tratamiento y el impacto de la infección del virus de la inmunodeficiencia humana sobre la incidencia de la tuberculosis han ayudado a que esta sea la causa principal de muerte por enfermedades infecciosas de manera global. Además se espera que la frecuencia mundial se incremente en 57.6% entre 1990 y 2005, a pesar de tener la disponibilidad y eficacia del tratamiento antituberculoso actual.



SECRETARÍA DE SALUD **SALUD**

EPIDEMIOLOGIA

Revisar la epidemiología, la morbilidad y mortalidad de la tuberculosis es una tarea titánica ya que hasta el momento se desconoce con precisión el número de casos nuevos y de defunciones por tuberculosis cada año, características demográficas y distribución geográfica, tendencias de casos y defunciones con el paso del tiempo y número de personas infectadas pero sin enfermedad actual, salvo en algunos países industrializados, esta información parece estar bien documentada. Gran parte de la población de los países en desarrollo no tiene acceso a los servicios de asistencia de la salud, incluso aun cuando se dispone de estos servicios quizá no se informen los casos a las autoridades sanitarias, o no se cuente con un sistema de vigilancia y de salud pública en el sitio para la obtención y el análisis de la información ; Así mismo el instrumento diagnóstico principal, y a menudo el único, que se emplea en los países en desarrollo es el examen microscópico del esputo, que no permite identificar los casos de tuberculosis negativa al frotis y positiva al cultivo, o en los casos de formas extrapulmonares. Por tanto, siguen siendo indetectables los casos de tuberculosis en los países en desarrollo. A causa de estas limitaciones, se puede examinar sólo de manera indirecta la frecuencia mundial de esta enfermedad.

Murray y cols, estimaron que en 1990 el número de casos nuevos de todas las formas de tuberculosis en los países en desarrollo era de 7.1 millones. Hace menos tiempo, Kochi, estimó que había 7.6 millones de casos nuevos de tuberculosis en los países en desarrollo y 400 000 nuevos casos adicionales en los países industrializados, lo que lleva al número total de 8 millones de nuevos casos de tuberculosis anualmente, por lo tanto se estima que 95% de los casos de tuberculosis se producen en los países en desarrollo y que solo el 5% de los casos ocurren en los países industrializados.

Según el informe de la OMS de 1989, en los países en desarrollo se producen 1.3 millones de casos y 450 000 defunciones por tuberculosis en niños menores de 15 años de edad. Sin embargo, desde el punto de vista económico, el número más grande de casos y defunciones se concentra en el grupo más productivo de la población (15 años a 59 años); 70% a 80% de los casos de tuberculosis en desarrollo corresponde a este grupo de edad. Parece ser entonces que la tuberculosis es la causa principal de muerte como consecuencia de infección por un solo agente patógeno en el mundo, estimándose que ocasiona 7% de todas las defunciones y 26% de las que se pueden prevenir en potencia en el mundo.

ETIOPATOGENIA

Después de decenios de falta relativa de interés, los instrumentos actuales de la genética molecular y de la inmunología celular se están aplicando a ritmo precipitado para el estudio de la patogénesis de la tuberculosis y las bases de la reacción inmunológica protectora. Este renacimiento de la investigación de la tuberculosis será un enorme refuerzo para la comprensión básica del proceso patológico. Es seguro que de este campo nacerán nuevos criterios para la prevención, el diagnóstico y el tratamiento de la tuberculosis.

La infección inicial por el bacilo de la tuberculosis se transmite por el aire, como *Mycobacterium tuberculosis* no contiene enzimas que le permitan penetrar por el moco, los microorganismos deben encontrarse en partículas de tamaño suficientemente pequeño (menos de 5µm), para penetrar en la zona alveolar, sitio en el que no hay moco. Aunque no se conoce la dosis infecciosa mínima de *M. tuberculosis* para el hombre, en conejos y cobayos, puede bastar con uno a tres microorganismos.



SECRETARÍA DE SALUD

SALUD

Estos primeros microorganismos, serán ingeridos por los macrófagos alveolares. Como estos se encuentran inactivados, los monocitos recién llegados al sitio no podrán matar a *M. tuberculosis* intracelular, que se duplicará dentro de los macrófagos y aumentará en número con rapidez. Durante este período, antes que ocurra el desarrollo de la inmunidad específica, es cuando los microorganismos aparecerán en los ganglios linfáticos que drenan la región, en seguida sobrevendrán bacteremia o diseminación hematológica.

Varias semanas después de crecimiento no inhibido de *M. tuberculosis*, sobreviene una reacción inmunológica, que da por resultado interrupción del crecimiento bacteriano, pueden quedar eliminados por completo los microorganismos en el sitio de la infección inicial (primoinfección), sin embargo, en los sitios de diseminación bacilar por vía hematológica los microorganismos pueden persistir pero con crecimiento detenido; meses a años después, por motivos que no han podido dilucidarse aún, el microorganismo empieza a reproducirse con mayor rapidez y da por resultado desarrollo de tuberculosis sintomática, aunque estas lesiones pueden encontrarse en cualquier sitio del organismo, se observan más a menudo en los ápices pulmonares, huesos, ganglios linfáticos, meninges y riñones. Se cree que las tensiones tisulares elevadas de oxígeno son un factor de gran importancia en la localización y crecimiento de *M. tuberculosis*.

MANIFESTACIONES CLINICAS

El contacto inicial con *M. tuberculosis* ocurre en la periferia del pulmón, donde se ha depositado por inhalación, el bacilo tuberculoso establece una infección localizada que, al principio, da por resultado pocos síntomas o signos clínicos, o incluso ninguno.

Es frecuente la diseminación local hacia los ganglios linfáticos hiliares, y desde ahí los microorganismos ingresan en la sangre y se diseminan hacia otras partes del cuerpo, esta diseminación del microorganismo produce como resultado focos pulmonares y extrapulmonares que son los que originan las manifestaciones clínicas principales de la tuberculosis; Al principio se observa aumento de tamaño de los ganglios linfáticos en las radiografías, y más tarde, en ocasiones, ocurre calcificación tanto de los ganglios linfáticos como de la lesión parenquimatosa, este es el complejo clásico de Ghon, y sugieren no sólo una infección tuberculosa antigua, sino también enfermedades como la histoplasmosis. Al principio de la bacteriemia inicial no se desarrollan pruebas adicionales de tuberculosis en la mayoría de los pacientes, porque las defensas locales y generales frenan la infección. La tuberculosis pulmonar de reactivación o postprimaria suele desarrollarse después de un periodo de latencia y se origina a partir de los sitios de diseminación hematológica, por tanto, la infección inicial por el bacilo de la tuberculosis a menudo carece de importancia clínica e inadvertida, en la mayoría de los pacientes la enfermedad se conserva latente por tiempo indefinido o durante muchos años, y cuando sobreviene un momento de debilitamiento puede ser secundaria a disminución de la inmunidad corporal

La tuberculosis pulmonar suele desarrollarse insidiosamente sin pruebas clínicas francas, sin embargo, como tiene un espectro muy amplio de manifestaciones, desde reactividad cutánea con pruebas radiográficas negativas hasta tuberculosis muy avanzada, habrá también diversas presentaciones clínicas. Mientras no llegue la enfermedad pulmonar a un nivel moderado o muy avanzado, según los cambios radiográficos, los síntomas pueden ser mínimos y a menudo se atribuirán a otras causas, como tabaquismo excesivo, trabajo intenso, embarazo u otros trastornos.



SECRETARÍA DE SALUD

SALUD

Los síntomas se clasifican en dos categorías : generales y pulmonares. El general observado con más frecuencia es la fiebre de grado bajo, al progresar la enfermedad la fiebre se vuelve notable, de manera característica se desarrolla durante la parte final de la tarde, y quizá no se acompañe de síntomas importantes, salvo al final del día, cuando se instala la diaforesis, que se ha llamado “ sudores nocturnos “, pueden haber otros datos clínicos propios de la infección como malestar general, irritabilidad, fatiga excesiva, cefalalgia, y pérdida de peso. Al desarrollarse necrosis caseificante y licuefacción concomitante de la caseificación, el paciente tendrá a menudo tos y expectoración acompañado de hemoptisis leve, el dolor torácico suele ser localizado y de tipo pleurítico, la disnea con y sin insuficiencia respiratoria suele indicar enfermedad extensa con afección diseminada del parénquima pulmonar, o alguna forma de obstrucción traqueobronquial y por tanto, suele ser tardía durante la evolución de la enfermedad.

De ordinario, la exploración física del tórax tiene poca utilidad al principio de la enfermedad, y a menudo los datos son totalmente normales. El dato principal sobre las zonas de infiltración consiste en estertores finos identificados durante la inspiración profunda seguida por aspiración completa y tos terminal dura, lo que se ha llamado estertores postusivos, suelen identificarse en los vértices de los pulmones; sitios donde es más frecuente la reactivación de la enfermedad. Conforme progresa está se encuentran datos más amplios; que corresponden a las regiones de afección y al tipo de trastorno patológico: pueden sobrevenir manifestaciones alérgicas, que suele desarrollarse en el momento en que se inicia la infección, entre ellas eritema nodoso y conjuntivitis flictenular. Es probable que el eritema indurado, que es la afección de la parte baja de la pierna y del pie por enrojecimiento, tumefacción, y necrosis represente una combinación de infección bacteriana subcutánea local con reacción alérgica y no debe de confundirse con el eritema nodoso. Este último se debe complejos inmunitarios circulantes, con lesión vascular localizada resultante. Al principio el eritema nodoso se produce en la parte más baja del cuerpo, y si la reacción es de gravedad suficiente, puede ir seguida por un proceso más diseminado.

Rara vez son de utilidad los exámenes sistemáticos de laboratorio para establecer o sugerir el diagnóstico. En caso de tuberculosis pulmonar crónica, puede encontrarse anemia normocrómica normocrómica leve. La cuenta de leucocitos suele ser normal y cuando llega a ser de 20 000/ ul sugerirá otro proceso infeccioso; sin embargo, en ocasiones se observa una reacción leucemoide en caso de tuberculosis pulmonar miliar, pero no en la que se confina al tórax. Aunque puede ocurrir “ desviación hacia la izquierda “ en la cuenta diferencial de leucocitos en caso de enfermedad avanzada, estos cambios no son específicos ni de utilidad. Otros resultados de prueba inespecíficos que pueden estar elevados en caso de tuberculosis activa son sedimentación eritrocítica, y alfa y beta globulinas. El descubrimiento de piuria sin bacterias según la coloración de Gram sugiere afección renal. En ocasiones, antes del tratamiento están elevadas las enzimas hepáticas (transaminasas y fosfatasa alcalina), sin embargo, este dato suele deberse a hepatopatía concomitante secundaria a otros problemas, como alcoholismo, más que a la afección tuberculosa. Como los fármacos empleados para tratar la tuberculosis pueden producir hepatotoxicidad, es importante cuantificar la anomalías hepáticas antes del tratamiento. Rara vez es baja la concentración de sodio a causa de secreción inadecuada de hormona antidiurética, esto sucede sólo en caso de tuberculosis pulmonar avanzada con complicación a glándulas suprarrenales (Enfermedad de Addison).

La radiografía de tórax es el estudio único de mayor utilidad para sugerir el diagnóstico de tuberculosis pulmonar. El aspecto de la radiografía difiere en relación a la tuberculosis primaria y en la postprimaria o de reactivación.



SECRETARÍA DE SALUD

SALUD

El aspecto radiográfico más frecuente de la tuberculosis pulmonar primaria es normal. En contraste con la tuberculosis de reactivación, que suele abarcar a los segmentos superiores y posteriores, en la tuberculosis primaria la afección parenquimatosa puede ocurrir en cualquier segmento del pulmón. En caso de infección primaria solo hay predilección ligera por los lóbulos superiores; además pueden estar afectados los segmentos anteriores lo mismo que los posteriores. La consolidación de los espacios aéreos se manifiesta como densidad homogénea con bordes mal definidos, y la cavitación es rara salvo en los pacientes desnutridos o de otro tipo con trastornos en la inmunidad. La afección miliar al principio se observa en menos del 3% de los casos, más a menudo en niños menores de dos a tres años de edad. Quizá la única manifestación de tuberculosis primaria sea un derrame pleural aislado de grado leve a moderado.

Un dato característico de la tuberculosis pulmonar primaria es la adenopatía paratraqueal. En 15% de los casos puede haber adenopatía hiliar bilateral. Esta es unilateral con mayor frecuencia. Las adenopatías hiliar y paratraqueal unilaterales son igualmente frecuentes. La adenopatía hiliar masiva puede anunciar una evolución complicada, puede producirse atelectasia con neumonía obstructiva como resultado de compresión bronquial ejercida por los ganglios linfáticos inflamados o por uno con degeneración caseosa que se rompe hacia un bronquio.

Aunque la tuberculosis pulmonar de reactivación puede afectar a cualquier segmento pulmonar, la distribución característica suele sugerir la enfermedad. En 95% de los casos de tuberculosis pulmonar localizada, las lesiones se encuentran en los segmentos apicales o posteriores de los lóbulos superiores o en los segmentos superiores de los lóbulos inferiores. El segmento anterior del lóbulo superior casi nunca es la única zona manifiesta de afección. Aunque el radiólogo puede intentar describir la actividad de una lesión según su aspecto radiográfico, la comprobación de actividad se determina mediante valoración bacteriológica y clínica. Con demasiada frecuencia la lesión informada como inactiva o estable por los datos radiográficos progresa hasta tuberculosis sintomática.

El patrón parenquimatoso característico de tuberculosis de reactivación es la consolidación de los espacios aéreos de naturaleza confluyente. A menudo se encuentran densidades lineales que establecen conexión con el hilio ipsilateral, no es rara la cavitación, pero sí lo es el aumento de tamaño de los ganglios linfáticos. Conforme las lesiones se vuelven más crónicas, se circunscriben de manera más precisa con contorno irregular, la fibrosis producirá pérdida de volumen en el pulmón afectado. La combinación de neumonitis en manchas, fibrosis y calcificación sugiere enfermedad granulomatosa crónica, por lo general tuberculosis.

Las cavidades que se desarrollan en la tuberculosis suelen tener una pared moderada gruesa y una superficie interior lisa, pero no tienen niveles hidroaéreos. La cavitación se acompaña a menudo de diseminación endobronquial de la enfermedad, desde el punto de vista radiográfico, la diseminación endobronquial se manifiesta como sombras acinares pequeñas múltiples.

En 1976, la American Lung Association, propuso una clasificación dinámica de la tuberculosis que incluye los aspectos epidemiológicos, inmunológicos, clínicos y de tratamiento, esta clasificación se divide en los siguientes grupos:



- Clase 0 Individuos no infectados y no expuestos a la infección.** SECRETARÍA DE SALUD
- Clase I Individuos en contacto con tuberculosos.** Combe positivo. PPD negativo.
- Clase II Infección Tuberculosa, sin enfermedad evidente.** BAAR negativo. PPD positivo. Requieren vigilancia estricta y eventualmente tratamiento quimioprofilaxis.
- Clase III Tuberculosis activa, pulmonar o extrapulmonar.** El cultivo para *M. Tuberculosis* es positivo, aunque la baciloscopía no siempre es positiva y existe la evidencia radiográfica de enfermedad pulmonar o extrapulmonar. Deben estudiarse totalmente y tratarse con los esquemas propuestos por la NOM-006-SSA2-1993.
- Clase IV Tuberculosis sin enfermedad activa pero con secuelas.** Pueden ser datos radiográficos, PPD positivos, cultivo negativo. Se debe investigar fecha de diagnóstico y tratamiento previo. En caso necesario puede reclasificarse de acuerdo a resultados.
- Clase V Sospecha de Tuberculosis.** El diagnóstico debe ser confirmado antes de 3 meses y ser reclasificado .

DIAGNOSTICO

A menudo es muy difícil el diagnóstico de tuberculosis, pero el diagnóstico exacto solo se puede realizar con la confirmación bacteriológica. Es importante recordar que el resultado positivo del frotis acidorresistente es inespecífico de *M. tuberculosis*, pueden ser acidorresistentes otras micobacterias, tanto saprofíticas como patógenas potenciales. Además, el frotis acidorresistente negativo no debe de sorprender al clínico, ya que 50% de los pacientes cuyos resultados del cultivo son positivos tendrán un resultado negativo del frotis acidorresistente. En consecuencia, la única manera absoluta de confirmar el diagnóstico es el cultivo de *M. tuberculosis*.

La mejor muestra para coloración y cultivo de *M. tuberculosis* es el esputo recién expectorado. Las muestras de esputo a las 24 horas posteriores a la toma se encuentran invadidas a menudo por flora de la boca, y su utilidad es mucho menor; si el paciente no esta produciendo expectoración de manera espontánea, el mejor ejemplar para estudio será el esputo inducido. Se puede obtener haciendo que el paciente respire un aerosol de solución salina isotónica o hipertónica durante 5 minutos a 15 minutos. Para producir una muestra espontánea de expectoración, puede ser de utilidad la aspiración gástrica del esputo deglutido, esta muestra debe obtenerse por la mañana, antes que el paciente ingiera alimentos.



SECRETARÍA
DE SALUD

SALUD

En la mayoría de los pacientes, los procedimientos descritos tendrán buenos resultados para obtener material que producirá resultados del cultivo positivos. Los frotis del contenido gástrico en busca de bacilos acidorresistentes tiene valor limitado, y no se recomiendan por la presencia de bacilos acidorresistentes no tuberculosos ingeridos. En unos cuantos casos será necesario recurrir a la broscopia, la cual documenta el diagnóstico hasta en el 95% de los casos.

Finalmente es necesario comentar que hay un número importante de casos de tuberculosis pulmonar en donde el diagnóstico de la enfermedad se efectuó en ausencia de confirmación bacteriológica, por lo que siempre que se documente la enfermedad de esta forma se deberá establecer una combinación de resultados entre la prueba cutánea (PPD), radiografía de tórax compatible y prueba terapéutica.

La prueba cutánea de la tuberculina es el único método para identificar la presencia de infección por *M. tuberculosis*, no es ni 100% sensible ni 100% específica. Cerca de 10% de los pacientes con tuberculosis pulmonar activa no reaccionarán a la tuberculina, aunque la reactividad puede ser variable. De los más de 5000 pacientes con tuberculosis pulmonar que se sometieron a prueba en un estudio, 96% produjeron una induración que se podía medir cuando se sometieron la prueba cutánea de la tuberculina. Estas reacciones promediaron entre 16mm y 17mm de diámetro; pocas tuvieron un diámetro menor de 5mm. Algunos estudios han demostrado que 20% de las personas con esputo positivo para *M. tuberculosis*, en las cuales se acababa de diagnosticar tuberculosis pulmonar por primera vez, tuvieron resultados negativos en la prueba de la tuberculina. De los pacientes con tuberculosis en los que se confirmó esta por cultivo, 17% ingresaron a un hospital y tuvieron una induración menor de 4mm de diámetro cuando se sometieron a la prueba de la tuberculina. Otro estudio reportó, 21% de los pacientes con tuberculosis pulmonar produjeron una induración de 5mm de diámetro o menor a la tuberculina en el momento del diagnóstico. La reactividad se restableció en 95% de los pacientes después de 2 semanas de quimioterapia antituberculosa y de complementación nutricional.

También es variable la especificidad de la prueba de la tuberculina. Los resultados de encuestas cutáneas de tuberculina, en grupos de población con riesgos variables de infección por *M. tuberculosis*, indicaron que algunas personas con reacciones menores de 6mm de diámetro tenían poca probabilidad de manifestar pruebas radiográficas de calcificaciones pulmonares.

En un estudio realizado por la Marina de los Estados Unidos de Norteamérica se encontró una gran variedad en tamaños de la reacción de la tuberculina que difirieron en grado notable según la residencia geográfica del recluta. En todas las regiones geográficas, algunas personas tuvieron grandes reacciones a la tuberculina (10mm o más) que se parecían a las observadas a menudo en los pacientes con tuberculosis. En contraste, se produjeron con mayor frecuencia tamaños de reacción pequeños (menos de 10 mm) en los reclutas nativos del sudeste, y fueron menos frecuentes en los que provenían de la parte norte de Estados Unidos. En la actualidad se sabe que estas pequeñas reacciones se deben a infección por micobacterias no tuberculosas.

La utilidad de la prueba cutánea de la tuberculina dependerá de la prevalencia de la infección por *M. tuberculosis* y de la prevalencia relativa de las reacciones cruzadas con micobacterias no tuberculosas. En una población con prevalencia baja de infección tuberculosa, estarán en realidad infectados por micobacterias no tuberculosas la mayoría de los sujetos que reaccionan a la tuberculina (es decir, será bajo el valor de predicción positivo de la prueba).



SECRETARÍA
DE SALUD

SALUD

El valor de predicción positivo de una prueba cutánea de la tuberculina será mucho más elevado en las poblaciones en las que es más frecuente la infección por *M. tuberculosis*, por este motivo, sólo deberá efectuarse prueba cutánea de la tuberculina en grupos de población que se encuentren en riesgo incrementado de la infección tuberculosa.

En la actualidad, la tuberculosis pulmonar, es una enfermedad que se encuentra más a menudo en individuos de más de 25 años de edad. En el adulto, la tuberculosis pulmonar primaria se está volviendo más frecuente, y puede manifestarse como neumonía del lóbulo inferior. Las neumonías bacterianas frecuentes suelen distinguirse con facilidad de la tuberculosis. El infiltrado alveolar localizado en la radiografía de tórax y la reacción inmediata a los antimicrobianos permiten distinguir entre neumonía bacteriana y tuberculosis. Cuando haya dudas, deberá administrarse primero tratamiento para la neumonía bacteriana, y se omitirá el tratamiento de la tuberculosis hasta que se hayan obtenido muestras adecuadas de esputo y se haya determinado la sensibilidad de los microorganismos a los antimicrobianos. Los abscesos pulmonares suelen distinguirse de las cavidades tuberculosas por : 1) el nivel hidroaéreo prominente; 2) distribución más frecuente por el lóbulo inferior, y 3) datos clínicos (es decir, acompañados de convulsiones, alcoholismo, caries dental, etc.).

En los ancianos, el diagnóstico diferencial principal consiste en distinguir entre tuberculosis pulmonar y carcinoma broncogénico. Un concepto importante que debe recordarse es que el carcinoma puede hacer que se disemine un foco de tuberculosis; por tanto, carcinoma de pulmón y tuberculosis son fenómenos que pueden ocurrir de manera simultánea . En los pacientes con presentación de este tipo el diagnóstico de la tuberculosis suele hacerse primero, y el de carcinoma se retrasa varios meses, por tanto, si los datos radiográficos y clínicos sugieren carcinoma pero el esputo contiene bacilos acidorresistentes, pueden estar indicados otros procedimientos más para el diagnóstico de carcinoma. La afección aislada del segmento anterior del lóbulo superior, del lóbulo inferior o la presencia de cavidades irregulares sugieren carcinoma, y puede estar indicada la investigación diagnóstica ulterior a pesar de la presencia de bacilos acidorresistentes en el frotis de esputo.

Cualquier tipo de enfermedad infecciosa o granulomatosa puede ser idéntica a la tuberculosis desde el punto de vista radiológico. Se deben distinguir tres categorías: enfermedades por hongos (histoplasmosis, coccidioidomicosis y blastomicosis), trastornos por bacterias (*Pseudomonas* *Pseudomallei*) y procesos patológicos producidos por micobacterias atípicas (sobre todo las del complejo *M. Kansassi* y *M. Avium*). La mejor manera de distinguir entre estas enfermedades es el cultivo del microorganismo a partir de la expectoración del paciente, aunque también son de utilidad los títulos de anticuerpos séricos contra hongos.



TRATAMIENTO

SECRETARÍA
DE SALUD

SALUD

Antes del tratamiento farmacológico eficaz, morían en plazo de 2 años casi la mitad de los pacientes de tuberculosis pulmonar activa, la cuarta parte se recuperaban, y otra cuarta parte sobrevivían con enfermedad crónicamente activa. El tratamiento hospitalario era efectivo en la enfermedad no cavitaria, pero no tanto en los casos más avanzados. El riesgo de recaída de toda la vida tras detenerse la enfermedad era de 25% en quienes se daban de alta de los hospitales.

Entre 1950 y 1960, se puso de manifiesto que la quimioterapia prolongada curaba a casi todos los pacientes, por lo que se volvieron innecesarias las medidas tradicionales, como el reposo en cama prolongado y colapsoterapia, se abandonó también el aislamiento prolongado, ya que la quimioterapia volvía pronto no infecciosos a los pacientes. Aunque el fracaso del tratamiento debiere ser en teoría un fenómeno raro con fármacos eficaces, a menudo los resultados no logran este ideal. En ocasiones la causa es resistencia no reconocida a los fármacos, o selección de un régimen inapropiado; y en mayor número falta de cumplimiento del régimen prescrito, ocultado muchas veces con celo por el propio paciente al ver que recupera la salud y disminuir su motivación para seguir con los medicamentos, por tanto, la educación del paciente es un aspecto esencial para los buenos resultados, las visitas frecuentes al médico, no sólo hacen posible vigilar la obediencia del régimen, la reacción clínica y la toxicidad farmacológica, sino que además refuerzan la seriedad de el tratamiento.

La población bacilar de micobacterias en la tuberculosis pulmonar esta constituida por microorganismos con diversos niveles de metabolismo. Se considera importante conocer los efectos de los diversos fármacos sobre estas subpoblaciones bacterianas para el diseño de los regímenes terapéuticos.

La quimioterapia abarca entonces una fase bactericida y una fase de esterilización; durante la primera fase los bacilos mueren con mayor rapidez, mientras que durante la fase de esterilización, más lenta, los bacilos se inhiben o se mueren. Los microorganismos extracelulares de multiplicación rápida que se encuentran en el ambiente hiperóxico, de pH neutro de la cavidad pulmonar son muy susceptibles a los fármacos bactericidas, otros son activos en menor grado desde el punto de vista metabólico, o sólo de manera intermitente, en el ambiente hiperóxico y ácido del material caseoso sólido, el ambiente ácido de los tejidos inflamados de manera aguda o el ambiente muy supresor y ácido de los macrófagos activados. Estos microorganismos no son susceptibles a la acción bactericida rápida de los agentes quimioterapéuticos. Debe insistirse en que, en el tejido caseoso sólido (necrosis sólida no absorbida), algunos microorganismos atrapados se vuelven totalmente latentes y no se ven afectados tanto por los antimicrobianos como por los mecanismos inmunológicos celulares, estos microorganismos persistentes pueden frenarse con seguridad sólo mediante cicatrización con fibrosis y encapsulación.



SECRETARÍA
DE SALUD

ACCIONES DE LOS AGENTES ANTITUBERCULOSOS DE PRIMERA LÍNEA

<u>Agente</u>	<u>Actividad</u>
Isoniacida (INH)	Bactericida contra los bacilos tanto intracelulares como extracelulares
Rifampina (RMP)	Bactericida contra los bacilos tanto intracelulares como extracelulares; esterilizante contra los microorganismos que metabolizan con lentitud
Piracinamida (PZA)	Actividad bactericida deficiente nada más; buena actividad esterilizante al actuar de manera sinérgica con la INH y quizás otros fármacos; activa a pH ácido; máxima actividad durante los primeros meses del tratamiento
Estreptomicina (STM)	Bactericida contra los bacilos extracelulares nada más
Etambutol (EMB)	Bactericida probablemente contra los microorganismos tanto intracelulares como extracelulares, a la dosis de 25 mg/kg; bacteriostático a la dosis de 15 mg/kg



SECRETARÍA
DE SALUD

RECOMENDACIONES POSOLÓGICAS PARA EL TRATAMIENTO DE LA TB ENTRE NIÑOS* Y ADULTOS

Fármacos	Diariamente		Dos veces a la semana		Tres veces a la semana	
	Niños	Adultos	Niños	Adultos	Niños	Adultos
Isoniacida (INH)	0-20 mg/kg máx. 300 mg	5 mg/kg máx. 300 mg	20-40 mg/kg máx. 900 mg	15 mg/kg máx. 900 mg	20-40 mg/kg máx. 900 mg	15 mg/kg máx. 900 mg
Rifampina (RMP)	10-20 mg/kg máx. 600 mg	10 mg/kg máx. 600 mg	10-20 mg/kg máx. 600 mg	10 mg/kg máx. 600 mg	10-20 mg/kg máx. 600 mg	10 mg/kg máx. 600 mg
Pirrazinamida (PZA)	15-30 mg/kg máx. 2 g	15-30 mg/kg máx. 2 g	50-70 mg/kg máx. 4 g	50-70 mg/kg máx. 4 g	50-70 mg/kg máx. 3 g	50-70 mg/kg máx. 3 g
Etambutol (EMB)	15-25 mg/kg máx. 2.5 mg	15-25 mg/kg máx. 2.5 mg	50 mg/kg máx. 2.5 g	50 mg/kg máx. 2.5 g	25-30 mg/kg máx. 2.5 g	25-30 mg/kg máx. 2.5 g
Estreptomina (STM)	20-30 mg/kg máx. 1 g	15 mg/kg máx. 1 g	25-30 mg/kg máx. 1.5 g	25-30 mg/kg máx. 1.5 g	25-30 mg/kg máx. 1 g	25-30 mg/kg máx. 1 g
Capreomicina, kanamicina	20-30 mg/kg máx. 1 g	15 mg/kg máx. 1 g	NI	NI	NI	NI
Cicloserina	10-20 mg/kg máx. 500 mg	10 mg/kg máx. 1 g	NI	NI	NI	NI
Etionamida (ETH)	10-15 mg/kg máx. 750 mg	10-15 mg/kg máx. 1 g	NI	NI	NI	NI
Protionamida	300 mg/kg	250 mg/kg	NI	NI	NI	NI
Ácido paraaminosalicílico (PAS)		al menos 12 g				
Tiocetazona	NI	150 mg	NI	NI	NI	NI
Ciprofloxacina	NI	1-1.5 g	NI	NI	NI	NI
Ofloxacina	NI	600 mg	NI	NI	NI	NI
Clofacimina	NI	100-200 mg	NI	NI	NI	NI

Nota: máx. = dosis máxima; NI = no indicado. *Fuente:* Adaptado con autorización de Davidson y Le y Centers for Disease Control.

*Niños; 12 años de edad.



SECRETARÍA
DE SALUD

Antes de disponer de la rifampicina, se obtenían resultados excelentes en las infecciones sensibles a los fármacos con isoniacida a la que se añadía PAS o etambutol durante 18 a 24 meses, que se “ reforzaban “ en caso de enfermedad extensa mediante estreptomycin durante las 6 a 12 primeras semanas de tratamiento. Los ciclos de tratamiento más breve se acompañaban de tasas inaceptables de recaídas. Durante varios años después de haber utilizado la rifampicina, en 1966 se empleó principalmente para tratar los casos resistentes a la isoniacida, en los que funcionó de manera adecuada. Sin embargo, la conveniencia de contar con regímenes de tratamiento más breves era clara, y se centró la atención para lograrlo mediante empleo de isoniacida y rifampicina juntas. Los estudios definitivos efectuados en Inglaterra, Estados Unidos de Norte America y otras partes señalaron que las infecciones sensibles a los fármacos se trataban con tanta eficacia, con tasas de curación que se aproximaban a 97%, mediante 9 meses con isoniacida y rifampicina, y con regímenes de 18 meses a 24 meses que no contenían rifampicina. A continuación se demostró que los regímenes de 6 meses que tenían como base una “ etapa bactericida ” inicial de 2 meses, consistente en isoniacida, rifampicina, pirazinamida y estreptomycin o etambutol, y una “ etapa de continuación “ de isoniacida y rifampicina durante 4 meses más daban tan buenos resultados como los regímenes más prolongados; se estableció, además, que durante la “ etapa de continuación “ los fármacos podían administrarse dos o 3 veces a la semana, lo que brindaba la oportunidad de administrar tratamiento vigilado de manera directa, ventaja en la que nunca se insistirá demasiado cuando se estén sometiendo a tratamiento a personas sin hogar o drogadictas.

Es sorprendente que la resistencia inicial a la isoniacida o a la estreptomycin no cambió los resultados de los regímenes de 6 meses, aunque la resistencia inicial a la rifampicina los volvió ineficaces en grado importante: A continuación se demostró que los resultados con isoniacida, rifampicina, y pirazinamida durante 2 meses, a los que siguieron isoniacida y rifampicina durante 4 meses más, no mejoraron cuando se añadieron estreptomycin o etambutol en infecciones susceptibles a los fármacos.

El régimen de 6 meses de tres fármacos es una alternativa aceptable al de 9 meses con isoniacida más rifampicina en poblaciones en las que es muy poco probable la resistencia farmacológica. Deben emplearse con muy poca frecuencia los regímenes más antiguos en los que no se incluye la rifampicina, sin embargo, como la única ventaja de los regímenes más breves en los casos de infección sensible a los fármacos es acortar el tratamiento, cabe aplicar una advertencia, el desarrollo de resistencia farmacológica en caso de infección sensible al principio se debe casi siempre a la falta de obediencia del paciente, cuando este prosigue con un fármaco pero omite otro, es probable que aparezca resistencia al fármaco omitido. Más aún, es más importante la hepatotoxicidad cuando se administran juntas isoniacida y rifampicina que en el caso de los regímenes que contienen el primer fármaco pero no el segundo. Aunque el aumento del riesgo no es grande, es necesario valorar la justificación de cualquier riesgo incrementado cuando se trata de una enfermedad de extensión limitada causada por bacilos sensibles a los fármacos, y cuando se puede garantizar la obediencia al régimen prescrito. En esta situación, desde luego poco frecuente, una alternativa razonable de los regímenes más cortos es la administración de isoniacida más etambutol durante 18 a 24 meses.



SECRETARÍA DE SALUD

OPCIONES TERAPÉUTICAS PARA EL TRATAMIENTO INICIAL DE LA TB ENTRE NIÑOS Y ADULTOS

TB sin infección por HIV

<u>Opción 1</u>	<u>Opción 2</u>	<u>Opción 3</u>	<u>TB con infección por HIV</u>
Administrar todos los días INH, RMP Y PZA durante ocho semanas, a lo que seguirán 16 semanas de INH y RMP todos los días o dos a tres veces a la semana' en las regiones en las que no se ha comprobado que la resistencia a la INH sea menor de 4 por ciento. Se añadirán EMB o STM al régimen inicial hasta que se demuestre susceptibilidad a INH y rifampina. Continuar el tratamiento durante seis meses por lo menos, y durante tres meses después de la conversión del cultivo. Consultar a un experto en TB si el paciente se encuentra sintomático o son positivos el frotis o el cultivo después de tres meses.	Administrar todos los días INH, RMP, PZA y STM o EMB durante dos semanas, a lo que seguirá administración dos veces a la semana' de los mismos fármacos durante seis semanas (mediante TVD) y, de manera subsecuente, con administración dos veces a la semana de INH y RMP durante 10 semanas (bajo TVD). Consultar a un experto en TB si el paciente se encuentra sintomático o el frotis o el cultivo son positivos después de tres meses.	Someter al paciente a TVD tres veces a la semana' con INH, RMP, PZA Y EMB o STM durante seis meses. Consultar a un experto médico en TB si el paciente se encuentra sintomático o el frotis o el cultivo son positivos después de tres meses.	Pueden aplicarse las opciones 1, 2 o 3, pero los regímenes terapéuticos deben proseguir durante un total de nueve meses y por lo menos seis meses más después de la conversión del cultivo.

Nota: TVD = tratamiento bajo vigilancia directa.

Todos los regímenes que se administran dos veces a la semana o tres veces a la semana deben vigilarse mediante TVD durante todo el tiempo que dure su administración. Fuente: Adaptado con autorización de Centers for Disease Control.

En México, desde 1993, se ha notificado a través de la NOM-006-SSA2-1993 y 2003 (en prensa), un esquema de tratamiento y seguimiento de la tuberculosis de la siguiente forma :



SECRETARÍA
DE SALUD

TRATAMIENTO PRIMARIO ACORTADO

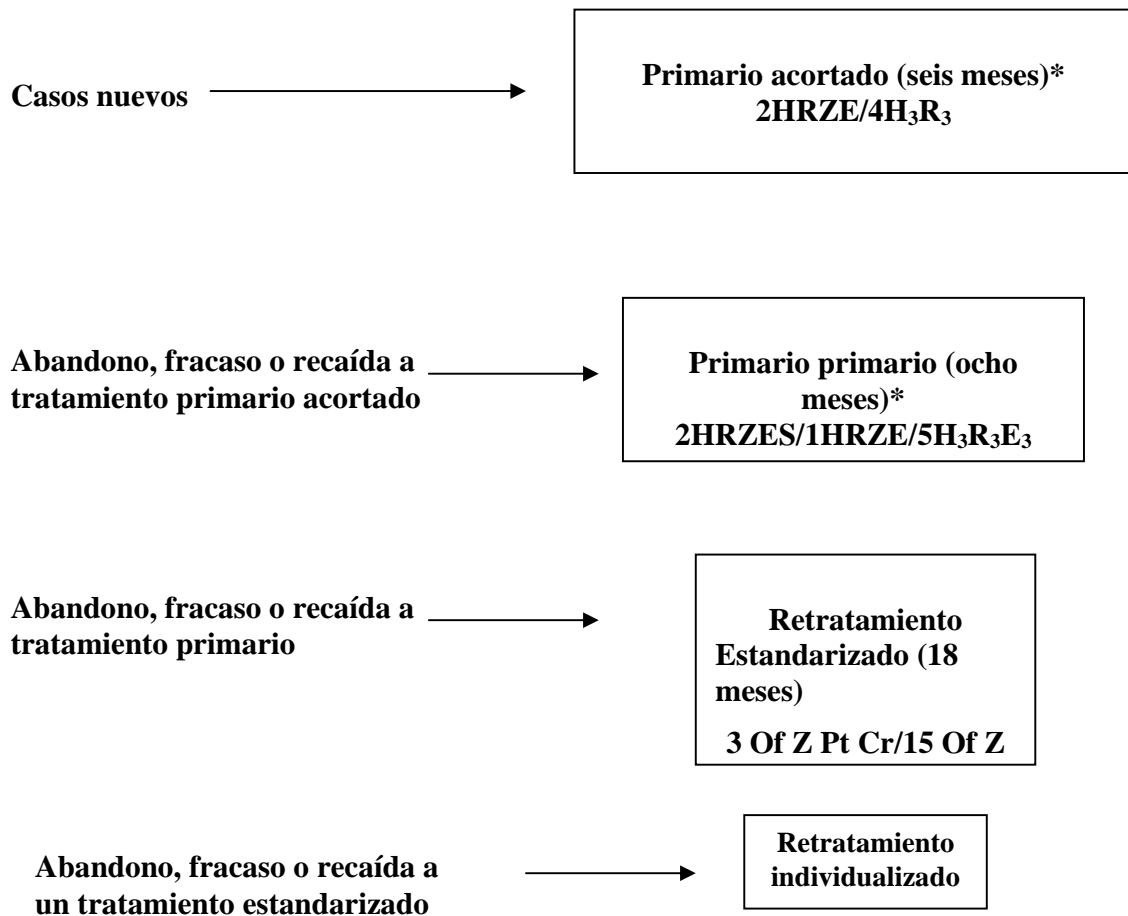
Fase Intensiva:	Diario, de lunes a sábado, hasta completar 60 dosis Administración en una toma.
Fármaco	Dosis
Rifampicina	600 mg
Isoniacida	300 mg
Pirazinamida	1 500 mg a 2 000 mg
Etambutol*	1 200 mg
Fase de sostén:	Intermitente, 3 veces por semana, lunes, miércoles y viernes, hasta completar 45 dosis Administración en una toma.
Fármaco	dosis
Isoniacida	800 mg
Rifampicina	600 mg

En personas que poseen menos de 50 kg las dosis serán por kilogramo de pesos en dosis máxima y con fármacos en presentación separada, como se indica en la tabla.

(*). Usar sólo en mayores de 8 años. Puede ser reemplazado por estreptomicina a dosis habituales.



SECRETARÍA
DE SALUD



H Isoniacida Z Pirazinamida S Estreptomicina Pt Protionamida
R Rifampicina E Etambutol Of Ofloxacina Cr Capreomicina



VACUNACION CON BCG

La vacuna BCG (bacilo de Calmette-Guérin) puede proteger sólo a los individuos que aún no están infectados por la tuberculosis primaria o por la reactivación de la misma.

Como la prevalencia de la infección y el riesgo de reinfección se incrementan de manera manifiesta con el paso de la edad, la vacuna BCG esta indicada a priori para niños pequeños. Aunque en los estudios de casos de control y contactos los resultados fueron variables, el BCG ofreció protección importante, sobre todo contra las formas diseminadas graves de tuberculosis, como meningitis y enfermedad miliar.

Esta indicada la vacunación con BCG tan pronto como se pueda en cualquier situación en la que sea elevado el riesgo de infección por tuberculosis o cuando este disminuyendo con rapidez.

La prevención de la tuberculosis en la edad pediátrica no tiene efecto indirecto: no ayuda a disminuir la transmisión de la infección en la comunidad, porque la tuberculosis de la infancia no es infecciosa por lo general, sin embargo, esto no debe implicar que la vacunación durante la infancia no tenga un efecto de esta clase. Al prevenir la diseminación hematogena de una infección subsecuente, se puede prevenir no sólo las formas graves de la tuberculosis pediátrica, sino también la reactivación endógena de focos residuales más adelante durante la vida y , por tanto, las fuentes futuras de infección. El beneficio potencial del BCG disminuye, desde luego, conforme se reduce el riesgo de tuberculosis. Por último, se puede llegar a una etapa en la que los beneficios a plazo intermedio no superen a los costos y al peligro de las reacciones indeseables.

En esa etapa puede sustituirse la vacunación sistemática de los neonatos por la vacunación de los grupos de alto riesgo

Se ha practicado la vacunación con BCG en adolescentes en muchos países europeos, y se ha demostrado que es eficaz para prevenir la tuberculosis durante la parte joven de la vida adulta. Por tanto, reduce el riesgo de infección en la comunidad y contribuye al control de la tuberculosis, sin embargo, si el riesgo de tuberculosis del adulto se vuelve bajo pueden ser más económicos el descubrimiento de casos y el tratamiento que la vacunación. Se práctico con amplitud vacunación con BCG en grupos de alto riesgo, como el personal médico, pero en diversos países industrializados esta práctica se ha abandonado a favor de la investigación con regularidad por medio de la prueba con tuberculina, seguida por quimioterapia preventiva si se observa conversión.

Los individuos negativos a la tuberculina en contacto con pacientes con tuberculosis están en mayor riesgo de contraer la tuberculosis que los reactores a la tuberculina.

El programa de descubrimiento de casos y de medidas preventivas pueden reducir el riesgo en grado considerable, pero quizá no sea eficaz en los individuos que quedan infectados por bacilos resistentes a muchos fármacos, estos individuos serán muy difíciles de curar si desarrollan tuberculosis.

El BCG podría brindar protección importante, no impide, además, la aplicación de otras medidas. Por tanto, puede ser de utilidad en los lugares donde es un peligro importante la transmisión de cepas resistentes a muchos fármacos.

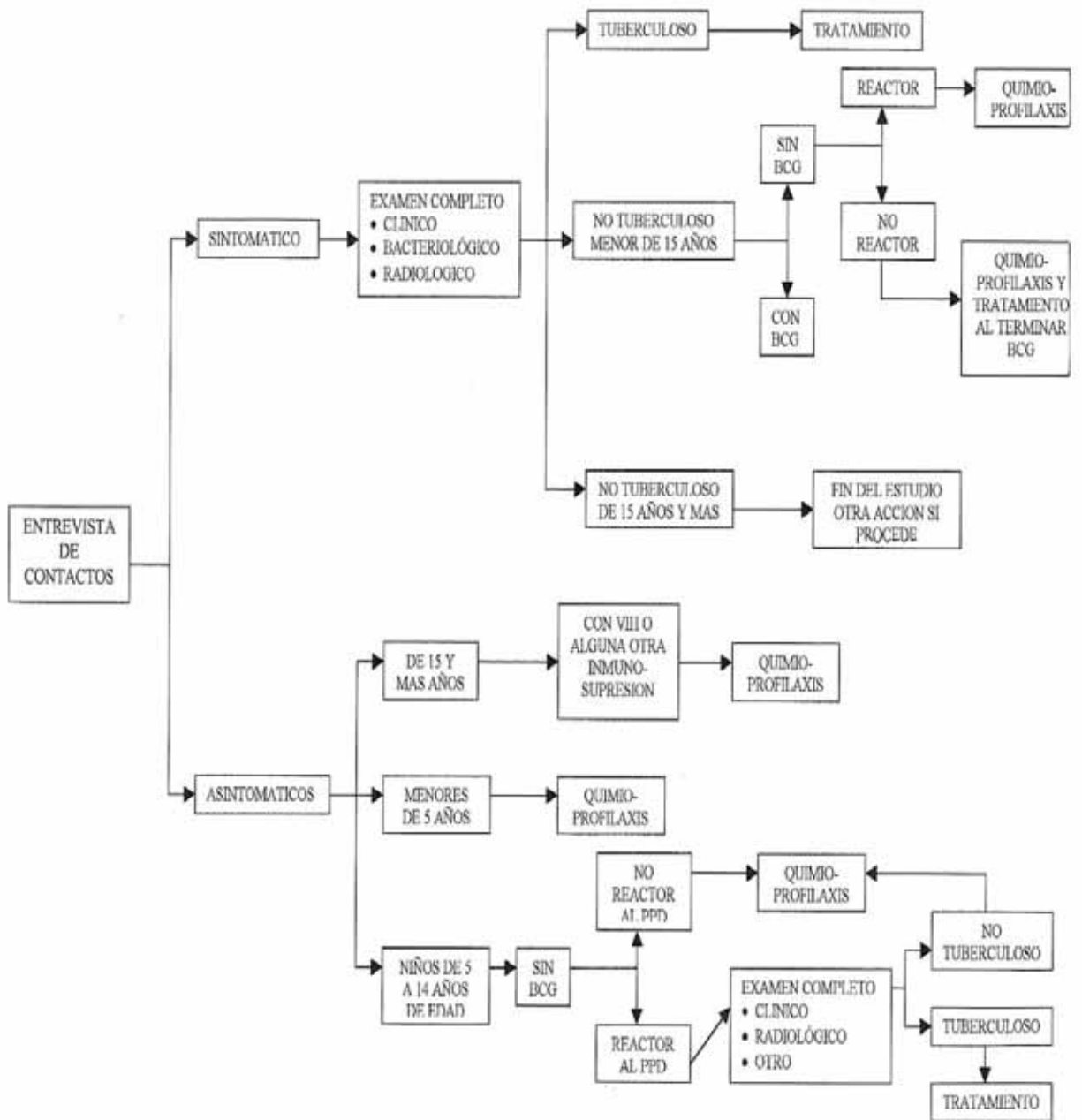


En resumen, la vacunación con BCG está indicada de manera especial en los neonatos de todos los países del Tercer Mundo, lo mismo que en otras regiones y otros grupos de población en los que persiste el riesgo elevado de tuberculosis (más de 0.1% por año), en los que pueden incluirse los trabajadores de la salud.

No hay que olvidar que no se debe administrar BCG a las personas en las que se ha confirmado o en las que se sospecha la infección por virus de la inmunodeficiencia humana.

BIBLIOGRAFÍA

- 1.- Rossman MD. Macgregor RR. Tuberculosis. Ed. McGraw-Hill. 1995.
- 2.- Norma Oficial Mexicana NOM-006-SSA2-1993. Programa Nacional de Control de la Tuberculosis SS. 2000.
- 3.- Bordow RA., Moser.,KM., Manual of Clinical Problems in Pulmonary Medicine. 4a. Ed. Cap. 30. Tuberculosis: Epydemiology and Prophylaxis., cap 31 Kalafer ME, Tuberculosis Syndromes., cap 32, Kalafer ME. Tuberculosis : Treatment., Little Brown Co. Boston 1996.pp. 133-146.
- 4.- Rossman MD., Oner-Eyuboglu AF., Clinical presentation and treatment of Tuberculosis, en Fishman, AP., Pulmonary Diseases and Disorders. Mcgraw-Hill. Nueva York.1998.pp.2483-2502
- 5.- American Lung Association., Diagnostic standars and classification of tuberculosis and other mycobacterial diseases. Am. Rev. Resp. Dis. 1981. 123:3.
- 6.- Stead W W., Dutt AK., Tuberculosis. Clin. Chest. Med. 1. 1980.





NEUMONÍA ADQUIRIDA EN LA COMUNIDAD.

SECRETARÍA
DE SALUD

SALUD

CLASIFICACION CIE J18

La neumonía es causada por un gran número de bacterias, hongos, virus y protozoarios, de los cuales los cocos Gram-positivos son los patógenos que con mayor frecuencia la producen.

El *estreptococo pneumoniae* es un coco Gram-positivo que comúnmente crece en pequeñas cadenas, siempre y cuando cuente con los nutrientes necesarios para su desarrollo; a diferencia de la forma que presenta en los cultivos de laboratorio, en pares con un extremo afilado (en forma de lanceta). El mecanismo de daño del neumococo se relaciona directamente con la cápsula de polisacáridos que va a permitir su identificación en la reacción de quellung. Se han descrito 84 serotipos distintos¹. Produce un 76% de las neumonías en pacientes externos, y es el agente etiológico de la neumonía nosocomial en un 26%.

EPIDEMIOLOGÍA.

El *S. pneumoniae* coloniza principalmente la nasofaringe, esta colonización es más frecuente durante el invierno, habiendo ciertos factores que la propician como son la presencia de anticuerpos específicos, la edad y la incidencia de infecciones por *S. pneumoniae*. Cuando las defensas del organismo se alteran y ocurre una aspiración del agente patógeno se produce la multiplicación de éste en el tejido pulmonar, dando como resultado neumonía. Se sabe que ocurre con mayor frecuencia en los extremos de la vida. La transmisión del neumococo de persona a persona requiere de un contacto cercano y extenso.

FACTORES DE RIESGO.

Existen ciertos elementos que elevan el riesgo a padecer neumonía por *S. pneumoniae* como el tabaquismo, alcoholismo, pacientes con cirrosis alcohólica, desnutrición, diabetes, enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC), pacientes con inmunodeficiencias primarias (hereditarias) como por ejemplo la agammaglobulinemia ligada al cromosoma X de Bruton, en la cual existe una ausencia de células B maduras, y la inmunodeficiencia variable común que consiste en una hipogammaglobulinemia que afecta a todos los subtipos de inmunoglobulinas; pacientes con inmunodeficiencias secundarias (adquiridas) como el SIDA. También las neoplasias como el mieloma múltiple y la leucemia linfocítica crónica pueden afectar la inmunidad humoral y aumentan la probabilidad de que se presente.



MANIFESTACIONES CLÍNICAS.

Entre las más frecuentes tenemos fiebre, tos productiva purulenta, esputo herrumbroso, disnea, taquipnea, dolor torácico de tipo pleurítico el cual puede causar rigidez en el hemitórax afectado. Como síntomas no respiratorios aparecen diaforesis, náuseas, cefaleas, mialgias, fatiga y en algunos casos puede presentarse dolor abdominal. Conforme aumenta la edad tanto los síntomas respiratorios como los no respiratorios se presentan con menor frecuencia. Los pacientes con cuadro subagudo pueden mostrar poca o nula elevación de la temperatura.

DIAGNÓSTICO.

El cultivo del esputo se ha conservado como el método diagnóstico de preferencia a pesar de que en la actualidad su especificidad y su sensibilidad han sido objeto de discusión. El cultivo del esputo es una técnica no invasiva que puede llevarse a cabo sin riesgos para el paciente y permite al clínico hacer un diagnóstico relativamente preciso. Su examen incluye la observación del color, cantidad, consistencia y olor.

El esputo mucopurulento se encuentra comúnmente en neumonía bacteriana o bronquitis, en dado caso de encontrar esputo herrumbroso se puede pensar en alguna alteración alveolar y frecuentemente se asocia a neumonía por estreptococo.

Al encontrar un esputo francamente purulento se debe realizar un examen microscópico con tinción de Gram. Para su diagnóstico se deben de cuantificar los neutrófilos y células epiteliales, en un resultado positivo se presenta una relación de 25 por cada 10 células epiteliales. La especificidad de la tinción de Gram para identificar neumococos es de un 85%, con una sensibilidad de 62%.

Es importante señalar que en los adultos jóvenes, el neumococo forma parte de su flora natural en un 50%, y puede colonizar vía aérea baja en pacientes con bronquitis crónica, sin embargo, la identificación del microorganismo no significa que sea la causa de la enfermedad.

Otro tipo de prueba de laboratorio es la detección del antígeno en las secreciones respiratorias, el cual confirma los resultados obtenidos con el estudio del esputo en infecciones causadas por *S. pneumoniae*.

También se realizan hemocultivos para el diagnóstico de neumonía, la positividad de estos exámenes tiene una alta especificidad que ayuda a identificar al agente patógeno, ya que el *S. pneumoniae* produce una gran variedad de antígenos y marcadores de superficie los cuales son específicos para su tipo y especie.

La prueba recientemente registrada tiene como objetivo reconocer los dos tipos de polisacáridos en el neumococo, por otro lado para la identificación de antígenos se han utilizado tres pruebas inmunológicas distintas como son: CIE, aglutinación y ELISA. Este última conocida por su gran sensibilidad, así como por su elevado costo.

Las pruebas serológicas se han utilizado para la detección de anticuerpos contra cuatro antígenos neumococcos: polisacárido neumococcoso C, polisacárido capsular, fosforilcolina y la toxina neumolisina. La detección de los anticuerpos contra los polisacáridos capsular y C han reportado una sensibilidad de 89 y 97% respectivamente.



EXAMEN RADIOGRÁFICO

SECRETARÍA
DE SALUD

Para diagnosticar la neumonía, la prueba diagnóstica más certera es la radiografía de tórax y presenta varias ventajas entre la que destaca su pronta obtención, además como se mencionó anteriormente la prueba de esputo no es 100% específica, ya que puede ser positiva en pacientes sanos que al contaminarse el esputo de neumococos a su paso por la orofaringe nos da un resultado falso positivo.

Dependiendo de la naturaleza y alteraciones encontradas en cada placa, se puede medir la gravedad del paciente y así poder darle un correcto seguimiento. Según los signos radiológicos se llega a una etiología, por ejemplo consolidación lobar, cavitación y derrame pleural nos lleva a pensar en una causa bacteriana. La mayoría de las neumonías lobares están originadas por neumococo, esto no quiere decir que en todas las neumonías neumococcicas estén involucrados los lóbulos.

Se puede utilizar la tomografía axial computarizada (TAC) como método diagnóstico de neumonía, sin embargo, esta será mejor que las radiografías simples sólo en el caso de pacientes inmunocomprometidos en donde esta patología es recurrente o bien en la neumonía causada por obstrucción debido a tumoraciones o abscesos pulmonares.

TRATAMIENTO

El tratamiento de elección en neumonía causada por streptococcus pneumoniae es la penicilina G, se recomienda que en pacientes que no requieran de hospitalización y en pacientes en los que no ha evolucionado su enfermedad, se administre penicilina G procainica, 800. 000 U cada 12 horas de 7 a 10 días, y en pacientes con complicaciones o con bacteremia penicilina G cristalina de 3 a 12 millones U por día.

Otros fármacos que también presentan actividad contra el streptococcus pneumoniae son las cefalosporinas, de las más usadas tenemos a las de segunda generación como por ejemplo cefuroxime que en la mayoría de los casos se utiliza en el tratamiento de neumonía adquirida en la comunidad, o en pacientes alérgicos a la penicilina. En el caso de neumonías causadas por neumococos resistentes a penicilina las cefalosporinas de tercera generación como la ceftriaxona y cefotaxime son una buena elección.

La eritromicina a una dosis de 200 a 500 mg cada 6 horas por 10 días administrada por vía oral, también es una buena opción en pacientes alérgicos a la penicilina y en aquellos pacientes con neumonía adquirida en la comunidad, en los cuales no se sabe con certeza si el causante de la neumonía es el estreptococo pneumoniae, Legionella o M. pneumoniae.

Es importante señalar el cuidado que se debe tener en el tratamiento de la neumonía ya que debido a el uso indiscriminado de antimicrobianos a creado resistencia del neumococo haciendo más difícil su erradicación.



PREVENCIÓN

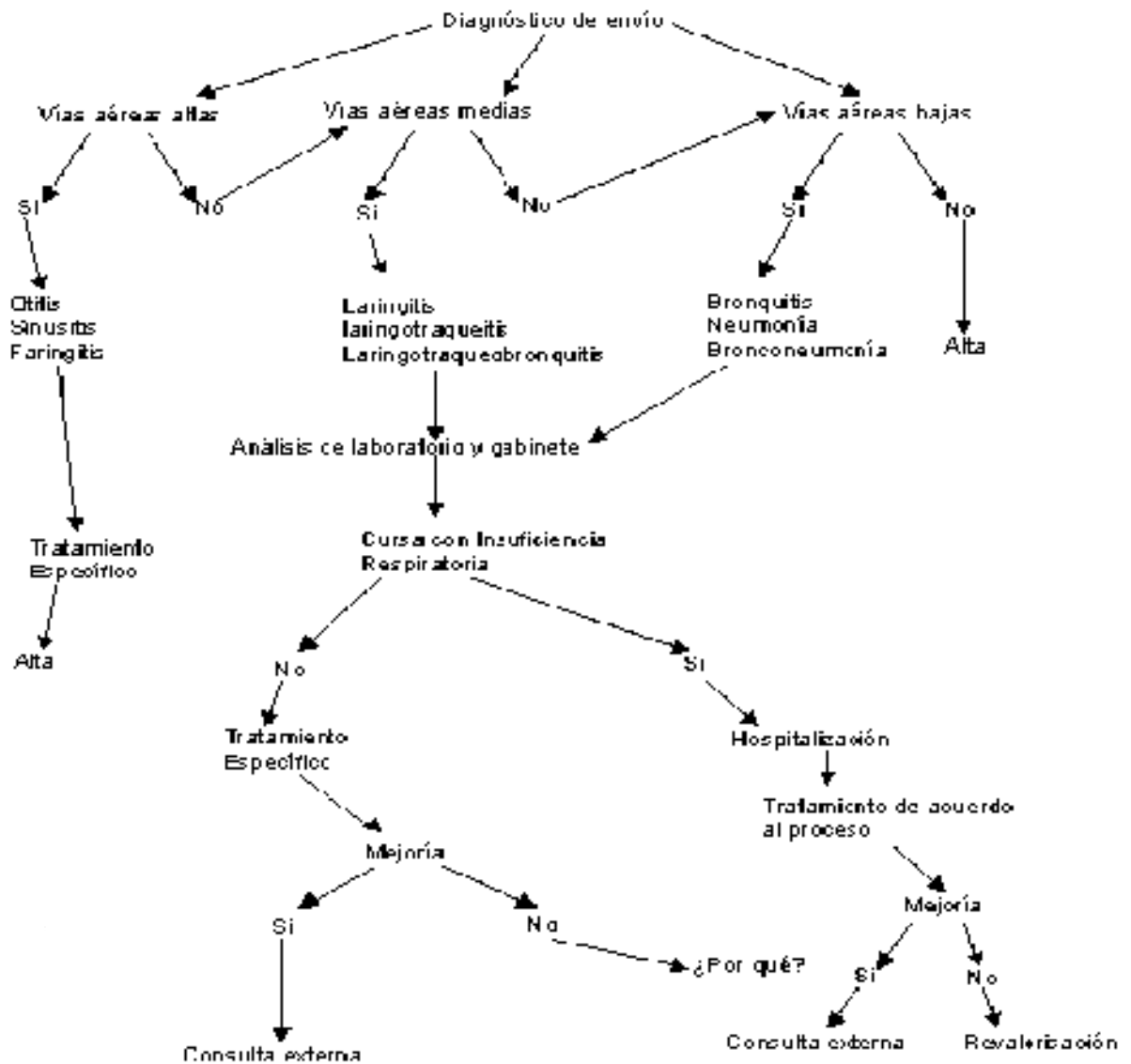
Existe una vacuna polivalente compuesta de los tipos capsulares 14 y 23 que incluyen los serotipos encontrados comúnmente en las infecciones causadas por *S. Pneumoniae* y ha sido autorizada para su uso en niños de 2 años en adelante que están en alto riesgo de infecciones causadas por neumococo. Se ha observado que la vacuna ha mejorado la prevención de infecciones invasivas de neumonía lobar, otitis media aguda causada por neumococo. Entre los pacientes de alto riesgo, candidatos a la vacunación contra neumococo tenemos:

- Pacientes con enfermedad cardiovascular crónica.
- Pacientes con enfermedad crónica pulmonar.
- Pacientes con diabetes
- Pacientes con esplenectomía.
- Pacientes con cirrosis
- Pacientes alcohólicos.
- Pacientes con insuficiencia renal crónica
- Pacientes con SIDA.
- O simplemente en pacientes sanos mayores de 65 años.

BIBLIOGRAFÍA

- 1 Levane: Risk Factors for Invasive Pneumococcal Disease in Children: A population- Based Case Control Study in North America. *Pediatrics* – 2000 May; 105(5); 1172-73. 75-87
- 2 Harwell: The drug-resistant pneumococcus: clinical relevance, therapy and prevention. *Chest*- 2000 Feb 117 (2):530-41.
- 3 Rubin: Pneumococcal vaccine. *Pediatric Clinics of North America*-2000 Apr; 47(2) 269-85
- 5Veber:Comparison of direct examination of the types of bronchoscopy specimens used to diagnose nosocomial pneumonia. *Crit Care Med*-2000 Apr, 28(4):962-8.
- 4 Rico G, Sanchez A. Argüero R. *Neumología Basica Diagramada*. Ed. Trillas. 144-145.1987.

Algoritmo de la Infección Respiratoria Aguda (9)
Infección respiratoria aguda





NEUMOTÓRAX



SECRETARÍA
DE SALUD

CLASIFICACION CIE J93

Se define como la acumulación de gas en la cavidad pleural, con un colapso pulmonar secundario, que puede estar causado por:

Perforación de la pleura visceral con la respectiva entrada de gas al pulmón.

Penetración de la pared torácica, diafragma, mediastino o esófago.

Generación de gas por microorganismos en un empiema.

CLASIFICACIÓN

- Neumotórax espontáneo (que ocurre sin evento previo)
- Neumotórax traumático (producido por un trauma directo o indirecto)
- Neumotórax iatrogénico (algunos autores lo toman como subdivisión del espontáneo)
El Neumotórax espontáneo a su vez está dividido en:
- Neumotórax espontáneo primario (NEP)
- Neumotórax espontáneo secundario (NES)

El NEP ocurre generalmente en pacientes jóvenes sanos entre 20 y 40 años, sin antecedente de enfermedad pulmonar, comúnmente a causa de la ruptura de una bula subpleural en el ápex del pulmón. Se ha visto que en el pulmón derecho se tiene más recurrencia (30% ipsilateral, 10 % contralateral) y se ve involucrado con mayor frecuencia. El NES en cambio, se presenta como complicación de una enfermedad del parénquima pulmonar, dentro de las más comunes se encuentran la enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC) y la tuberculosis pulmonar, un enfisema extenso o la ruptura de un absceso con infiltración de pus al espacio pleural pueden causarlo también; dentro de las causas menos frecuentes se encuentran: el asma bronquial, algunas enfermedades intersticiales del pulmón como la fibrosis ideopática, granulomatosis eosinofílica, sarcoidosis, esclerosis tuberosa, entre otras. Algunas neoplasias como el CA broncogénico y el sarcoma, así como enfermedades hereditarias como el síndrome de Marfán o el síndrome de Ehlers Danlos.

En el NEP al no existir una enfermedad involucrada se puede decir que las bulas juegan un papel muy importante en la patogenia. Gracias a diversos estudios se ha visto que el NES es más común (70%) que el NEP.



MANIFESTACIONES CLÍNICAS

SECRETARÍA
DE SALUD

El comienzo de un neumotórax espontáneo se caracteriza por dolor pleural súbito, disnea y tos no productiva. A la exploración física se observan los movimientos respiratorios disminuidos o ausentes, se palpan frémits y en la percusión se escucha hiperclaridad pulmonar ipsilateral y a la auscultación se encuentran los ruidos respiratorios disminuidos o ausentes del hemitórax afectado. Puede acompañarse de taquicardia así como de enfisema subcutáneo. También se puede observar desviación de la tráquea, que indica neumotórax a tensión; sin embargo es importante tomar en cuenta que un cierto porcentaje (30%) de los pacientes se presentan asintomáticos o con mínimos síntomas inespecíficos. Un diagnóstico definitivo se obtiene mediante evaluación radiográfica, normalmente con una radiografía frontal y una lateral es suficiente, sin embargo, puede dificultarse el diagnóstico; por ejemplo un neumotórax de tamaño moderado en un paciente en estadio terminal puede pasar desapercibido en una radiografía de posición supina, debido a que el aire se moviliza a la parte anterior del pulmón.

Quistes de gran tamaño o una bula enfisematosa pueden simular un neumotórax, sin embargo éste se distingue debido a que se ve como una masa bien circunscrita en el hilio pulmonar, lo cual no se ve en una bula. En caso de duda, una radiografía frontal en inspiración y espiración es de mucha ayuda, de hecho la radiografía tomada al final de la espiración acentúa el neumotórax; sin embargo la herramienta diagnóstica más sensible sin duda es la Tomografía Axial Computarizada (TAC). En diversos estudios se ha visto que el 90% de las bulas enfisematosas identificadas en el transoperatorio, fueron demostradas mediante la TAC preoperatoria; por esto se dice que es útil para predecir el riesgo de un neumotórax bilateral, además puede detectar los neumotórax más pequeños o que no sean detectados en una radiografía postero anterior. Los neumotórax traumáticos pueden ser abiertos o cerrados y usualmente están acompañados de lesiones adicionales, como contusión pulmonar, fractura de costillas, entre otras. Como en estos pacientes no es posible tomar placas radiográficas de pie la TAC es una buena indicación. El tratamiento en estos casos se hace dependiendo las lesiones concomitantes y de no haber complicación se trata como uno espontáneo.

El neumotórax iatrogénico debe sospecharse en todo paciente que presente síntomas sugestivos como es el dolor o disnea, ocurrido durante una intervención invasiva terapéutica o diagnóstica de tórax; esto incluye: aspiración de una lesión pulmonar con una aguja-fina, colocación de un catéter venoso central, inserción de un drenaje pleural, mediante la maniobra de reanimación cardio pulmonar (RCP), para los cuales es necesaria una radiografía lo más pronto posible. Puede ocurrir también bajo el efecto de la anestesia general, aunque es raro, sin embargo representa el 3 % de las complicaciones según la Sociedad Americana de Anestesiólogos. En un estudio se reportan neumotórax relacionados a complicación por bloqueo regional en un 40%, por mal manejo del instrumental de la vía aérea 19% , barotrauma en un 16% y colocación de la línea central en un 7% .



SECRETARÍA
DE SALUD

SALUD

El neumotórax a tensión ocurre, según estudios en el 3% de los neumotórax espontáneos, esto se presenta cuando hay un fenómeno de válvula, permitiendo la entrada de aire dentro de la cavidad pleural y no permitiendo su salida; esto aumenta la presión intrapleurales que eventualmente supera a la atmosférica, estropeando así el ciclo respiratorio; si persiste el aumento de la presión, así como el acúmulo de aire dentro del hemitórax se produce una falla en el retorno venoso al corazón con desplazamiento del mediastino hacia el lado contralateral, y compresión secundaria de la tráquea y vena cava, produciendo una disminución en el retorno venoso y comprometiendo a la diástole.

Este neumotórax se caracteriza porque el paciente muestra signos de taquicardia y depresión respiratoria, mostrándose ansioso y con dolor. En las pruebas radiológicas se observa el diafragma deprimido y la tráquea y mediastino con rechazo contralateral. Si la tensión no se corrige, el paciente empeora cursando con hipotensión arterial, cianosis periférica y desviación de la tráquea, por lo que un neumotórax a tensión no tratado o no reconocido a tiempo lleva a la muerte. Se debe realizar una descompresión inmediata del espacio pleural, aunque no se tenga la confirmación radiográfica, antes de que se genere un colapso circulatorio total. Si se introduce una aguja larga, de punta roma, a la cavidad pleural, se convertirá el neumotórax a tensión en abierto, generalmente con una mejoría inmediata, aunque se debe seguir este tratamiento con un drenaje pleural habitual.

Para pacientes con neumotórax que involucra menos del 20% de la cavidad pleural, pueden tratarse sólo mediante observación, a menos de que haya compromiso respiratorio, y casi no se necesita hospitalización; a menos de que el manejo incluya anestesia general y ventilación mecánica. Los pacientes cuyo neumotórax incluye más del 20% de la cavidad pleural o que aumenta de tamaño progresivamente que requieren drenaje pleural cerrado. En estos casos el uso de una aguja o un pequeño catéter de aspiración puede ser uno de los tratamientos; sin embargo existe controversia ya que algunos autores lo recomiendan por ser un proceso poco invasivo, relativamente simple o por consideraciones económicas pero este manejo rara vez es completo y existe la posibilidad de recurrencia a parte de que se puede producir una lesión pulmonar por la aguja.

Cuando se logra sellar la fuga de aire y se expande por completo el pulmón se debe retirar el drenaje pleural, teniendo cuidado de no producir un enfisema subcutáneo.

El edema unilateral de pulmón puede ocurrir a consecuencia de una expansión muy rápida del mismo que estuvo colapsado por días. Esta complicación es más frecuente cuando se aplica presión negativa en el drenaje pleural, caracterizado por hipoxia e hipotensión que puede llevar a la muerte.



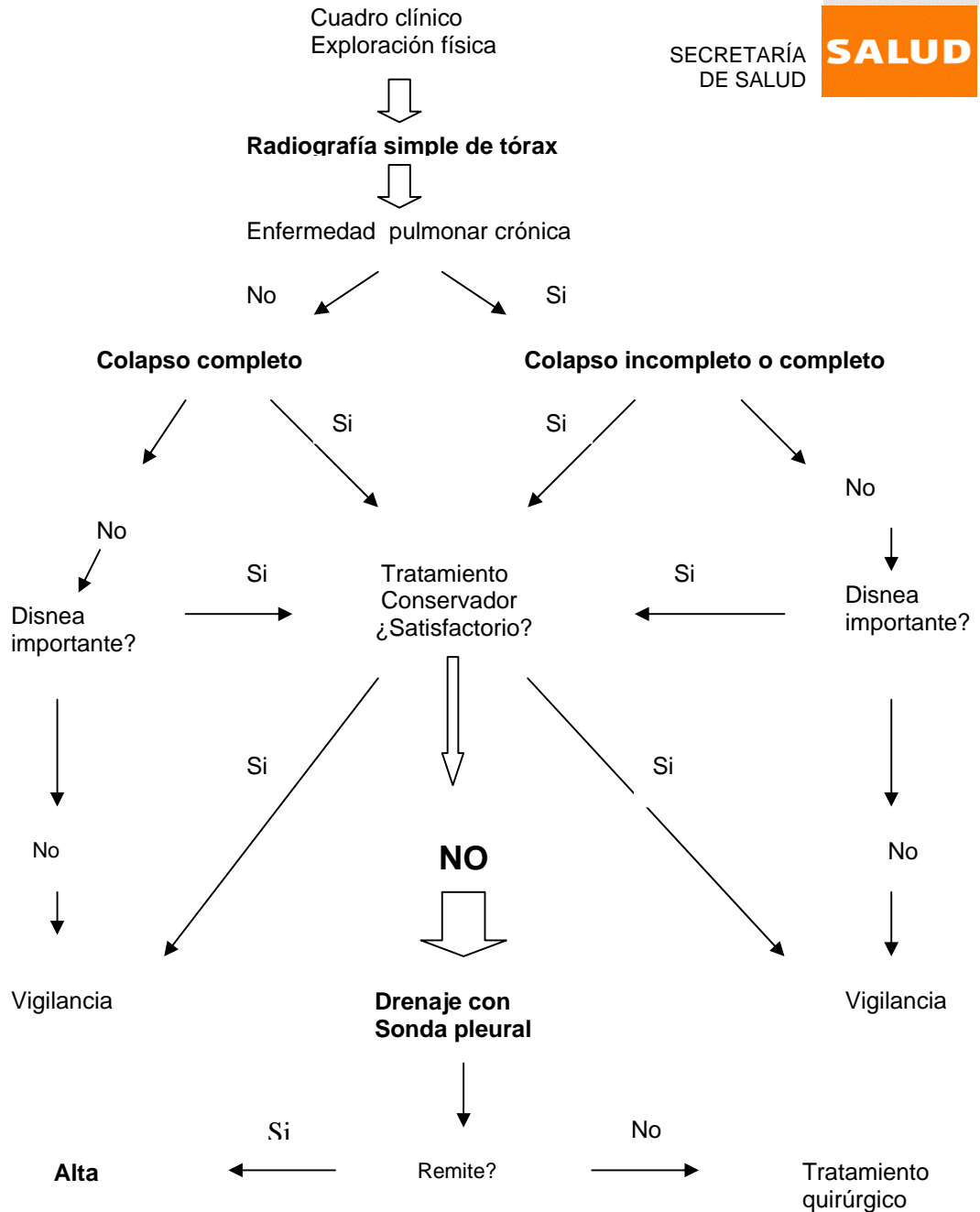
Es tratada con oxígeno, diuréticos, soporte hemodinámico, y ventilación mecánica; en estudios se ha visto que ésta tiene una incidencia del 10%, sin embargo, se puede reducir al utilizar de rutina un drenaje con sello de agua sin presión negativa. Los pacientes tratados con toracotomía presentan una buena evolución, sin embargo, si tardan más de 10 días en recuperarse aún con el drenaje de sello de agua se puede hablar de un neumotórax persistente, en donde la causa más común es la fístula broncopleurales; otras causas incluyen:

- Formación de tejido fibroso sobre la superficie pulmonar
- Adherencias pleurales
- Desgarro pulmonar o bronquial debido al trauma
- Obstrucción bronquial, en el cual se realiza broncoscopia para descartar presencia de tumor, cuerpo extraño, tapón mucoso, etc. Al realizar la extracción del cuerpo extraño o aspiración de secreción bronquial, el resultado es casi siempre la completa e inmediata expansión pulmonar

BIBLIOGRAFÍA

- George R Herbert Shames J, Well H, Ziskind M Neumotorax complicating pulmonary enphysema. JAMA, 234:389, 1975
- Ohata M, Suzuki H. Pathogenesis of spontaneous Pneumothorax. Chest 77:771, 1980.
- Rico G, Sanchez A. Argüero R. Neumología Basica Diagramada. Ed. Trillas. 144-145.1987.

ALGORITMO NEUMOTORAX



Modificado de Miller AC, Harvey JE. Guidelines for the management of spontaneous pneumothorax. Br Med J 1993;307:114-16



ASMA BRONQUIAL

CLASIFICACION CIE J45

SECRETARÍA
DE SALUD

El asma es una enfermedad que puede aparecer en la infancia, en gente joven en edad reproductiva, se presenta con mayor frecuencia en mujeres, afecta entre el 5% al 10% de los adultos, es progresiva, conduce a la obstrucción en un 80% de los pacientes mayores. Se ha considerado como un padecimiento de gran relevancia debido a que aparece en un número importante de la población. Los estudios demuestran que ésta es una enfermedad genéticamente determinada y que involucra factores ambientales. Se manifiesta por una respuesta que puede tener 2 tipos de estímulos: los que obstruyen a todos los asmáticos independientemente de cuál sea el tipo de asma (aire frío, emociones, risa, ejercicio) y las sustancias o condiciones que le producen obstrucción sólo a algunos de los asmáticos llamados aeroalergenos y que por reaccionar con las IgE las células cebadas liberan histamina y producen broncoconstricción, por lo que recibe el nombre de asma extrínseco. Otro grupo de asmáticos además de los estacionales y ocupacionales, son los criptogénicos en los que no se reconocen factores específicos del ambiente. Existen 5 modelos de prevalencia del asma que surgen de estudio comparativos internacionales: 1) la prevalencia del asma está aumentando en todo el mundo; 2) el asma es generalmente más común en países occidentales y menos común en países en vías de desarrollo; 3) es más frecuente en países de habla inglesa; 4) su prevalencia está aumentando en los países en desarrollo, alcanzando el nivel del occidente o de las comunidades urbanas; 5) la prevalencia de otros desórdenes alérgicos puede aumentar por todo el mundo.

DEFINICIÓN

El asma es una enfermedad de tipo inflamatorio de la vía aérea que se caracteriza por presentar hiperreactividad frente a diversos estímulos que pueden ser tanto específicos como inespecíficos, manifestándose como una respuesta exagerada por parte de los bronquios ante estímulos normales, en la cual aumenta la resistencia y el tono broncomotor causando broncoconstricción que mejora espontáneamente o con tratamiento. Cabe mencionar que la hiperrespuesta de un asmático no es dependiente de la vía aérea, es decir, no es dependiente del VEF1, sin embargo, la exacerbación del asma puede ser asociada a un decremento significativo de éste.

MANIFESTACIONES CLÍNICAS

Los síntomas del asma incluyen la dificultad de una respiración profunda y exhalación total del aire, y una necesidad de concentrar y de esforzarse al respirar; sensación de la tirantez o de la constricción del pecho y tos. La tos crónica puede ser la única manifestación del asma, un síntoma clínico aislado se puede atribuir al asma en cerca de una tercera parte de los casos cuando se realizan esfuerzos en la inspiración para la sensibilidad de la vía aérea. La disnea como síntoma aislado se puede atribuir al asma en por lo menos el 15% de pacientes.



SECRETARÍA
DE SALUD

El asma a diferencia de otras enfermedades broncopulmonares obstructoras suele ser peor durante sueño; una historia de despertar con tos y disnea es típica. En individuos normales el acto de la respiración no se percibe de forma consciente, en el paciente asmático, la sensación de disnea se percibe cuando el trabajo agregado de la respiración supera la carga resistente bronquial agregada producida, y el grosor de las vías aéreas excede cierto umbral. Se ha comprobado que en el 50% de los pacientes entre 14 a 45 años tienen ritmos cardíacos entre 90 y 120 golpes por minuto; solamente 10% a 12% exceden este valor. La frecuencia respiratoria se encuentra entre 20 y 30 respiraciones por minuto en más del 50% de pacientes y más de 30 respiraciones por minuto en menos del 20%. La cianosis, las respiraciones de jadeo, y un pecho silencioso en un asmático disneico indican enfermedad grave. Estos acontecimientos ocurren en menos que 1% de casos. La quimiosensibilidad reducida para la hipoxia y la percepción de la disnea puede predisponer a pacientes a los ataques asmáticos fatales. La ansiedad, el cólera, la depresión, y el disturbio cognoscitivo pueden intensificar síntomas respiratorios. El estado del paciente asmático depende, de la inducción de los factores; frecuencia y severidad de ataques; respuestas a las intervenciones realizadas; y la presencia de enfermedad asociada.

EXPLORACIÓN FÍSICA

Los signos clínicos son proporcionales al grado y a la duración de la obstrucción de vía aérea. Pueden incluir taquipnea, taquicardia, exageración de la disminución inspiratoria normal, de la presión arterial sistólica, el uso de músculos accesorios de la respiración, diaforesis, hiperclaridad a la percusión, prolongación de la espiración, estertores gruesos inspiratorios y espiratorios y sibilancias a la auscultación. La ausencia o la presencia de sibilancias en la auscultación puede ser engañosa en ataques leves y severos. La abertura glótica disminuye durante la broncoconstricción; en los no asmáticos puede disminuir el diámetro con las espiraciones forzadas; y en pacientes con disfunción de las cuerdas vocales durante la inspiración. Cuando la abertura glótica disminuye suficientemente, los sonidos espiratorios glóticos y traqueales se pueden transmitir al pecho, conduciendonos a un falso diagnóstico del asma. La fatiga por el esfuerzo aplicado, el uso completo de músculos accesorios de la respiración, la diaforesis, y la cianosis puede reflejar asma marcado severo y deficiencia ventilatoria.

El examen físico del paciente asmático puede también incluir el examen para descartar obstrucción en cavidad nasal por deformidad anatómica, edema de mucosa, o pólipos nasales; así como transiluminación de los senos frontales y maxilares; y examen de orofaringe y la presencia del moco o del exudado en nasofaringe. La revisión adicional puede incluir el corazón en búsqueda del insuficiencia cardíaca congestiva u obstructiva; valoración de la fuerza muscular, y del estado mental, especialmente en los pacientes que reciben terapia con corticoides.



SECRETARÍA
DE SALUD

Las pruebas pulmonares de la función de la vía aérea se pueden utilizar para establecer firmemente la diagnóstico del asma, para cuantificar la severidad de la enfermedad, y para vigilar el curso y la respuesta a la terapia.

CARACTERÍSTICAS HISTOPATOLÓGICAS

La susceptibilidad genética multifactorial puede ser importante para el desarrollo del asma. Los factores que causan cambios morfológicos y funcionales en las células son las enfermedades virales, la exposición a alérgenos, factores maternos, dieta y tabaquismo. Los cambios en el fenotipo epitelial de la vía aérea, son el resultado de la expresión de genes y la alineación de las células puede ser importante como primer cambio en el asma. La pérdida de la función del pulmón, se relaciona con complicaciones con otras enfermedades, y resulta a partir de 4 condiciones patológicas independientes:

1) remodelación de las vías aéreas, especialmente las pequeñas de la inflamación linfocítica-eosinofílica que caracteriza al asma; 2) bronquiectasias; 3) infecciones posteriores a fibrosis pulmonar; 4) enfisema y bronquitis crónica por tabaquismo. El deterioro del pulmón se desarrolla con mayor rapidez en pacientes no alérgicos con asma intrínseco en el periodo inicial y en los pacientes ancianos. La muerte en estos pacientes, se relaciona con las complicaciones de la obstrucción o la cardiotoxicidad irreversible de la terapia con broncodilatador.

FACTORES DE RIESGO

El asma en el adulto pudo haber tenido inicio en la niñez o puede aparecer a cualquier edad, los factores de riesgo para el asma incluyen antecedentes familiares de alergia-asma o atopia con anticuerpos de la inmunoglobulina E (IgE), exposiciones a aeroalérgenos, enfermedades respiratorias virales, y las exposiciones al tabaco y el aire con agentes contaminantes, incluyendo el diesel. En Estados Unidos, el estatus socioeconómico bajo y la raza Africana-Americana e Hispanoamericana son factores de riesgo adicionales para la prevalencia y la severidad del asma.

De estos factores, las sensibilizaciones y exposiciones al polvo, a la cucaracha, al gato, y a otros alérgenos son causas frecuentes del asma.

El curso de la enfermedad en términos de frecuencia y de la severidad de la recaída varía de paciente a paciente, con un rango que incluye síntomas intermitentes que remiten espontáneamente a exacerbaciones agudas, severas, e incluso fatales, persistencia en estado crónico y algunas veces progresa a la enfermedad llegando a la incapacidad y a la dependencia del corticoesteroides.

La sensibilización atópica es un factor de riesgo para el asma e hiperreactividad bronquial (BHR). Los factores que pueden condicionar mayor susceptibilidad o que contribuyen para el desarrollo del asma independiente de la sensibilidad atópica. Incluyen varias exposiciones in utero y otras en los años de la vida que pueden hacer al infante más susceptible al desarrollo subsecuente del asma.



SECRETARÍA
DE SALUD

La sensibilidad y la exposición a los alérgenos constituye un factor de riesgo para el desarrollo y la persistencia del asma en niños. El pelo del gato y del perro se asocia con un incremento en la respuesta bronquial, sin embargo no disminuye la función del pulmón en los niños con asma moderada.

Los mecanismos por los cuales los episodios del asma aguda son iniciados aún se desconocen. Se deben estudiar las asociaciones potenciales con el paciente, incluyendo en la historia las exposiciones ambientales y de trabajo. El asma caracterizado por reacciones inmediatas de hipersensibilidad a los aeroalérgenos también se llama asma alérgico o extrínseco, aunque están implicados mecanismos inmunológicos múltiples, incluyendo mediadores celulares y químicos complejos. El asma provocado por un aeroalérgeno es con más frecuencia un problema para los niños y los adultos jóvenes más que para adultos de mayor edad, pero puede ocurrir en cualquier etapa de la vida.

Los aeroalérgenos contribuyen al asma en la mayoría de los casos en individuos asmáticos, en el asma puramente extrínseca sin otros causales, contribuye en alrededor del 5% de casos. Las sustancias inhaladas que pueden producir asma alérgico incluyen el polvo de la casa, cucarachas, perros, gatos, y otras proteínas animales y las esporas fungicidas dentro de la casa; polen y esporas del aire libre; del humo del automóvil; algún orgánico e inorgánico, los humos en el lugar de trabajo. Otros aeroalérgenos encontrados en ocasiones en la casa que pueden ser relevantes incluyen alérgenos de plantas, los laxantes del psyllium, y las alfombras del yute. Pescado y otras moléculas aerotransportadas del alimento generadas al cocinar, pueden producir síntomas asmáticos en pacientes altamente sensibles. Los brotes de asma en la comunidad se pueden asociar a los alérgenos como partículas de insectos o polvo. Los granos del polen afectan los ojos, y se refugian en la nariz, produciendo síntomas de la fiebre del heno en la persona de IgE-susceptible en quienes presentan broncoespasmo. Los fragmentos de polen, y las proteínas de animales vertebrados y artrópodos de menos de 5 micras de diámetro, pueden penetrar directamente al árbol traqueobronquial. La sensibilidad individual en asmáticos para animales domésticos, tiene niveles totales séricos elevados de IgE y más del 50% de éstos, probablemente sean específicos para un alérgeno.

Los pacientes asmáticos extremadamente sensibles al polvo del ácaro tienen comúnmente niveles normales del total IgE, y en promedio solamente 12% de éstos se dirige contra el antígeno principal del ácaro. La congestión nasal y síntomas cardinales del asma, suele ocurrir en la noche o al despertar.

El tono broncomotor, la resistencia de la vía aérea y la reacción bronquial a estímulos va cambiando en el curso del día y tiene sus valores más bajos a las 4 am y los más altos a las 4 pm. Este ritmo también lo tiene la presión arterial, glucemia, catecolaminas, ciclo hormonal en mujeres, etc. Se llaman ritmos circadianos y duran 24 hrs, por lo tanto, cuando al individuo se le inflama la vía aérea éste ritmo se amplifica y se acentúa la obstrucción a las 4 am.

Además de los aeroalérgenos, las infecciones respiratorias, los aeroirritantes ambientales, condiciones meteorológicas, emociones, ejercicio, aspirina, sensibilidad a SO₂ y la ocupación inducen el asma.



SECRETARÍA
DE SALUD

INFECCIONES RESPIRATORIAS

Genera exacerbación de los síntomas, se acompaña de alteraciones en la función del SNA, incrementa la sensibilización al alérgeno así como la producción de citocinas que induce inflamación e hiperreactividad bronquial.

ELEMENTOS AMBIENTALES

Agravan la enfermedad en individuo de cualquier edad, y son el humo cigarro, gas para cocinar, pinturas, aroma de pinos, compuestos orgánicos volátiles, productos de combustión, ozono, entre otros.

METEOROLÓGICOS

Ionización atmosférica, presión barométrica, temperatura, velocidad del aire, y humedad, el clima que resulta de la interacción de estos factores, y la combinación con el ejercicio.

EMOCIONAL

La risa, el gritar, llorar, la tensión emocional pueden producir broncoespasmo, en especial en individuos que presentan recaídas. Los genes de susceptibilidad no están totalmente identificados, los estudios indican que éstos están implicados en la patogenia de la enfermedad y en la etiología en interacción con los factores ambientales como la dieta, el tabaquismo y las infecciones virales. La alta producción de IL-5 por las células T, en las vías aéreas de individuos asmáticos desempeñan un papel fundamental en la eosinofilia asociada a esta enfermedad. La expresión de. RNAm GATA-3, está incrementada en la vía aérea, y el número de células que expresan GATA-3, se relacionana con la reducción del calibre de la vía aerea y la hiperreactividad.

En Maebashi, Japón 1999, se realizó un estudio para examinar la diferencia entre los mecanismos de hiperreactividad bronquial en asma atópica y no atópica, estudiando la respuesta contra estímulos no específicos (metacolina y beta 2 agonista) en niños, encontrándose que la reactividad de los bronquios es mayor en asma no atopica y el mecanismo de BHR en niños con asma no atópica puede diferenciar de este de niños con asma atópica. En algunos pacientes con asma, la aspirina (ASA) y otros AINES, precipitan ataques asmáticos y reacciones naso-oculares, cuadro conocido como SINDROME DE ASPIRINA-INDUCIDA (AIA), que se caracteriza por una secuencia típica de síntomas, inflamación eosinófila intensa de tejidos finos nasales y bronquiales, combinada con al producción de leucotrienos. Después de la sensibilización de ASA, la ingesta diaria de dosis altas reduce los síntomas de la enfermedad inflamatoria de la mucosa en la mayoría de los pacientes con AIA.



ASMA NOCTURNA Y MATUTINA

SECRETARÍA
DE SALUD

SALUD

En ocasiones, los síntomas asmáticos ocurren predominante o exclusivamente durante la mañana. Los que ocurren en la noche, no se relacionan con ninguna etapa específica del sueño, pero alteran eficacia del sueño. En casos asmáticos con enfermedad leve, el sueño aumenta la resistencia de la vía aérea pero no afecta respuestas compensatorias; la capacidad residual funcional puede bajar y como consecuencia la inspiración disminuye durante sueño. El empeoramiento nocturno del asma se afecta la función pulmonar y se relaciona con la severidad del asma. La mayoría de muertes y de episodios repentinos de la insuficiencia ventilatoria del asma ocurre en la noche. El asma nocturna se puede atribuir a uno o a varios mecanismos:

- Reacción inmunológica de IgE, inflamación de la vía aérea, hiperreactividad bronquial, y broncoconstricción.
- Los ritmos circadianos, incluyendo la exageración de decrementos normales nocturnos en el calibre de las vías aéreas ; disminución de epinefrina y cortisol endógeno y con el aumento concomitante de histamina.
- Aumento del tono vagal.
- Retención del moco relacionada con la postura y la función mucociliar deteriorada en la noche.
- Vía aérea deshidratada.
- Efecto de disminución de los agentes farmacológicos tomados antes de sueño.
- Reflujo Gastroesofágico con la aspiración del contenido gástrico o de broncoconstricción
- Insuficiencia cardíaca congestiva con disnea paroxística nocturna
- Trastornos del sueño

DIAGNÓSTICO

El diagnóstico de asma es confirmada por valores numéricos obtenidos a través de una espirometría con mejoría en capacidades pulmonares después de la inhalación de un broncodilatador. En el adulto, mejora más del de 15% de FEV1 después de la inhalación de una dosis ordinaria de beta2 inhalado. Básicamente es clínico. En la inflamación asmática, se han identificado eosinófilos, linfocitos T y una variedad de citosinas. Con la broncoscopia se ha establecido más claramente el concepto de respuesta asmática retrazada, después de la exposición del alérgeno y la relación de la inflamación y la hiperreactividad de la vía aérea.



SECRETARÍA
DE SALUD

El lavado o la biopsia endobronquial, no han sido útiles en la identificación de los parámetros que ayuden al diagnóstico a determinar la gravedad de la enfermedad, el pronóstico o la probabilidad a responder a las terapias específicas. Estas pruebas han contribuido a la explicación de la patogenia del asma, sin embargo, no tienen actualmente ninguna utilidad.

TRATAMIENTO

Si el paciente es fumador debe hacerse que el paciente abandone el hábito de fumar de tener contacto con algún inhalante o neumotóxico. Posterior a esto y una vez hecha una evaluación de la historia clínica, radiografía, pruebas de función pulmonar, electrocardiograma y gasometría arterial puede iniciarse la administración de broncodilatadores. Uno de los más utilizados sean los beta agonistas, los cuales inducen relajación del músculo liso de las vías aéreas así como regulan la liberación de mediadores de las células cebadas y de basófilos principalmente. Los efectos sobre los receptores B1 pueden inducir efectos cardiovasculares indeseables, por los que los más usados son los broncodilatadores B2 agonistas. Estos se encuentran disponibles de dos tipos: los que tienen duración limitada (4-6 hrs) y los de acción prolongada, que son más selectivos y que tienen una duración de 12-18 hrs.

Los beta 2 agonistas también presentan efectos cardiovasculares pero menos severos. Su administración se prefiere en forma inhalada o en aerosol, ya que la oral presenta con mayor frecuencia estimulación vascular, ansiedad y temblor muscular. La terapia inhalada actúa más rápidamente.

Otros medicamentos inhalados son los anticolinérgicos como la atropina, sin embargo esta tiene efecto limitado dadas las alteraciones cardiovasculares prefiriéndose el bromuro de ipratropio, derivado atropínico, sin tantos efectos colaterales y que actúa por diferente vía de estimulación del espasmo bronquial

La teofilina, pertenece al grupo de las metilxantinas, la cual se emplea desde hace más de 50 años, sin embargo se ha mantenido como un medicamento que se usa en el control del broncoespasmo, aunque no hay que olvidar su potencial toxicidad. Su mecanismo de acción es bien conocido ya que aumenta el AMP cíclico intracelular con lo que resulta con una relajación muscular bronquial, así mismo mejora la actividad ciliar, estimula el SNC, disminuye la fatiga del diafragma, estimula el músculo cardíaco, estimula la diuresis así como se le atribuyen algunas propiedades antiinflamatorias e inmunoregulatoras.

En el EPOC la teofilina esta indicada por su efecto benéfico en el alivio de la disnea y su efecto broncodilatador. Se prefiere usar en las presentaciones de 12 ó 24 hrs, dependiendo de cada paciente. La dosis usual es de 10 mgs/kg/día manteniendo niveles séricos de 8 y 15 mgs/ml., desgraciadamente los niveles de seguridad de este medicamento es muy estrecho por lo que la posibilidad de tener efectos secundarios como cefalea, palpitaciones, náusea, vómito, mareos, taquicardia, con concentraciones plasmáticas superiores a 20 mg/ml es posible que aparezcan inquietud, agitación y arritmias. Los niveles séricos mayores pueden producir convulsiones focales o generalizadas.



SECRETARÍA
DE SALUD

Se debe de recordar que la disminución de la depuración de este medicamento puede presentarse cuando se le asocia a otros medicamentos como la cimetidina y macrólidos. El tabaquismo aumenta su eliminación .

ESTEROIDES

El uso de los esteroides en el EPOC es aún controversial ,en el asma presenta algunos hallazgos que comparte con el asma como son la producción excesiva de moco, obstrucción bronquial, aumento del número y tamaño de las glándulas mucosas y engrosamiento del músculo liso bronquial. Por lo arriba anotado se han utilizado los esteroides sistémicos . Los efectos buscados con estos medicamentos que se han buscado es la posibilidad de disminuir la inflamación y mejorar la hiperreactividad bronquial y con ello modificar la historia natural de la enfermedad (8), solo el 30% de los pacientes con asma pueden beneficiarse con el uso los esteroides, ya que en promedio mejoran un 20% del VEF1 después de su administración en un período corto. Se debe de establecer quienes son respondedores y quienes no ya que aquellos que no sean respondedores no deberán de recibir esteroides de manera crónica, ya que los esteroides tienen efectos colaterales indeseables, a nivel gastrointestinal, descompensaciones de la diabetes, osteoporosis, psicosis y miopatía de músculos respiratorios, así como infecciones por oportunistas.

Los esteroides inhalados pueden usarse y tienen un papel importante en la mejoría del grado de obstrucción y la hiperreactividad bronquial relacionada probablemente con la disminución de la inflamación, sin embargo en estudios a largo plazo no han demostrado ser muy útiles, sin embargo deben usarse en aquellos pacientes que se encuentran tomando medicamentos broncodilatadores a dosis máximas.

ANTIMICROBIANOS

Uno de los síntomas frecuentes en el asma es la hiperproducción de moco bronquial, lo que constituye con mayor frecuencia la causa más frecuente de exacerbaciones debidas a infección, en las que además de aumentar la secreción bronquial, existe inflamación y espasmo. Esto desarrolla un círculo vicioso del cual debemos de sacar al paciente. Se conoce que existen bacterias en el árbol bronquial de pacientes con asma, en donde normalmente no existen, esto solamente colonizando el árbol bronquial, lo que de alguna manera se ha tomado con un factor agregado para que el paciente se infecte y presente exacerbaciones de su asma. La bacteria que con mayor frecuencia exagera a los pacientes con asma es el *Hemophilus Influenzae*, seguida de la *Klebsiella*, el Neumococo y *Moraxella Catarralis*. Se puede iniciar el uso de amoxicilina o un macrólido, sobre todo en caso de alergia a la penicilina, así mismo puede darse amoxicilina con clavulanato o una quinolona. Debe de considerarse una cefalosporina de segunda o de tercera generación. Pueden utilizarse estos antimicrobianos en ciclos de 7 días, una semana al mes, aunque no existen estudios sólidos para demostrar su efectividad si se ha visto la disminución de la frecuencia y gravedad de las exacerbaciones y disminuir la colonización crónica del árbol bronquial .



SECRETARÍA
DE SALUD

TERAPIA RESPIRATORIA Y OXIGENOTERAPIA

Es muy importante el drenaje postural y las técnicas para mejorar la efectividad de la tos, que ayuden a expectorar las secreciones; así mismo el adecuado uso de los inhaladores es de suma importancia para el manejo de esta enfermedad. Es muy importante que el uso de medicamentos que aumenten la cantidad de las secreciones sea limitado y muy bien evaluado, ya que el aumento de las secreciones en estos pacientes que de por sí ya tienen muchas, pueden hacer que el manejo sea más difícil. Lo más importante es que el paciente ingiera líquidos en abundancia ya que estos, acompañado de una buena broncodilatación harán más fácil el poder expectorar las secreciones.

La administración de oxígeno a largo plazo en aquellos pacientes en los que sea ha demostrado que tienen disminución de la saturación de oxígeno por debajo de 88% en reposo y sin oxígeno suplementario o bien que tengan una PaO₂ menor a 55 mm de Hg en al gasometría, acompañados o no de hipercapnia y/o ácidos en el pH son candidatos a usar oxígeno a largo plazo.

Se recomienda el uso de oxígeno a flujos de 2 litros por minuto por espacio de 10 a 15 horas diarias, lo que disminuye la frecuencia de aparición temprana de cor pulmonar o hipertensión arterial pulmonar.

VACUNACIÓN DEL ASMA

Algunos virus, como el influenza A, son los causantes de las exacerbaciones en el asma. Este grupo de pacientes es de alto riesgo para presentar complicaciones, después de la infección por este virus, en la que con mayor frecuencia se encuentra la neumonía bacteriana. Existen dos medidas que pueden reducir el impacto de la influenza. La inmunoprolifaxis con vacuna inactivada y otra es la quimioprolifaxis o tratamiento con un medicamento antiviral específico para la influenza como es la amantadina. Lo ideal es que se aplique al inicio del invierno, también existe vacuna para prevención de la neumonía secundaria por *streptococcus pneumoniae* y *haemophilus influenzae*.

BIBLIOGRAFÍA

- Mochizuki. H. Difference in airway reactivity in children with atopic vs nonatopic asthma Chest. 1999 Sep;116(3): 619.
- Laitinen A. Histopathology features of early and progressive asthma 2000 Feb; 105 (2 pt 2):S509-13
- Nakamura Y. Gene expression of the gata-3 transcription factor in increased in atopic asthma.1999 Feb; 103 (2 pt):215:22



- Wiesch DG. Genetics of asthma. 1999 Nov., 104(5): 895-901
- Beasley R. Prevalence and etiology of asthma. 2000 Feb; 105 (2pt2): S466-72
- Nelson HS. The relationships among environmental allergen sensitization, allergen exposure, pulmonary function, and bronchial hiperresponsiveness in the childhood asthma management program. 1999 Oct; 104 (4 Pt1); 775-85.
- Marabini A. Is normal bronchial responsiveness in asthmatics a reliable index for withdrawing inhaled corticosteroid treatment. Chest.1988 Apr, 113 (4); 964-7.
- Rosi E. Sputum analysis, bronchial hyperresponsiveness, and airway. function in asthma: results of a factro analysis. Journal of Allergy and Clinical Immunology.1999 Feb; 103(2 pt 2); 232-7
- Kavuru MS. Role of bronchoscopy in astma research. Clinics in Chest Medicine.1999 Mar; 20(1):153-89.
- Reed. CE The natural history of asthma in adults: the problem of irreversibility. Journal Allergy and Clinical Immunology.1999 Apr; 103(4): 593-47.
- Szczeklik A.. Aspirin-induced asthma: advances in pathogenesis and management. Journal Allergy and Clinical Immunology 1999 Jul; 104(1): 5 – 13.
- Universidad de Chile, Sede Oriente. Año de medicina 2000. No. 5
- Middleton. Allergy, Principles and Practice. 5th. Ed. 1998: 860- 910.
- Mc Fandden. The patobiology of acute asthma. . Clinics in Chest Medicine. 2000. Jun;21(2)
- American Thoracic Society: Progress of the interface of inflammation and Asthma. Am J Respir Crit Care Med 152: 385, 1995.
- Ohmi T, Yanai M, Sekissawa T. Efective site of bronchodilation by adrenergic and anticolinergeric aegnts in patients with chronic obstructive pulmonary disease: direct measurement of intrabrochial presure with a new catheter. Am Rev Respir Dis. 1992; 146: 88-91-
- Ikeda A, Nishimura K, Koyama H, Izumi T. Bronchodilating effets of combided therapy with clinical dosages of ipratropium briomide and salbutamol for stable CODP.ñ Chest. 1995; 107-401-05.
- Godman A, Rall TW, Nies A Taylor P. Las bases farmacológicas de la Terapéutica. 7ª. Ed. Medica Panamericana. 1991.



- Albert RK, Martin TR, Steven WL. Controlled Clinical Trial of Methylprednisolona in Patients with Chronic Bronchitis and Acute Respiratory Insufficiency. Ann Inter Med. 1980;92:753-758.
- Doempeling E, Van Schaych CP, Van Grunsven PM. Slowing the deterioration of asthma and COPD observed during bronchodilatador therapy by adding inhalaed corticosteroids. Ann Inter med 1993; 118:770-778.



SECRETARÍA
DE SALUD

ASMA LEVE

CARACTERÍSTICAS	PRUEBAS FUNCIONALES	TRATAMIENTO
Síntomas intermitentes y breves < de 1 a 2 veces por semana	FEM y/o VEF > del 80% del valor previsto del paciente variabilidad > 20%	Agonistas B2 inhalados PRN
Síntomas de asma nocturna > de 1 a 2 veces por mes		Cromoglicato de sodio, 2 inhalaciones 4 veces al día durante 3 meses y evaluar respuesta
Asintomático entre las crisis		Cromoglicato de sodio

ASMA MODERADO

Agonistas B2 inhalados administrados en forma continua hasta estabilizar las vías aéreas y después continuación PRN

Mejoría → Suspender beclometasona y continuar con cromoglicato de sodio + agonistas B2 PRN

CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS

Exacerbaciones > 1 a 2 veces por semana

Las exacerbaciones pueden afectar la actividad diaria y el sueño

Síntomas de asma nocturna > de 2 veces por mes

Síntomas que requieren el uso de B2 agonistas de corta duración casi diariamente

Pruebas

Funcionales

FEM o VEF1 > del 60%
80% del valor previsto del paciente
variabilidad del 20% o 30% cuando hay síntomas

T
R
A
T
A
M
I
E
N
T
O

Beclometasona inhalada 400 mcg por día

Inhibidores de leucotrienos

Cromoglicato de sodio 2 inhalaciones 4 veces al día

Inmunoterapia



No mejoría

Aumentar dosis de beclometasona a 800 mcg → Mejoría → Volver a paso anterior

Cromoglicato de sodio 2 inhalaciones 4 veces al día

Agonistas D2, inhalaciones 4 veces al día



No mejoría

Agregar teofilina de liberación prolongada en dosis necesarias para obtener un nivel sérico entre 6x15 mcg/ml (aprox. 600 mg/día) en de 60 kg → Mejoría → Volver al paso anterior



No mejoría

Agregar prednisona oral en periodos cortos de 5 a 7 días a dosis única de 0.5 mg/kg/día → Mejoría → Volver al paso anterior



No mejoría

Revisar diagnóstico y grado de severidad

Evaluar cumplimiento del tratamiento y

técnica de administración de los

medicamentos en aerosol.

Evaluar la presencia de enfermedades o

situaciones concomitantes que pueden agravar

la enfermedad (sinusitis, emociones, etc.)



ASMA GRAVE O SEVERO

SECRETARÍA DE SALUD

CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS

Exacerbaciones frecuentes
Síntomas continuos
Frecuentes síntomas de asma nocturna
Actividades físicas limitadas

T Prednisona oral 1 mg/kg/día
+
R Beclometasona inhalada a dosis de 800
A - 1200 mcg por día
+
T Teofilina a dosis semejante a la del asma moderado
A +
M Agonistas β₂, 2 inhalaciones 4 veces al día

M Disminuir la dosis de prednisona y administrarla en días alternos y
E disminución paulatina de acuerdo a respuesta del paciente o
J pasar a esteroides inhalados

I
E
N
T
O

No mejoría

í
A

PRUEBAS FUNCIONALES
FEV₁ o 1^o MEF1 < del 60% del valor previsto del paciente
variabilidad > 50% durante la exacerbación

Hospitalización

↓
Cromoglicato

CRISIS DE ASMA: MANEJO DE URGENCIAS

Valoración inicial.

Historia clínica breve, frecuencia cardíaca
 Frecuencia respiratoria, peak flow, auscultación
 (sibilancias, ausencia de ruidos respiratorios),
 uso de músculos accesorios, disteña, grado de alerta,
 color, saturación O₂, valorar hidratación y presentación de proceso infeccioso

Oxígeno: conservar saturación > 95%
 Salbutamol: Niños: nebulizado con oxígeno a 8 L.T.S.
 A dosis de 0.15 mg/kg dosis cada 20 minutos por hora (se sugiere uso de espaciadores y respiración bucal). Adultos: aerosol 2.4 disparos cada 20 minutos por hora o agonistas β₂ subcutáneos 3 dosis. Esteroides: (se sugiere hidrocortisona metil prednisolona o prednisona).

Valoración (1 hora)
 Frecuencia cardíaca, frecuencia respiratoria, peak flow, uso de músculos accesorios, disteña, grado alerta, color, saturación de oxígeno, ruidos

BUENA RESPUESTA	MEJORA PARCIAL	NO RESPONDE
Fem > 70 del basal Frecuencia cardíaca Frecuencia respiratoria Sibilancias: disminución No uso músculos accesorios Disteña mínima o ausente Saturación O ₂ > 95%	Fem 40-70% basal Valorar tratamiento anti-infeccioso FC FR Sibilancias: presentes Uso músculos accesorios Disteña	Fem < 40% basal FC FR Silencio respiratorio Uso severo de músculos accesorios Disteña severa Oxígeno SAT < 91%

Dosis de salbutamol cada 2 horas	Agregar prednisona, hidrocortisona, metilprednisolona, dexametasona por vía y dosis que así lo requiera el cuadro	Ingreso manejo hospitalario
----------------------------------	---	-----------------------------

Observar durante 1 hora Nueva valoración 1 hora

Mejoría Fem > 70 del basal O ₂ SAT > 95% Mejoran otros parámetros	No Mejoría Fem < 70 del basal Otros parámetros no mejoran	Mejoría Fem > 70 del basal O ₂ SAT > 95% Mejoran otros parámetros	No Mejoría Fem < 40 del basal O ₂ /91% Otros parámetros no mejoran
--	--	--	--

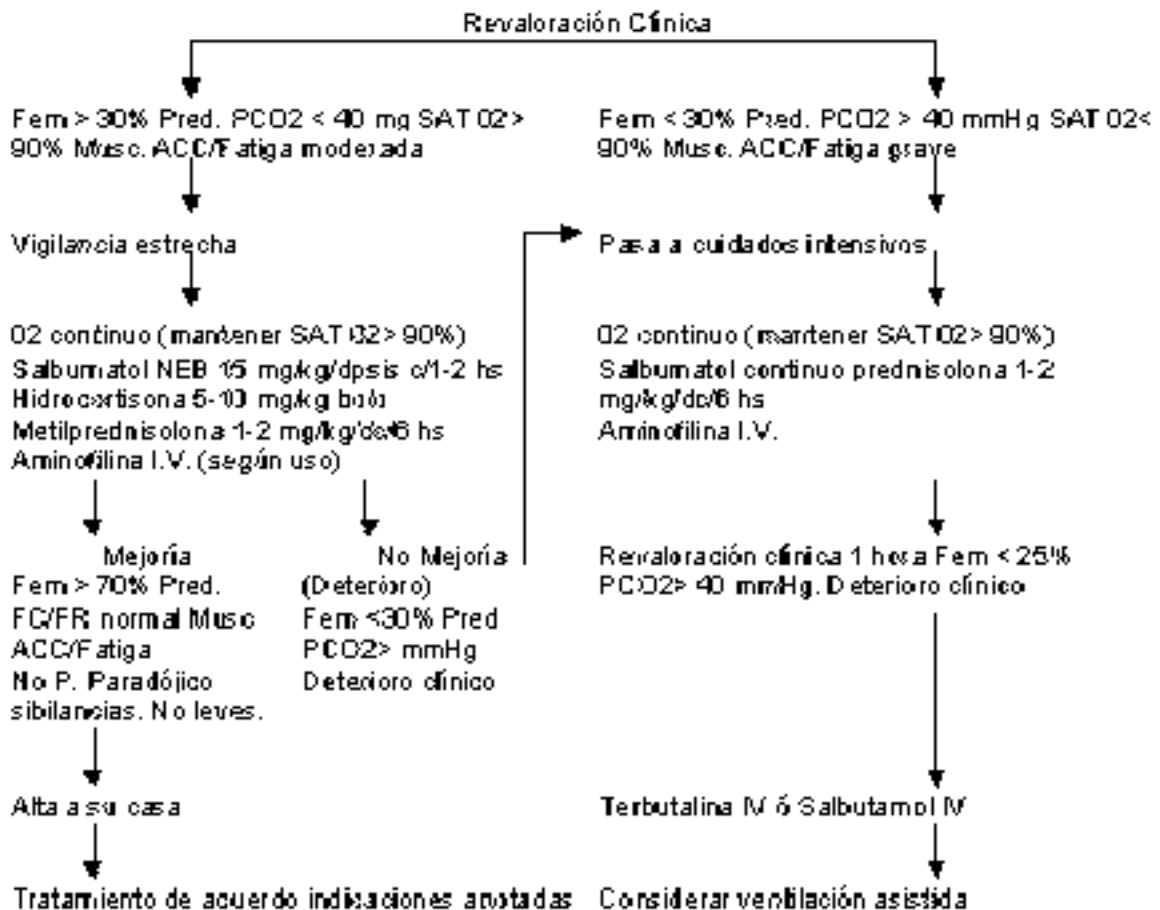
Alta a su domicilio con indicaciones y cita de control	Respuesta incompleta Fem 40-70% basal O ₂ /91% y mejoría en otros parámetros
--	---

Continuar tratamiento, internamiento si no mejora en 2 horas

CRISIS DE ASMA AGUDA REFRACTARIA (ESTADO ASMÁTICO) MANEJO HOSPITALARIO

CRISIS DE ASMA AGUDA REFRACTARIA (ESTADO ASMÁTICO) MANEJO HOSPITALARIO

Admisión hospitalaria
 Fem < 40% Pred.
 FR/FC sibilancias Ins/Espiratorias Musc.
 Acc. Moderada o Severa
 SAT O₂ < 91% después de Tx





ABSCESO PULMONAR



CLASIFICACION CIE J85.1

Los abscesos pulmonares son formados por un proceso infeccioso secundario a la introducción en el árbol bronquial de una carga microbiológica importante (broncoaspiración) o al fracaso de los mecanismos de depuración microbiológica en los pulmones (obstrucción bronquial) o a ambas con necrosis de los tejidos pulmonares y formación de cavidades que contienen desechos necróticos y líquido purulento.

En la etiología de los abscesos pulmonares, la más importante predisposición es la broncoaspiración, los abscesos se localizan con más frecuencia en el lóbulo superior derecho seguidos de el lóbulo superior izquierdo y los segmentos apicales de los lóbulos inferiores. La enfermedad está también altamente asociada a la presencia de una obstrucción de algún bronquio, émbolos pulmonares y émbolos sépticos. Los abscesos se desarrollan después de procesos inflamatorios con formación de necrosis tisular y cavitaciones. La clasificación de los abscesos pulmonares está relacionada con el tiempo de evolución: Abscesos agudos tienen menos de 4 a 6 semanas de evolución. Abscesos crónicos con más de 6 semanas de inicio. Abscesos primarios son originados de broncoaspiraciones o neumonías en un huésped normal. Abscesos secundarios son debidas a condiciones preexistentes obstrucciones, propagación de la infección de sitios extrapulmonares, bronquiectasias, compromisos inmunes. En los abscesos pulmonares los microorganismos anaerobios se encuentran presentes en el 89% de los pacientes. En estudios de Bartlett y col., 46% de los cultivos de abscesos pulmonares tienen aislados únicamente anaerobios, mientras un 43% cepas mixtas de aerobios y anaerobios. Los organismos aerobios relacionados con abscesos pulmonares o neumonías necrotizantes son *S. aureus*, *Streptococcus pyogenes*, *Klebsiella pneumoniae* y *P. aeruginosa*. Menos frecuentes bacilos gram (-) tales como *E. coli* y *Haemophilus influenzae* tipo B los cuales pueden causar necrosis pulmonar. Neumonías cavitarias por organismos poco comunes son *N. asteroides*, *Paragonimus westermani*, *Legionella species*, *Burkholderia pseudomallei* y *B. mallei* así como el *Mycobacterium tuberculosis*. Las infecciones fúngicas pueden causar cavitaciones en diabéticos y en huéspedes inmunocomprometidos (Aspergilosis y Mucoraceas). La *Entamoeba histolytica* causa abscesos pulmonares casi siempre en la porción basal del lóbulo inferior derecho. La presentación clínica de esta enfermedad puede ser coincidente con la presentación de las neumonías o puede ocurrir tardíamente en el curso clínico de la neumonía. La sospecha puede ser alta bajo condiciones predisponentes por aspiración o neumonía por anaerobios: alcoholismo, alteraciones del estado de conciencia, efectos de anestésicos, disfagia o disfunción faríngea, gingivitis o piorrea, traumatismo cerrado o abierto de tórax, cirugía de tórax, obstrucción por neoplasias, bronquiectasias o embolismos pulmonares. El aliento fétido y las expectoraciones pútridas pueden ser notadas aunque la ausencia de estas no excluye la posibilidad de una infección por anaerobios.

Un cambio en la producción del esputo puede ser notado en pacientes con bronquitis o bronquiectasias. Los pacientes con abscesos pulmonares primarios gradualmente desarrollan fiebre, tos, pleuritis, dolor en el hombro.



SECRETARÍA
DE SALUD

La neumonía puede estar presente por la historia de 1 a 3 semanas antes del reconocimiento de el absceso. Los abscesos pulmonares secundarios debidos a émbolos pulmonares sépticos con infarto pueden desarrollarse en 48 a 72 h. Las endocarditis bacterianas pueden presentarse como neumonías, empiemas o abscesos pulmonares. Los abscesos subdiafragmáticos que incurren a pulmón pueden ser desarrollados por un absceso hepático amibiano o por un flemón pancreático. La presentación clínica de los abscesos puede ser subaguda y crónica en las 2/3 partes de todos los pacientes como también puede tener una presentación fulminante.

El retardo de una terapia apropiada o el infarto a los tejidos permite el progreso de la infección hacia una gangrena pulmonar. Hasta 1/3 de todos los abscesos pulmonares pueden acompañarse de empiemas frecuentemente por la ruptura del mismo al espacio pleural. La clásica apariencia radiográfica de los abscesos pulmonares es en relación con una cavidad irregular con un nivel hidroaéreo en su interior. Múltiples radiografías son necesarias para el seguimiento de una neumonía sobre todo si es sospechosa de neumonía necrotizante la cual predispone a la formación de abscesos. La TAC define mejor el tamaño y localización de los abscesos además de distinguir mejor los procesos relacionados que las radiografías convencionales.

En la evaluación del paciente con absceso pulmonar debemos tomar en cuenta que en la actualidad hay múltiples microorganismos que influyen en la formación de estos. Es necesario tomar una muestra del absceso para un estudio microbiológico minucioso. La extracción de la muestra debe ser realizada bajo normas de esterilidad estrechas, esto debido a la contaminación de la muestra por la flora bacteriana normal que habita en la boca y tracto respiratorio alto. Por esta razón se recomiendan los siguientes procedimientos: Lavado bronquioalveolar con fibrobroncoscopía pero realizado con un catéter doble lumen con protección del cepillo para toma de muestra Otros procedimientos aceptados son la aspiración transtraqueal percutánea o la aspiración transtorácica percutánea guiada por fluoroscopia. La toma de muestra a través de un tubo endotraqueal puede ser también bien aceptada. El tratamiento debe ser guiado por el conocimiento microbiológico del líquido del absceso y por las condiciones asociadas que predisponen el desarrollo del absceso pulmonar. Los abscesos pequeños en personas sin enfermedades concomitantes pueden responder a los antibióticos, fisioterapia pulmonar y drenaje postural. Los abscesos con expansión progresiva y rápida de huéspedes inmunocomprometidos deben ser tratados quirúrgicamente no sin antes valorar la posibilidad de drenaje a través de fibrobroncoscopía o por medio de un catéter guiado radiológicamente. En esta era pre-antibiótica la recuperación de los pacientes es de hasta un 90% pero también han resurgido importantes complicaciones como infecciones recurrentes, formación de nuevos abscesos, empiemas, adhesiones pleurales, bronquitis crónicas y bronquiectasias.

Actualmente se ha incrementado el número de anaerobios resistentes a la penicilina. La Clindamicina ha reportado mejores resultados según el número de pacientes que responden a este tratamiento. Otras alternativas incluyen el Imipenem y combinaciones de Beta lactámicos con inhibidores de Beta lactamasas (Ticarcilina-clavulanato). La apropiada duración del tratamiento depende de la respuesta clínica y radiológica del paciente. Se recomienda un mínimo de 2 a 3 semanas de tratamiento, pueden ser necesarios largos cursos de tratamiento.



La reincidencia es común y es debido a resistencia de los antibióticos utilizados inicialmente. El drenaje o la cirugía deben ser estimadas cuidadosamente. El drenaje por broncoscopia suele ser mejor en abscesos con drenaje bronquial. En pacientes críticos o aquellos con obstrucción bronquial relacionados a abscesos el drenaje por broncoscopia podría ser considerado. Persistencia de las bacteremias, fiebre por más de 72 h de duración, pocos cambios en la producción y características del esputo e imágenes radiográficas sin cambios posteriores a 10 días sugieren una nueva valoración microbiológica y anatómica. La resección quirúrgica está indicada si la vía aérea está obstruida y limita el drenaje del absceso (tumor, cuerpo extraño). En pacientes con alto riesgo quirúrgico la alternativa es el drenaje con catéteres percutáneos en manos expertas de lo contrario las consecuencias podrían ser desastrosas.

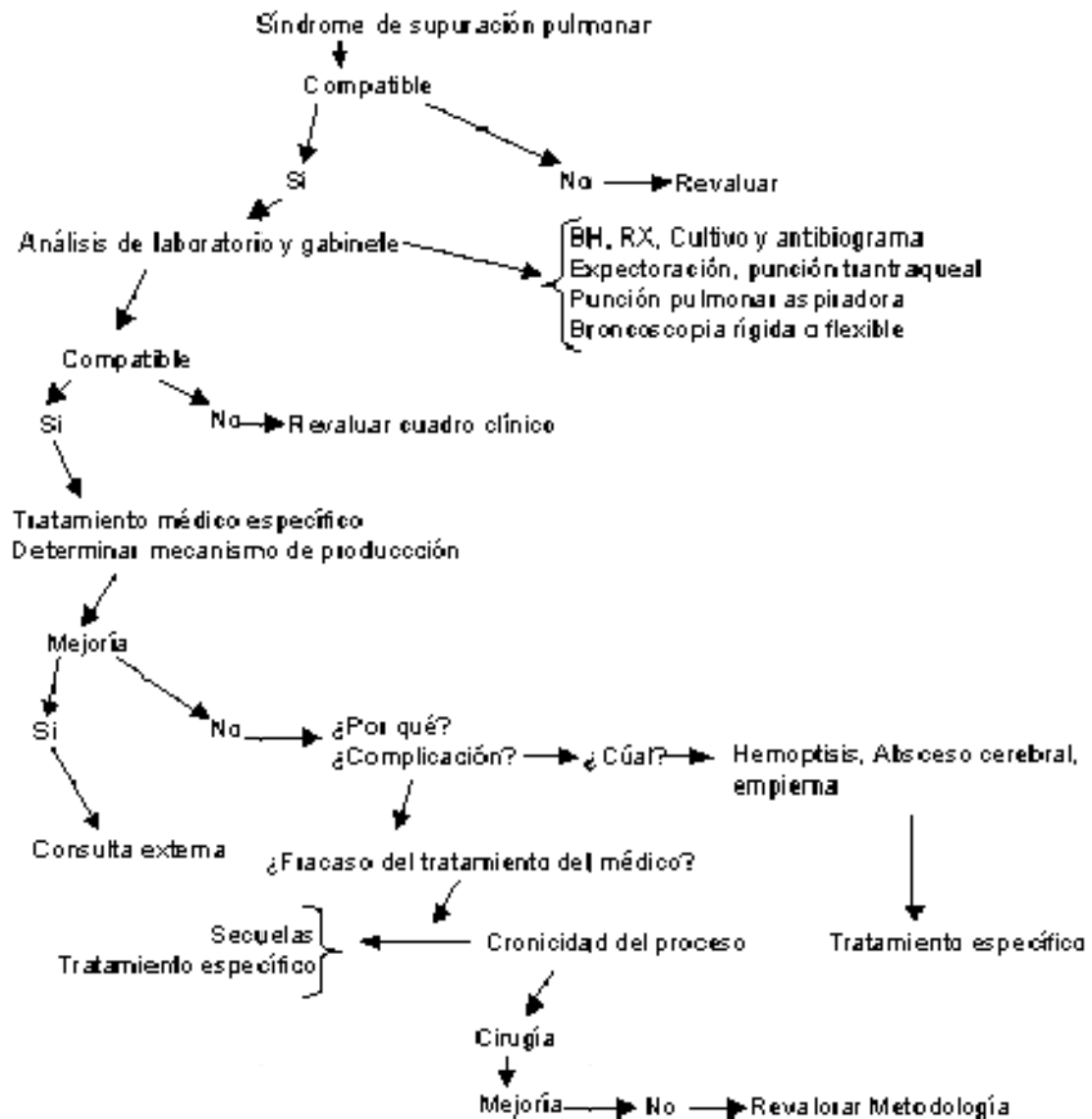
La mortalidad de los pacientes aumenta bajo las siguientes condiciones: Abscesos grandes (5 a 6 cm), necrosis pulmonar progresiva, lesiones obstructivas, bacterias aeróbicas, compromiso inmune, edad avanzada, deterioro sistémico, retardo en la atención médica.

BIBLIOGRAFÍA

- Rico G, Sánchez A. Argüero R. Neumología Básica Diagramada. Ed. Trillas. 144-145.1987.
- Hanley Michel E., Welsh Carolyn H. Current, diagnosis & Treatment in Pulmonary Medicine, Ed Mc. Graw Hill, International Edition 2003. 20, 20T, 430.
- Finegold, M.S. Fishman, A.V. Empyema and lung abscess, in Fishman's Pulmonary Disease and Disorders, Chapter 130 pg 2021, 2033. Ed Mac Graw Hill. 1998

Algoritmo del Absceso Pulmonar (1)

Diagnóstico de envío
Pacientes de alto riesgo





DERRAME PLEURAL



CLASIFICACION CIE J 90

SECRETARÍA
DE SALUD

El derrame pleural es una acumulación anormal de líquido en el espacio pleural. Es una manifestación común de enfermedades extratorácicas. Normalmente existe líquido en el espacio pleural que sirve como lubricante entre la pleura visceral y parietal. En individuos sanos puede encontrarse hasta 20 mls de líquido pleural, con un contenido proteínico de aproximadamente 1.5 grs/dl. con contenido electrofórico igual al contenido plasmático, aunque el contenido de albúmina es más alto, en cambio el de fibrinógeno y betaglobulina es relativamente más bajo. El volumen y composición del líquido se mantienen constantes en individuos sanos debido a un balance constante de las presiones hidrostáticas y oncóticas, en relación con la ecuación de Starling, así como una permeabilidad relativa de los capilares pleurales y linfáticos. La nutrición de la pleura parietal se debe a la irrigación de las arterias sistémicas y la visceral a la circulación pulmonar. El líquido pleural es producido en 90% en la pleura parietal y se reabsorbe en la pleura visceral para posteriormente irse hacia los linfáticos pulmonares hacia el hilio drenando luego en el conducto torácico, continuado hacia el drenaje de este hacia subclavia izquierda. De esta manera el espacio pleural queda libre de fluido. En la enfermedad algunos de los factores mencionados se afectan produciéndose el acumulo de líquido en el espacio pleural. Algunas causas de derrame pleural pueden ser obstrucción linfática congénitas o adquiridas como enfermedades neoplásicas, infecciones granulomatosas y necrotizantes, así como, enfermedades de la colágena. La presencia de fibrosis puede retardar la absorción del líquido pleural. En este grupo de enfermedades lo clásico es que el líquido sea un exudado, líquido con más de 3 grs. de proteína, en cambio en la presencia de trasudado, líquido con menos de 3 grs. de proteína, puede deberse a cirrosis, insuficiencia cardiaca y/o renal así como en el hipotiroidismo y en el síndrome de Addison.

Los hallazgos clínicos de derrame pleural son disminución de los movimientos respiratorios, matidez a la percusión, disminución de la transmisión de la voz y de los ruidos respiratorios.. Así mismo es muy importante recabar los datos de historia clínica y la asociación del derrame pleural con otros datos de enfermedad pulmonar o de otros sistemas. La presencia de egofonía es de gran importancia para su diferenciación con la atelectasia. Los datos radiológicos del derrame pleural es una opacidad homogénea con delimitación de la misma por una línea parabólica llamada línea de Felson; así mismo si el derrame es mayor de 1500 mls., el mediastino puede desviarse hacia el lado contralateral con atelectasia pasiva del pulmón del lado del derrame. Se debe siempre de obtener idealmente una placa con el paciente parado o sentado y de preferencia en postero-anterior así como una lateral del lado del derrame para poder delimitar bien su extensión, ya que en ocasiones se encuentra loculado. Para poder apreciar un derrame pleural en una radiografía de tórax, debe de haber acumulado, por lo menos 150 mls o más de líquido, menores cantidades pueden ser de difícil visualización en la tele de tórax, no así en la lateral, en donde si se pueden ver pequeñas cantidades de líquido acumuladas. Todo derrame debe de ser puncionado para conocer su composición citoquímica así como ser mandado a patología para la búsqueda de células malignas, de enfermedad primaria o metastásica a la pleural. El drenaje del líquido no debe de sobrepasar de entre 1000 a 1500 mls ya que esto puede causar edema pulmonar.



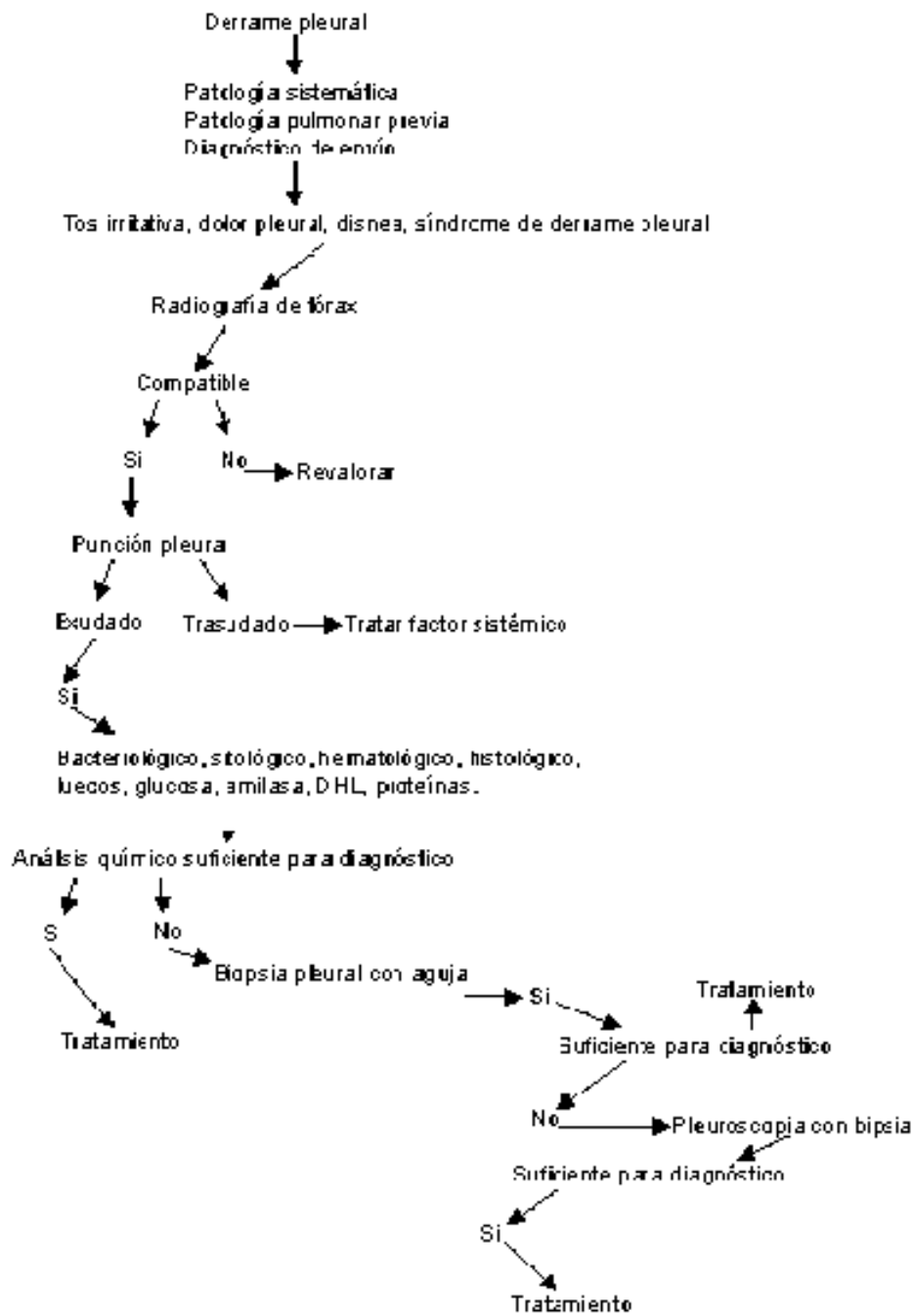
SECRETARÍA
DE SALUD

La apariencia macroscópica del líquido ayuda para tomar decisiones, ya que la presencia de material purulento indica necesariamente la colocación de una sonda de pleurotomía con manejo de sello de agua. Si sus características es de líquido hemorrágico y dependiendo de cual sea el mecanismo de producción del líquido, puede valorarse la conveniencia o no de colocar una sonda de pleurotomía. La presencia de leucocitos, de más de 10, 000 células por mm cúbico, puede indicar la presencia de infección, y menos de 10, 000 se presenta en padecimientos inflamatorio. El predominio de linfocitos es en padecimientos tuberculosos y en las neoplasias; la presencia de polimorfonucleares es muy frecuente encontrarlos en derrame paraneumónicos, que se resuelven con la neumonía, sin embargo no debe de tomarse como un hecho aislado, debe de correlacionarse con los demás valores que se estudian en el líquido pleural. El ph es de gran utilidad ya que si se encuentra entre 7.20 y 7.30 la posibilidad de empiema es alta y menos de 7.2 es diagnóstica. La toma de biopsia pleural debe de realizarse al estudiar un derrame pleural, sobretodo en enfermedades como cáncer y tuberculosis. En esta última debe de solicitarse, además ADA (adenosin desaminasa) y PCR (Proteína), que ayudan para el diagnóstico de tuberculosis pleural, pero siempre deben de correlacionarse con la clínica y otros valores del derrame pleural. El tratamiento del derrame dependerá de la causa que lo provocó, por lo que es de gran importancia establecer el diagnóstico etiológico del derrame.

BIBLIOGRAFÍA

- Light RW , Mc Gregor I, Luchsinger PC: Pleural Effusions; the diagnostic separation of trasudates and exudates. Ann Intern Med. 77:507, 1972.
- Light RW et al. Diagnostic significance of pleural fluid pH and pCO2. Chest 64:591, 1973.
- Barret ND: The pleura. Thorax 25:515, 1970.
- Black LF: The pleural space and pleural fluid. Mayo Clin Proc. 47:491, 1972.
- Hirsch A, et al. Pleural effusion: Laboratory test in 300 cases. Thorax. 34:106, 1979.
- Rico G, Sánchez A. Argüero R. Neumología Básica Diagramada. Ed. Trillas. 144-145.1987.

Algoritmo del Derrame Pleural (6)





ENFERMEDAD PULMONAR OBSTRUCTIVA CRONICA

SECRETARÍA
DE SALUD

CLASIFICACION CIE J 44.8

La Enfermedad Obstructiva Crónica (EPOC) es una de las principales causas de invalidez respiratoria tanto en el mundo como en nuestro país. Las muertes por EPOC en USA se calcula que son 29/100, 000 habitantes. Es una enfermedad principalmente causada por la inhalación crónica de humo de cigarro, aunque esta última también es la causa principal de cáncer broncogénico. Otros factores productores de EPOC es la inhalación crónica algunas sustancias o humos, como por ejemplo thinner, pintura automotriz o humor de leña, muy frecuente es algunas zonas de nuestro país, así mismo la deficiencia de alfa-1 antitripsina y factores laborales en las minas de polvo de carbón, de bióxido de azufre y muchas otras partículas .

La EPOC la podemos dividir en EPOC tipo A, llamado pink puffer (soplador rosado) y tipo B o blue blotter (pletórico cianótico). Es muy frecuente encontrar pacientes con signos y síntomas combinados, sin embargo como se mencionará más adelante, pueden encontrarse por separado .

La definición de enfisema pulmonar es aquella destrucción de la vía aérea más allá del bronquiolo terminal. Este termino es anatomo-patológico, sin embargo existen características clínicas, radiológicas y fisiológicas que caracterizan al enfisema pulmonar.

La bronquitis crónica, la Sociedad Americana de Tórax, la define como la presencia de tos y expectoración por más de tres meses al año durante dos años consecutivos en ausencia de neumopatía crónica, bronquiectasias, tuberculosis pulmonar u otras enfermedades que expliquen la tos así mismo existen datos clínicos, radiológicos y fisiológicos que son propios de esta variedad de la EPOC, que la hacen diferente al enfisema pulmonar .



SECRETARÍA
DE SALUD

	EPOC A	EPOC B
Facies	Delgado, taquipneico Tórax en tonel	Obeso, cianótico
Tos y expectoración	Muy escasa, solo en Exacerbaciones	Tos y abundante expectoración.
Disnea	Muy marcada	Ligera
Hipoxemia	Leve al inicio	Moderada a severa
Hipercapnia	En fases avanzadas	Moderada a intensa
Policitemia	no	Frecuente
Cor Pulmonar	Fases avanzadas	Frecuente
Radiografía de Tórax	Hiperinsuflación, presencia de bulas, ausencia de vascu- laridad. Diafragmas aplanados	tórax sucio, imágenes de engrosamiento bronquial
Hipertensión		Arterial Pulmonar.



MANIFESTACIONES CLÍNICAS

SECRETARÍA
DE SALUD

El cuadro clínico va mucho en relación en lo anotado anteriormente, sin embargo debe de recabarse el antecedente de tabaquismo o exposición a alguno o algunos de los factores de riesgo arriba anotados, así como, con los datos radiológicos o de la espirometría. La exploración física es importante en donde se puede encontrar en pacientes con enfisema el clásico síndrome de rarefacción pulmonar (disminución de los ruidos respiratorios, disminución de los movimientos respiratorios. Las radiografías muestran datos de atrapamiento de aire, (como hemidiafragmas aplanados, aumento del espacio retroesternal y retrocardíaco, aumento de los espacios intercostales), así como la imagen de tórax sucio muy característica de la bronquitis crónica, así mismo los datos de hipertensión pulmonar (empastamiento hilar, aumento del diámetro de la arteria pulmonar descendente derecha a 16 mm ó más). También el electrocardiograma ofrece algunos datos una vez que la enfermedad ha avanzado, como lo son datos de crecimiento de aurícula derecha, con crecimiento de la onda P, crecimiento del ventrículo derecho, eje eléctrico a la derecha y poca progresión de la onda R en las derivaciones precordiales.

Las pruebas de función pulmonar muestran disminución de la capacidad vital así como del flujo espiratorio del primer segundo, así como la relación capacidad vital /flujo espiratorio del primer segundo en los caso de bronquitis crónica y disminución de la capacidad vital sin obstrucción en los casos de enfisema. Los exámenes de laboratorio pueden mostrar aumento de la hemoglobina y del hematocrito sobre todo en caso de EPOC B. La gasometría arterial muestran datos de hipoxemia e hipercapnea los cuales guardan relación con la severidad del padecimiento. Existen otras pruebas que se pueden realizar como lo es la prueba de difusión de monóxido de carbono (DICO) y guarda relación directa con el grado de enfisema y con el VEF1 .

CLASIFICACION DE LA SEVERIDAD DE LA EPOC (GOLD)

- 0 EN RIESGO
 - ◆ Espirometría normal, síntomas crónicos (tos, producción de esputo)
- I EPOC LEVE
 - ◆ VEF1/CVF <70%
 - ◆ VEF1 >80% del predicho
 - ◆ Con o sin síntomas crónicos
- II EPOC MODERADO
 - ◆ VEF1/CVF <70%
 - ◆ VEF1 entre el 50 y 80% del valor predicho
 - ◆ Con o sin síntomas crónicos
- III EPOC SEVERO
 - ◆ VEF1/CVF <70%
 - ◆ VEF1 entre el 30 y 50% del valor predicho
 - ◆ Con o sin síntomas crónicos
- IV EPOC MUY SEVERO
 - ◆ VEF1/CVF <70%
 - ◆ VE
 - ◆ F1 <30% del valor predicho ó <50% del valor predicho con insuficiencia respiratoria crónica



SECRETARÍA
DE SALUD

TRATAMIENTO

Lo primero que se debe de hacer es que el paciente abandone el hábito de fumar de tener contacto con algún inhalante o neumotóxico. Posterior a esto y una vez hecha una evaluación de la historia clínica, radiografía, pruebas de función pulmonar, electrocardiograma y gasometría arterial puede iniciarse la administración de broncodilatadores. Quizás uno de los más utilizados sean los beta agonistas, los cuales inducen relajación del músculo liso de las vías aéreas así como regulan la liberación de mediadores de las células cebadas y de basófilos principalmente. Los efectos sobre los receptores B1 pueden inducir efectos cardiovasculares indeseables, por los que los más usados son los broncodilatadores B2 agonistas. Estos se encuentran disponibles de dos tipos: los que tienen duración limitada (4-6 hrs) y los de acción prolongada, que son más selectivos y que tienen una duración de 12-18 hrs. Los beta 2 agonista también presentan efectos cardiovasculares pero menos severos. Su administración se prefiere en forma inhalada o en aerosol, ya que la oral presenta con mayor frecuencia estimulación vascular, ansiedad y temblor muscular. La terapia inhalada actúa más rápidamente. Otros medicamentos inhalados lo son los anticolinérgicos como la atropina, sin embargo esta tiene efecto limitado dadas las alteraciones cardiovasculares prefiriéndose el bromuro de ipatropio, derivado atropínico, sin tantos efectos colaterales y que actúa por diferente vía de estimulación del espasmo bronquial .

La teofilina, pertenece al grupo de las metilxantinas, la cual se emplea desde hace más de 50 años, sin embargo se ha mantenido como un medicamento que se usa en el control del broncoespasmo, aunque no hay que olvidar su potencial toxicidad. Su mecanismo de acción es bien conocido ya que aumenta el AMP cíclico intracelular con lo que resulta con una relajación muscular bronquial, así mismo mejora la actividad ciliar, estimula el SNC, disminuye la fatiga del diafragma, estimula el músculo cardíaco, estimula la diuresis así como se le atribuyen algunas propiedades antiinflamatorias e inmunoreguladoras .

En el EPOC la teofilina esta indicada por su efecto benéfico en el alivio de la disnea y su efecto broncodilatador. Se prefiere usar en las presentaciones de 12 ó 24 hrs., dependiendo de cada paciente. La dosis usual es de 10 mgs/kg/día manteniendo niveles séricos de 8 y 15 mgs/ml. , desgraciadamente los niveles de seguridad de este medicamento es muy estrecho pudiéndose tener efectos secundarios como cefalea, palpitaciones, náusea, vómito, mareos, taquicardia. Con concentraciones plasmáticas superiores a 20 mg/ml es posible que aparezcan inquietud, agitación y arritmias. Los niveles séricos mayores pueden producir convulsiones focales o generalizadas. Se debe de recordar que la disminución de la depuración de este medicamento puede presentarse cuando se le asocia a otros medicamentos como la cimetidina y macrolidos. El tabaquismo aumenta su eliminación .



ESTEROIDES

El uso de los esteroides en el EPOC es aún controversial. El EPOC presenta algunos hallazgos que comparte con el asma como son la producción excesiva de moco, obstrucción bronquial, aumento del número y tamaño de las glándulas mucosas y engrosamiento del músculo liso bronquial. Por lo arriba anotado se han utilizado los esteroides sistémicos. Los efectos buscados con estos medicamentos que se han buscado es la posibilidad de disminuir la inflamación y mejorar la hiperreactividad bronquial y con ello modificar la historia natural de la enfermedad, solo el 30% de los pacientes con EPOC pueden beneficiarse con el uso de los esteroides, ya que en promedio mejoran un 20% del VEF1 después de su administración en un período corto. Se debe de establecer quienes son respondedores y quienes no ya que aquellos que no sean respondedores no deberán de recibir esteroides de manera crónica, ya que los esteroides tienen efectos colaterales indeseables, a nivel gastrointestinal, descompensaciones de la diabetes, osteoporosis, psicosis y miopatía de músculos respiratorios, así como infecciones oportunistas.

Los esteroides inhalados pueden usarse y tienen un papel importante en la mejoría del grado de obstrucción y la hiperreactividad bronquial relacionada probablemente con la disminución de la inflamación, sin embargo en estudios a largo plazo no han demostrado ser muy útiles, sin embargo deben usarse en aquellos pacientes que se encuentran tomando medicamentos broncodilatadores a dosis máximas.

ANTIMICROBIANOS

Uno de los síntomas más frecuentes en la bronquitis crónica es la hiperproducción de moco bronquial, lo que constituye con mayor frecuencia la causa más frecuente de exacerbaciones debidas a infección, en las que además de aumentar la secreción bronquial, existe inflamación y espasmo. Esto desarrolla un círculo vicioso del cual debemos de sacar al paciente. Se conoce que existen bacterias en el árbol bronquial de pacientes con EPOC, en donde normalmente no existen, esto solamente colonizando el árbol bronquial, lo que de alguna manera se ha tomado con un factor agregado para que el paciente se infecte y presente exacerbaciones de su EPOC. La bacteria que con mayor frecuencia excorba a los pacientes con EPOC es el *Hemophilus Influenzae*, seguida de la *Klebsiella*, el *Neumococo* y *Moraxella Catarralis*. Se puede iniciar el uso de amoxicilina o un macrólido, sobre todo en caso de alergia a la penicilina, así mismo puede darse amoxicilina con clavulanato o una quinolona. Así mismo puede considerarse una cefalosporina de segunda o de tercera generación. Pueden utilizarse estos antibióticos en ciclos de 7 días una semana al mes, aunque no existen estudios sólidos para demostrar su efectividad si se ha visto la disminución de la frecuencia y gravedad de las exacerbaciones y disminuir la colonización crónica del árbol bronquial.



TERAPIA RESPIRATORIA Y OXIGENOTERAPIA

SECRETARÍA
DE SALUD

SALUD

Es muy importante el drenaje postural y las técnicas para mejorar la efectividad de la tos, que ayuden a expectorar las secreciones; así mismo el adecuado uso de los inhaladores es de suma importancia para el manejo de esta enfermedad. Es muy importante que el uso de medicamentos que aumenten la cantidad de las secreciones sea limitado y muy bien evaluado, ya que el aumento de las secreciones en estos pacientes que de por sí ya tienen muchas, puede hacer que el manejo sea más difícil. Lo más importante es que el paciente ingiera líquidos en abundancia ya que estos, acompañado de una buena broncodilatación harán más fácil el poder expectorar las secreciones.

La administración de oxígeno a largo plazo en aquellos pacientes en los que se ha demostrado que tienen disminución de la saturación de oxígeno por debajo de 88% en reposo y sin oxígeno suplementario o bien que tengan una PaO₂ menor a 55 mm de Hg en la gasometría, acompañados o no de hipercapnea y/o ácidos en el pH son candidatos a usar oxígeno a largo plazo. Se recomienda el uso de oxígeno a flujos de 2 litros por minuto por espacio de 10 a 15 horas diarias, lo que disminuye la frecuencia de aparición temprana de cor pulmonar o hipertensión arterial pulmonar.

VACUNACION EN LA EPOC

Algunos virus, como influenza A, son los causantes de las exacerbaciones en el EPOC. Este grupo de pacientes es de alto riesgo para presentar complicaciones, después de la infección por este virus, en la que con mayor frecuencia se encuentra la neumonía bacteriana. Existen dos medidas que pueden reducir el impacto de la influenza. La inmunoprofilaxis con vacuna inactivada y otra es la quimioprofilaxis o tratamiento con un medicamento antiviral específico para la influenza como es la amantadina. Lo ideal es que se aplique al inicio del invierno, a mediados de septiembre. También existe vacuna para prevención de la neumonía secundaria por *Streptococcus pneumoniae* y *Haemophilus influenzae*.

NUTRICION DEL PACIENTE CON EPOC

El aumento del trabajo respiratorio es el mecanismo principal de pérdida de peso en el paciente con EPOC. El paciente con EPOC puede desarrollar a la larga insuficiencia respiratoria y desnutrición proteínico calórica, complicación frecuente que empeora el pronóstico aumentando el riesgo de infecciones, hospitalizaciones y mortalidad. La alimentación rica en carbohidratos puede aumentar la producción de CO₂ así como empeorar las condiciones ventilatorias, por lo que se recomienda dieta rica en proteínas.



BIBLIOGRAFÍA.

SECRETARÍA
DE SALUD

SALUD

- 1.- American Thoracic Society. Standards for the diagnosis and care of patients with chronic obstructive pulmonary disease (COP) and asthma. Am Rev Respir Dis. 1987; 136: 225-245.
- 2.- Guías Generales para el tratamiento del paciente con EPOC. Consenso Nacional para el tratamiento de la enfermedad pulmonar obstructiva crónica. (Consenso de Villabéjar). Rev Inst Nal Enf Resp. 1995; 4:S3-S9.
- 3.- American Thoracic Society. Standards for the diagnosis and care of patients with chronic obstructive disease (COPD) and asthma. Am Rev Respir Dis. 1986;136:225-244.
4. Ohmi T, Yanai M, Sekissawa T. Effective site of bronchodilation by adrenergic and anticholinergic agents in patients with chronic obstructive pulmonary disease: direct measurement of intrabronchial pressure with a new catheter. Am Rev Respir Dis. 1992; 146: 88-91-
- 5.- Ikeda A, Nishimura K, Koyama H, Izumi T. Bronchodilating effects of combined therapy with clinical dosages of ipratropium bromide and salbutamol for stable COPD. Chest. 1995; 107:401-05.
- 6.- Godman A, Rall TW, Nies A Taylor P. Las bases farmacológicas de la Terapéutica. 7ª. Ed. Medica Panamericana. 1991.
- 7.- Albert RK, Martin TR, Steven WL. Controlled Clinical Trial of Methylprednisolone in Patients with Chronic Bronchitis and Acute Respiratory Insufficiency. Ann Intern Med. 1980;92:753-758.
- 8.- Doempeling E, Van Schayck CP, Van Grunsven PM. Slowing the deterioration of asthma and COPD observed during bronchodilator therapy by adding inhaled corticosteroids. Ann Intern Med. 1993; 118:770-778.
- 9.- Rico G, Sanchez A, Argüero R. Neumología Basica Diagramada. Ed. Trillas. 144-145.1987.



SECRETARÍA
DE SALUD

ALGORITMO DE LA ENFERMEDAD PULMONAR OBSTRUCTIVA CRÓNICA.

Bronquitis con Insuficiencia Respiratoria

Tabaquismo, contaminación. infección

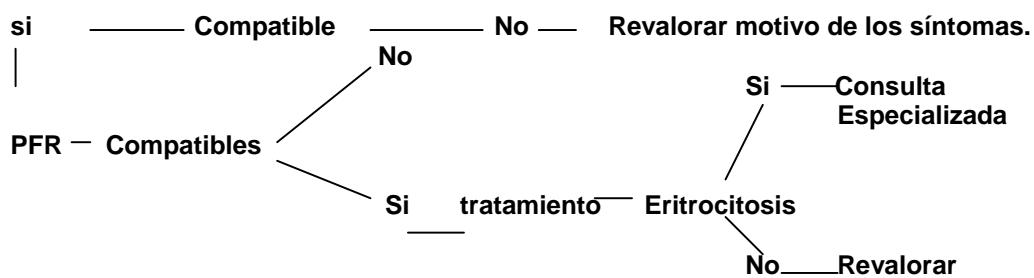
**Tos con expectoración por tres meses y dos años
Sucesivos sin otra explicación**

Si

Laboratorio y gabinete

No

Alta





ENFERMEDAD PULMONAR INTERSTICIAL.



CLASIFICACION CIE J67

SECRETARÍA
DE SALUD

El intersticio pulmonar puede verse afectado por una serie de causas y enfermedades que desencadenan una serie de eventos de daño, inflamatorios y de fibrosis. El intersticio incluye el espacio entre las membranas basales endotelial y epitelial y es el sitio primario de daño en las neumonías intersticiales idiopáticas, sin embargo, estas enfermedades frecuentemente afectan no solamente el intersticio, sino también los espacios aéreos, vías aéreas periféricas y vasos. Estas enfermedades afectan todos los grupos de edades, sin embargo puede apreciarse un número mayor de personas afectadas entre los adultos, tienen distribución mundial y afectan a ambos sexos, predominando en los hombres en algunas variedades histológicas.

Hamman y Rich en 1945 fueron los primeros en describir 4 casos de fibrosis pulmonar idiopática con Cor pulmonale y evolución fatal a corto plazo (1), así, durante los siguientes años, a estas enfermedades se les denominaba como Síndrome de Hamman y Rich; posteriormente Liebow realiza una primera clasificación histológica, él básicamente describe cinco variedades histológicas:

- Neumonía Intersticial Usual (NIU), - Neumonía Intersticial Descamativa (NID), - Neumonía Intersticial Linfoide (NIL), - Neumonía Intersticial de células Gigantes (NIG) y Neumonía Intersticial con Bronquiolitis obliterante (2), (que más tarde se describió como Bronquiolitis Obliterante con Neumonía Organizada (BOOP) (3). Previamente a la publicación de la clasificación, Liebow ya había descrito las variedades Usual y Descamativa (4) y casi simultáneamente a esta publicación Scadding en Inglaterra, publica un artículo en el que sugiere que estas variedades no eran tipos histológicos diferentes, sino diferentes estadios de una misma entidad y las denomina Alveolitis fibrosantes (5), apoyado después por otros autores (6). Durante muchos años, si se tenía la confirmación histológica de la enfermedad, se manejaron indistintamente las terminologías de ambos autores, en caso contrario, se mencionaban como Fibrosis Pulmonar Idiopática. Más recientemente la Dra. Katzestein hizo una cuidadosa revisión de estas enfermedades y propuso una nueva clasificación, para ella, aquellos casos reportados por Hamman y Rich corresponden a una Neumonía Intersticial Aguda (NIA) y un buen número de casos clasificados como Neumonía Intersticial Usual, exhibían características clínicas e histológicas diferentes, estos casos los incluye en una nueva variedad histológica que denomina Neumonía Intersticial No Específica (NINE). También encuentra que muchos pacientes fumadores desarrollan la variedad Descamativa con bronquiolitis respiratoria, dejando así en un solo grupo a la NID y a la BOOP (7).

Debido a la confusión y al uso de los diferentes términos a veces para una misma entidad, en 1991 se realizó un consenso multidisciplinario entre la Sociedad Americana de Tórax y la Sociedad Europea Respiratoria, en el cual participaron clínicos, radiólogos y patólogos de todo el mundo dedicados a este tipo de enfermedades. Los principales objetivos de dicha reunión fueron estandarizar la clasificación de las Neumonías Intersticiales Idiopáticas (NII), y unificar criterios para el diagnóstico de las mismas (8). Esta clasificación incluye siete entidades clínico-radiológico-patológicas: 1) fibrosis pulmonar idiopática (FPI), 2) neumonía intersticial no específica (NINE), 3) neumonía organizada criptogénica (NOC), 4) neumonía intersticial aguda (NIA), 5) bronquiolitis respiratoria asociada a enfermedad intersticial pulmonar (BR-EIP), 6) neumonía intersticial descamativa (NID) y 7) neumonía intersticial linfoide (NIL).



SECRETARÍA
DE SALUD

Estas NII son diferentes una de otra y por esa razón son denominadas como entidades separadas; como grupo, ellas pueden distinguirse de otras formas de enfermedades parenquimatosas difusas por métodos clínicos, radiológicos, de laboratorio y patológicos. La nueva clasificación define una serie de **patrones histológicos** que proveen las bases para un diagnóstico clínico-radiológico-patológico final. El término idiopático indica causa desconocida, sin embargo, existen una serie de enfermedades sistémicas, exposición a antígenos u ocupacionales, drogas, etc. que afectan al intersticio pulmonar y desarrollan un patrón histológico indistinguible de las NII (9-21). En nuestro medio es muy frecuente el antecedente de exposición a antígenos aviarios lo cual ocasiona una entidad denominada Neumonitis por hipersensibilidad o Alveolitis Alérgica Extrínseca (AAE), obviamente por ser de causa conocida no está incluida en la clasificación de las NII, sin embargo, es una enfermedad intersticial y se incluye en el diagnóstico diferencial de varias de las NII, por lo que también nos referiremos a ella.

DESCRIPCION DE LOS PATRONES HISTOLOGICOS

Neumonía Intersticial Usual

Los hallazgos histológicos son destrucción de la arquitectura, fibrosis con panal de abeja, focos de fibroblastos diseminados, distribución en parches, afección periférica del acino, las lesiones son heterogéneas donde alternan áreas de pulmón normal, con áreas de inflamación, fibrosis y panal de abeja; hay daño subpleural muy importante. La inflamación intersticial es leve o moderada; esta inflamación está constituida por linfocitos, células plasmáticas e histiocitos, puede observarse además, hiperplasia de neumocitos tipo II mientras que las zonas fibróticas muestran heterogeneidad temporal con depósito denso de colágena y focos de fibroblastos diseminados. Las áreas de panal de abeja están constituidas de espacios aéreos quísticos. En casos donde se toman dos o más biopsias de sitios diferentes, es factible encontrar otro patrón histológico como el de NINE (2,5,8,22).

Neumonía Intersticial No Específica

El patrón incluye un amplio espectro de hallazgos histológicos con grados variables de inflamación en la pared alveolar o fibrosis. El patrón celular consiste en inflamación intersticial crónica leve a moderada, generalmente con linfocitos y algunas células plasmáticas, las lesiones generalmente son en parches y la fibrosis está ausente. El patrón fibrosante consiste de fibrosis intersticial densa o laxa en grados variables y el tejido conectivo es temporalmente homogéneo, hay ausencia de focos de fibroblastos. En algunos casos, la distribución es en parches causando remodelación de la arquitectura pulmonar; en otros, es más difuso con preservación de la arquitectura alveolar, pero el intersticio septal alveolar está engrosado por fibrosis densa. Algunas biopsias pueden mostrar patrones mixtos, celulares y fibrosantes, con inflamación intersticial prominente (23-25).



Neumonía Organizada Criptogénica

SECRETARÍA
DE SALUD

El patrón histológico es un proceso en parches caracterizado primariamente por neumonía organizada que involucra los ductos alveolares y alvéolos con o sin pólipos intraluminales. El tejido conectivo es de la misma edad y la mayoría de los cambios se centran en las vías aéreas pequeñas, existe infiltrado inflamatorio intersticial leve, metaplasia de neumocitos tipo II, incremento en el número de macrófagos alveolares con citoplasma espumoso, también se puede encontrar una pequeña cantidad de fibrina en el espacio aéreo y existe preservación relativa de la arquitectura pulmonar (3,26-29).

Neumonía Intersticial Aguda

Las biopsias pulmonares muestran hallazgos histológicos de las fases aguda y de organización del daño alveolar difuso. Típicamente muestran involucro difuso aunque puede haber variación en la severidad de los cambios entre diferentes campos histológicos. La fase exudativa muestra edema, membranas hialinas, inflamación intersticial aguda; la fase de organización muestra fibrosis organizada, principalmente dentro de los septos alveolares e hiperplasia de neumocitos tipo II. Los trombos son comunes en las arteriolas pulmonares de pequeño y mediano calibre (30–32).

Bronquiolitis Respiratoria asociada a Enfermedad Intersticial Pulmonar

En la bronquiolitis respiratoria los cambios son en parches y tienen una distribución bronquiocéntrica. Los bronquiolos respiratorios, ductos alveolares y los espacios alveolares peribronquiolares contienen acúmulos de macrófagos con pigmento de color café. Los macrófagos intraluminales están acompañados por un infiltrado en parches de linfocitos e histiocitos en la submucosa y peribronquiolar. También puede observarse leve fibrosis peribronquiolar que expande los septos alveolares contiguos con hiperplasia de neumocitos tipo II. Es frecuente encontrar enfisema centrilobulillar (16,33-36).

Neumonía Intersticial Descamativa

El patrón histológico está caracterizado por afección difusa por acúmulo de numerosos macrófagos de los espacios aéreos distales, los septos alveolares se encuentran engrosados por infiltrado inflamatorio de células plasmáticas y algunos eosinófilos además de hiperplasia de neumocitos tipo II y agregados linfoides. Los principales hallazgos que distinguen a la NID de la bronquiolitis respiratoria es que la primera afecta al pulmón de una manera difusa y uniforme y hay ausencia de distribución bronquiocéntrica. Los macrófagos intraluminales con pigmento café son idénticos en ambos patrones histológicos y también es frecuente encontrar enfisema (4-6,33-34,37).

Neumonía Intersticial Linfoide

Se define histológicamente como un denso infiltrado intersticial linfoide asociado a hiperplasia de células tipo II y un leve incremento en el número de macrófagos alveolares. Los septos alveolares pueden estar extensamente infiltrados en donde resaltan folículos linfoides y folículos con centros germinales, generalmente de distribución en los linfáticos pulmonares. Puede encontrarse distorsión de la arquitectura, incluyendo panal de abeja y granulomas no necrotizantes (2,8,38,39)



AIVEOLITIS ALERGICA EXTRINSECA

SECRETARÍA
DE SALUD

SALUD

La alveolitis en la neumonitis por hipersensibilidad es predominantemente mononuclear y está compuesta de linfocitos, células plasmáticas, monocitos y macrófagos, a menudo se observan células gigantes multinucleadas; en el intersticio donde la lesión es generalmente más prominente, la célula dominante es el linfocito, mientras que en los espacios alveolares la célula más abundante es el macrófago, algunos de tipo espumoso. La presencia de granulomas en la neumonitis inducida por antígeno aviario son pequeños, pobremente diferenciados y poco compactos, también se puede encontrar exudado intraalveolar en las fases tempranas del padecimiento. Existe inflamación y fibrosis peribronquiolar, lo que provoca compresión extrínseca de los bronquiolos y diferentes grados de fibrosis intersticial e intraalveolar se observa en las formas crónicas de la enfermedad; casos muy avanzados, la fibrosis puede ser el rasgo dominante y muy difícil de diferenciar de otras enfermedades fibrosantes del pulmón (8,15,40-42).

CUADRO CLINICO

Las neumonías intersticiales se pueden presentar a cualquier edad pero es más frecuente el inicio de los síntomas entre la 3° y 4° décadas de la vida, a excepción de la fibrosis pulmonar idiopática (FPI) que se presenta en sujetos mayores de 50 años; en cuanto al sexo, para la BR-EIP y NID predominan los hombres en relación a las mujeres en una relación de 2:1, en NIL y AAE predomina el sexo femenino, mientras que la FPI se presenta más frecuentemente en los hombres, en NINE, NOC y NIA no existe un predominio de sexo. Los pacientes con BR-EIP y con NID tienen una fuerte relación con el tabaquismo, en NOC existe una relación entre no fumadores/ fumadores de 2:1, mientras que los pacientes con FPI, NINE, NIA, NIL y AAE no tienen relación con el tabaco. Es importante el interrogatorio dirigido a buscar antecedentes relacionados con una neumonía intersticial como infecciones virales, exposición a alérgenos, metales pesados, contaminantes, radiaciones, enfermedades del tejido conectivo, uso de algunas drogas principalmente citotóxicas, etc. para que uno pueda determinar si el paciente cursa con una neumonía intersticial idiopática, o si tiene un determinado patrón histológico relacionado a una enfermedad subyacente, tal vez la más importante sea para FPI, donde el patrón histológico es de una NIU y obviamente sin ningún antecedente etiológico, ya que la NIU es la variedad histológica más frecuentemente encontrada, pero en muchas ocasiones, relacionada a otra enfermedad.

El inicio de los síntomas es gradual en la mayoría de los casos con disnea lentamente progresiva la cual puede llevarse desde algunos meses hasta varios años, una minoría de pacientes con NINE y AAE pueden tener una presentación subaguda y los pacientes con NIA tienen una enfermedad previa sugestiva de infección viral del tracto respiratorio superior, síntomas generales y disnea que progresa rápidamente en algunos días, los pacientes generalmente se presentan con una evolución menor de 3 semanas. Además de la disnea, los pacientes presentan tos, habitualmente seca y difícil de controlar. Pueden presentarse otros síntomas como fatiga, pérdida de peso, fiebre, mialgias y artralgias. En la exploración física se puede encontrar incremento en la frecuencia respiratoria, disminución en la amplitud de los movimientos respiratorios, estertores crepitantes de predominio basal, cianosis distal e hipocratismo digital. Desde etapas tempranas se puede auscultar un reforzamiento del 2° ruido en foco pulmonar que traduce datos de hipertensión pulmonar. En algunos casos, casi siempre avanzados, los pacientes pueden llegar con datos de descompensación de Cor Pulmonale (1,2,7,8,27,28,30,36,38,43-49) .



ASPECTOS RADIOLOGICOS

SECRETARÍA
DE SALUD

La radiografía de tórax es la exploración radiológica inicial aunque puede ser normal a pesar de existir afección intersticial (53). La TAC de tórax, en especial de alta resolución (TACAR) posee gran interés en la valoración diagnóstica y en muchos centros se practica de manera habitual en los pacientes con neumonías intersticiales. La TACAR permite la detección de la enfermedad en los casos con radiografía normal en presencia de sintomatología y/o alteraciones funcionales respiratorias, por otra parte permite valorar la localización de las lesiones parenquimatosas y su naturaleza (áreas de inflamación, áreas de fibrosis) y en algunas enfermedades, evidencia alteraciones útiles para la orientación diagnóstica, además permite seleccionar el sitio adecuado para la toma de la biopsia pulmonar. Por último, cabe señalar que se han iniciado estudios para evaluar la evolución de la enfermedad y su respuesta al tratamiento (12,50-52). A continuación haremos la descripción radiológica y tomográfica por patrones histológicos:

NIU (8, 53-56)

Radiografía: infiltrado reticular de predominio periférico y basal, panal de abeja y disminución del volumen pulmonar.

TACAR: opacidades reticulares periféricas, más marcadas en las bases, panal de abeja y bronquiectasias por tracción.

NINE (23,24,57-60)

Radiografía: infiltrados bilaterales más frecuentes en las regiones inferiores y opacidades en parches.

TACAR: imagen en vidrio despulido bilateral y simétrica, con predominio subpleural, puede haber bronquiectasias por tracción. No es frecuente el panal de abeja ni la consolidación.

NOC (61,64-66)

Radiografía: consolidación uni o bilateral, puede ser en parches, puede haber nódulos y el volumen pulmonar es normal.

TACAR: consolidación con broncograma aéreo, puede ser de distribución peribronquial o subpleural, más frecuente en los lóbulos inferiores, leves bronquiectasias cilíndricas dentro de la consolidación y vidrio despulido asociado a la consolidación.

NIA (67-70)

Radiografía: infiltrado alveolar bilateral, en parches, con broncograma aéreo.

TACAR: áreas en vidrio despulido, bilateral y en parches (apariencia geográfica), consolidación y quistes en estadios tardíos.

BR-EIP (61-63)

Radiografía: engrosamiento de las paredes bronquiales centrales o periféricas y vidrio despulido.

TACAR: nódulos centrilobulillares y vidrio despulido.

NID (71,72)

Radiografía: vidrio despulido diseminado en parches, de predominio inferior y periférico.

TACAR: vidrio despulido de predominio inferior o en parches y opacidades reticulares en las bases, poco panal de abeja.



SECRETARÍA
DE SALUD

NIL (73,74)

Radiografía: puede presentar 2 patrones:

1) infiltrado basal con componente alveolar, o 2) infiltrado difuso con panal de abeja

TACAR: vidrio despulido, quistes o panal de abeja perivascular, infiltrado reticular, nódulos y consolidación diseminada

AAE (12,53,75)

Las imágenes varían con los diferentes estadios de la enfermedad

Radiografía: en la forma aguda puede ser normal o mostrar imagen en vidrio despulido, en la subaguda: vidrio despulido, infiltrado nodular o reticulonodular, en la crónica: predomina el infiltrado reticular y panal de abeja. (Foto no.6A)

TACAR: vidrio despulido en parches, nódulos, opacidades reticulares y panal de abeja. (Fotos 6B y 6C)

ASPECTOS FUNCIONALES

La mayoría de las neumonías intersticiales cursan con un patrón restrictivo con disminución de la capacidad vital y de la capacidad pulmonar total, casi nunca se menciona la reducción de la capacidad inspiratoria y sin embargo, ésta nos proporciona un dato más exacto de la reducción de la capacidad vital, ya que esta última puede verse afectada también por disminución en el volumen espiratorio de reserva, por causas independientes a las neumonías intersticiales. Las enfermedades que cursan con un cuadro restrictivo puro son: fibrosis pulmonar idiopática y neumonía intersticial aguda, un patrón funcional normal o restrictivo leve lo podemos observar en neumonía intersticial descamativa y neumonía intersticial linfoide; y las que cursan con un patrón mixto (restrictivo y obstructivo) son la neumonía intersticial no específica, la neumonía organizada criptogénica, la bronquiolitis respiratoria con enfermedad intersticial pulmonar y la alveolitis alérgica extrínseca. Estas enfermedades que cursan con obstrucción, casi siempre la obstrucción es de la vía aérea pequeña, por lo que la relación VEF1/CVF la encontramos normal. Otra anomalía muy sensible y presente en todas las entidades es la disminución de la difusión del monóxido de carbono (DLCO), así como hipoxemia en reposo (en la gasometría arterial) que se exacerba durante el ejercicio (22,27,31,35,36,43,48,53,76).



SECRETARÍA
DE SALUD

DIAGNOSTICO

El diagnóstico final de una enfermedad intersticial debe realizarse en estrecha correlación entre el clínico, el radiólogo y el patólogo.

Al clínico le corresponde un estudio adecuado de cada paciente para encontrar o descartar una etiología conocida o enfermedad asociada a las enfermedades intersticiales; y poder establecer así, si se trata de una verdadera neumonía intersticial idiopática o si el paciente tiene, por ejemplo un lupus eritematoso generalizado con un patrón histológico pulmonar de una neumonía intersticial usual o no específica. Algunos estudios pueden ser de utilidad para el diagnóstico, entre ellos: la determinación de anticuerpos en contra de antígenos aviarios (por precipitación, inmunodifusión o ELISA), autoanticuerpos, factor reumatoide, proteína C reactiva, inmunoglobulinas, complejos inmunes circulantes, cultivos para bacterias, micobacterias y hongos, etc. En la década de los 70s que fue el inicio del estudio integral de los pacientes con enfermedades intersticiales, el empleo del gammagrama pulmonar con Galio 67 fue de utilidad para evaluar la inflamación y/o fibrosis de un paciente, en la actualidad, este estudio ha sido sustituido completamente por la TACAR. El lavado broncoalveolar (LBA) también fue ampliamente usado, existe la descripción de las anomalías encontradas en cada variedad histológica, sin embargo se aprecia una sobreposición de hallazgos de unas con otras y no se requiere en la medición de las enfermedades intersticiales pulmonares, es útil en el diagnóstico de Histiocitosis X, infecciones y neoplasias. La biopsia transbronquial no es de ayuda en el diagnóstico de la mayoría de las EIP, a excepción de NIA/ DAD (daño alveolar difuso agudo) y ocasionalmente en la NOC. El papel principal de la biopsia transbronquial es para excluir sarcoidosis y ciertas infecciones. En ausencia de contraindicaciones, es aconsejable realizar una biopsia pulmonar a cielo abierto o por toracoscopia en pacientes en los que se sospeche una enfermedad intersticial pulmonar y que no muestre el cuadro clínico y tomográfico clásico de una NIU/FPI. La biopsia debe ser obtenida de más de un lóbulo del pulmón. En resumen, un paciente con EIP debe contar con historia clínica, radiografía de tórax, TACAR, pruebas funcionales respiratorias, DLCO, gasometría arterial y biopsia pulmonar quirúrgica, además de los estudios necesarios para descartar una enfermedad asociada (45,46,55,77-82).

TRATAMIENTO

El tratamiento que ha prevalecido por décadas es con esteroides cuyas dosis y tiempo de administración varían considerablemente entre diferentes autores, la respuesta a los mismos también es variable según el patrón histológico, el grado de inflamación y fibrosis y otros factores tal vez inherentes a cada paciente; se observan curaciones o mejorías espontáneas, al alejarse del antígeno, al suspender el tabaco, otros mejoran o se estabilizan con el tratamiento y otros más, progresan y mueren a pesar del tratamiento. Se han realizado ensayos con otros tratamientos como citotóxicos, principalmente con ciclofosfamida, metotrexate y azatioprina, antifibrosantes como colchicina, d-penicilamina y pirfenidona. También se han empleado otras sustancias pero a nivel de investigación y en animales. Una clasificación adecuada de las EIP permitirá estudios mejor controlados y multicéntricos (46,49,83-86).



BIBLIOGRAFIA

SECRETARÍA
DE SALUD

- 1) Hamman L., Rich. Acute diffuse interstitial fibrosis of the lungs. Bull Johns Hopkins Hosp 1944; 74:177
- 2) Liebow A.A. Definition and classification of interstitial pneumonias in human pathology. Prog Respir Res 1975; 8:1
- 3) Epler GR, Colby TV, McLoud TC, Carrington CB, Gaensler EA. Bronchiolitis obliterans organizing pneumonia. N Engl J Med 1985; 312:152-158
- 4) Liebow AA, Steer A, Billingsley JG. Desquamative interstitial pneumonia. Am J Med 1965; 39:369
- 5) Scadding JG. Fibrosing alveolitis. Br Med J 1964; 2:68
- 6) Tubos RR, Benjamín SP, Reich NE, McCormack LJ, Van Ordstrand HS. Desquamative interstitial pneumonitis. Cellular phase of fibrosing alveolitis. Chest 1977; 72:159-165
- 7) Katzenstein AL, Myers JL. Idiopathic pulmonary fibrosis. Clinical relevance of pathologic classification. Am J Respir Crit Care Med 1998; 157:1301-1315
- 8) Anonymous. American Thoracic Society/European Respiratory Society International Multidisciplinary Consensus Classification of the Idiopathic Interstitial Pneumonias. Am J Respir Crit Care Med 2002; 165:277-304
- 9) Hubbard R, Venn A, Smith C, Cooper M, Johnston I, Britton J. Exposure to commonly prescribed drugs and the etiology of cryptogenic fibrosing alveolitis: a case-control study. Am J Respir Crit Care Med 1998; 157:743-747
- 10) Scott J, Johnston I, Britton J. What causes cryptogenic fibrosing alveolitis?. A case-control study of environmental exposure to dust. Br Med J 1990; 301:1015-1017
- 11) Hubbard R, Lewis S, Richards K, Johnston I, Britton J. Occupational exposure to metal or wood dust and aetiology of cryptogenic fibrosing alveolitis. Lancet 1996; 347:284-289
- 12) Lynch DA, Newell JD, Logan PM, King TE Jr, Muller NL. Can CT distinguish Hypersensitivity pneumonitis from idiopathic pulmonary fibrosis? Am J Roentgenol 1995; 165:807-811
- 13) Padley SP, Pdhani AR, Nicholson A, Hansell DM. Pulmonary Sarcoidosis mimicking cryptogenic fibrosing alveolitis on CT. Clin Radiol 1996; 51:807-810
- 14) Sattler F, Nichols L, Hirano L, Hiti A, Hofman F, Hughlett C, Zeng L, Boylen CT, Koss M. Nonspecific interstitial pneumonitis mimicking Pneumocystis carinii pneumonia. Am J Respir Crit Care Med 1997; 156:912-917
- 15) Coleman A, Colby TV. Histologic diagnosis of extrinsic allergic alveolitis. Am J Surg Pathol 1988; 12:514-518
- 16) Niewoehner DE, Kleinerman J, Rice DB. Pathologic changes in the peripheral airways of young cigarette smokers. N Engl J Med 1974; 291:755-758
- 17) Yousem SA, Colby TV, Carrington CB. Lung biopsy in rheumatoid arthritis. Am Rev Respir Dis 1985; 131:770-777
- 18) Kradin RL, Young RH, Kradin LA, Mark EJ. Immunoblastic lymphoma arising in chronic lymphoid hyperplasia of the pulmonary interstitium. Cancer 1982; 50:1339-1343
- 19) Strimlan CV, Rosenow EC, Divertie MB, Harrison EG Jr. Pulmonary manifestations of Sjögren's Syndrome. Chest 1976; 70:354-361
- 20) Yood RA, Steigman DM, Gill LR. Lymphocytic interstitial pneumonitis in a patient with systemic lupus erythematosus. Lupus 1995; 4:161-163
- 21) Grieco MH, Chinoy-Acharya P. Lymphocytic interstitial pneumonia associated with the acquired immune deficiency syndrome. Am Rev Respir Dis 1985; 131:952-955
- 22) Katzenstein AL, Myers JL. Idiopathic pulmonary fibrosis: clinical relevance of pathologic classification. Am J Respir Crit Care Med 1998; 157:1301-1315



SECRETARÍA
DE SALUD

- 23) Katzanstein AL, Fiorelli RF. Nonspecific interstitial pneumonia/fibrosis. Histologic features and clinical significance. *Am J Surg Pathol* 1994; 18:136-147
- 24) Cottin V, Donsbeck AV, Revel D, Loire R, Cordier JF. Nonspecific interstitial pneumonia. Individualization of a clinicopathologic entity in a series of 12 patients. *Am J Respir Crit Care Med* 1998; 158:1286-1293
- 25) Travis WD, Matsui K, Moss JE, Ferrans VJ. Idiopathic nonspecific interstitial pneumonia: prognostic significance of cellular and fibrosing patterns. Survival comparison with usual interstitial pneumonia and desquamative interstitial pneumonia. *Am J Surg Pathol* 2000; 24:19-33
- 26) Davison AG, Heard BE, McAllister WAC, Turner-Warwick ME. Cryptogenic organizing pneumonitis. *Q J Med* 1983; 207:382-394
- 27) King TE Jr, Mortenson RL. Cryptogenic organizing pneumonitis. The North American experience. *Chest* 1992; 102:8S-13S
- 28) Izumi T, Kitaichi M, Nishimura K, Nagai S. Bronchiolitis obliterans organizing pneumonia. Clinical features and differential diagnosis. *Chest* 1992; 102:715-719
- 29) Dina R, Sheppard MN. The histological diagnosis of clinically documented cases of cryptogenic organizing pneumonia: diagnostic features in transbronchial biopsies. *Histopathology* 1993; 23:541-545
- 30) Katzenstein AL, Myers JL, Mazur MT. Acute interstitial pneumonia. A clinicopathologic, ultrastructural, and cell kinetic study. *Am J Surg Pathol* 1986; 10:256-267
- 31) Olson J, Colby TV, Elliot CG. Hamman-Rich syndrome revisited. *Mayo Clin Proc* 1990; 65:1538-1548
- 32) Tomashefski JFJ. Pulmonary pathology of the adult respiratory distress syndrome. *Clin Chest Med* 1990; 11:593-619
- 33) Heyneman LE, Ward S, Lynch DA, Remy-Jardin M, Johkoh T, Muller NL. Respiratory bronchiolitis, respiratory bronchiolitis-associated interstitial lung disease, and desquamative interstitial pneumonia: different entities or part of the spectrum of the same disease process? *Am J Roentgenol* 1999; 173:1617-1622
- 34) Yousem SA, Colby TV, Gaensler EA. Respiratory bronchiolitis-associated interstitial lung disease and its relationship to desquamative interstitial pneumonia. *Mayo Clin Proc* 1989; 64:1373-1380
- 35) King TE Jr. Respiratory bronchiolitis-associated interstitial lung disease. *Clin Chest Med* 1993; 14:693-698
- 36) Myers JL, Veal CF Jr, Shin MS, Katzenstein AL. Respiratory bronchiolitis causing interstitial lung disease. A clinicopathologic study of six cases. *Am Rev Respir Dis* 1987; 135:880-884
- 37) Gaensler EA, Goff AM, Prowse CM. Desquamative interstitial pneumonia. *N Engl J Med* 1966; 274:113-128
- 38) Koss MN, Hochholzer L, Langloss JM, Lazarus AA, Wehunt WD. Lymphoid interstitial pneumonitis: clinicopathologic and immunopathologic findings in 18 patients. *Pathology* 1987; 19:178-185
- 39) Strimlan CV, Rosenow EC, Weiland LH, Brown LR. Lymphocytic interstitial pneumonitis. Review of 13 cases. *Ann Intern Med* 1978; 88:616-621
- 40) Kawanami O, Basset F, Barrios R, Lacronique JG, Ferrans VJ, Crystal RG. Hypersensitivity pneumonitis in man. Light- and electron-microscopic studies of 18 lung biopsies. *Am J Pathol* 1983; 110:275-289
- 41) Reyes CN, Wenzel FJ, Lawton BR, Emanuel DE. The pulmonary pathology of farmer's lung disease. *Chest* 1982; 81:142-145



SECRETARÍA
DE SALUD

- 42) Seal RME, Hapke EJ, Thomas GO, Meed JC, Hayes M. The pathology of acute and chronic stages of farmer s lung. *Thorax* 1968; 23:469-489
- 43) Turner-Warwick M, Burrows B, Johnson A. Cryptogenic fibrosing alveolitis: clinical features and their influence on survival. *Thorax* 1980; 35:171-180
- 44) Johnston ID, Prescott RJ, Chalmers JC, Rudd RM. British Thoracic Society study of cryptogenic fibrosing alveolitis : current presentation and initial management. *Fibrosing Alveolitis Subcommittee of the Research Committee of the British Thoracic Society*. *Thorax* 1997; 52:38-44
- 45) Raghu G, Mageto YN, Lockhart D, Schmidt RA, Wood DE, Godwin JD. The accuracy of the clinical diagnosis of new-onset idiopathic pulmonary fibrosis and other interstitial lung disease: a prospective study. *Chest* 1999; 116:1168-1174
- 46) King TE Jr, Costabel U, Cordier JF, doPico GA, du Bois RM, Lynch D, Lynch JP III, Myers JL, Panos RJ, Raghu G, et al. Idiopathic pulmonary fibrosis; diagnosis and treatment. *Am J Respir Crit care Med* 2000; 161:646-664
- 47) Kanematsu T, Kitaichi M, Nishimura K, Nagai S, Izumi T. Clubbing of the fingers and smooth-muscle proliferation in fibrotic changes in the lung in patients with idiopathic pulmonary fibrosis. *Chest* 1994; 105:339-342
- 48) Cordier JF, Loire R, Brune J. Idiopathic bronchiolitis obliterans organizing pneumonia. Definition of characteristic clinical profiles in a series of 16 patients. *Chest* 1989; 96:999-1004
- 49) Carrington CB, Gaensler EA, Coutu RE, FitzGerald MX, Gupta RG. Natural history and treated course of usual and desquamative interstitial pneumonia. *N Engl J Med* 1978; 298:801-809
- 50) Austin JH, Muller NL, Friedman PJ, Hansell DM, Naidich DP, Remy-Jardin M, Webb WR, Zerhouni EA. Glossary of terms for CT of the lungs: recommendations of the Nomenclature Committee of the Fleischner Society. *Radiology* 1996; 200:327-331
- 51) Grenier P, Valyre D, Cruzel P, Brauner MW, Lenoir S, Chastang C. Chronic diffuse interstitial lung disease: diagnostic value of chest radiography and high-resolution CT. *Radiology* 1991; 179:123-132
- 52) Johkoh T, Muller NL, Cartier Y, Kavanagh PV, Hartman TE, Akira M, Ichikado K, Ando M, Nakamura H. Idiopathic interstitial pneumonias: diagnostic accuracy of thin-section CT in 129 patients. *Radiology* 1999; 211:555-560
- 53) Epler GR, McLoud TC, Gaensler EA, Mikus JP, Carrington CB. Normal chest roentgenograms in chronic diffuse infiltrative lung disease. *N Engl J Med* 1978; 298:934-939
- 54) Nishimura K, Kitaichi M, Izumi T, Nagai S, Kanaoka M, Itoh H. Usual interstitial pneumonia: histologic correlation with high-resolution CT. *Radiology* 1992; 182:337-342
- 55) Orens JB, Kazerooni EA, Martinez FJ, Curtis JL, Gross BH, Flint A, Lynch JP III. The sensitivity of high-resolution CT in detecting idiopathic pulmonary fibrosis proved by open lung biopsy. A prospective study. *Chest* 1995; 108:109-115
- 56) Staples CA, Muller NL, Vedal S, Abboud R, Ostrow D, Miller RR. Usual interstitial pneumonia: correlation of CT with clinical, functional, and radiologic findings. *Radiology* 1987; 162:377-381
- 57) Park JS, Lee KS, Kim JS, Park CS, Suh YL, Choi DL, Kim KJ. Nonspecific interstitial pneumonia with fibrosis radiographic and CT findings in seven patients. *Radiology* 1995; 195:645-648
- 58) Kim TS, Lee KS, Chung MP, Han J, Park JS, Hwang JH, Kwon OJ, Rhee CH. Nonspecific interstitial pneumonia with fibrosis: high-resolution CT and pathologic findings. *Am J Roentgenol* 1998; 171:1645-1650
- 59) Kim EY, Lee KS, Chung MP, Kwon OJ, Kim TS, Hwang JH. Nonspecific interstitial pneumonia with fibrosis: serial high-resolution CT findings with functional correlation. *Am J Roentgenol* 1999; 173:949-953



SECRETARÍA
DE SALUD

60) Hartman TE, Swensen SJ, Hansell DM, Colby TV, Myers JL, Tazelaar HD, Nicholson AG, Wells AU, Ryu JH, Midthun DE, et al. Nonspecific interstitial pneumonia: variable appearance at high-resolution chest CT. *Radiology* 2000; 217:701-705

61) Bartter T, Irwin RS, Nash G, Balikian JP, Hollingsworth HH. Idiopathic bronchiolitis obliterans organizing pneumonia with peripheral infiltrates on chest roentgenogram. *Arch Intern Med* 1989; 149:273-279

62) Holt RM, Schmidt RA, Godwin JD, Raghu G. High resolution CT in respiratory bronchiolitis-associated interstitial lung disease. *J Comput Assist Tomogr* 1993; 17:46-50

63) Gruden JF, Webb WR. CT findings in a proved case of respiratory bronchiolitis. *Am J Roentgenol* 1993; 161:44-46

64) Lee KS, Kullnig P, Hartman TE, Muller NL. Cryptogenic organizing pneumonia: CT findings in 43 patients. *Am J Roentgenol* 1994; 162:543-546

65) Muller NL, Staples CA, Miller RR. Bronchiolitis obliterans organizing pneumonia: CT features in 14 patients. *Am J Roentgenol* 1990; 154:983-987

66) Akira M, Yamamoto S, Sakatani M. Bronchiolitis obliterans organizing pneumonia manifesting as multiple large nodules or masses. *Am J Roentgenol* 1998; 170:291-295

67) Primack SL, Hartman TE, Ikezoe J, Akira M, Sakatani M, Muller NL. Acute interstitial pneumonia: radiographic and CT findings in nine patients. *Radiology* 1993; 188:817-820

68) Johkoh T, Muller NL, Taniguchi H, Kondoh Y, Akira M, Ichikado K, Ando M, Honda O, Tomiyama N, Nakamura H. Acute interstitial pneumonia: thin-section CT findings in 36 patients. *Radiology* 1999; 211:859-863

69) Tomiyama N, Muller NL, Johkoh T, Cleverley JR, Ellis SJ, Akira M, Ichikado K, Honda O, Mihara N, Kozuka T, et al. Acute respiratory distress syndrome and acute interstitial pneumonia: comparison of thin-section CT findings. *J Comput Assist Tomogr* 2001; 25:28-33

70) Ichikado K, Johkoh T, Ikesoe J, Takeuchi N, Kohno N, Arisawa J, Nakamura H, Nagareda T, Itoh H, Ando M. Acute interstitial pneumonia: high-resolution CT findings correlated with pathology. *Am J Roentgenol* 1997; 168:333-338

71) Feigin DS, Friedman PJ. Chest radiography in desquamative interstitial pneumonitis: a review of 37 patients. *Am J Roentgenol* 1980; 134:91-99

72) Hartman TE, Primack SL, Swensen SJ, Hansell D, McGuinness G, Muller NL. Desquamative interstitial pneumonia: thin-section CT findings in 22 patients. *Radiology* 1993; 187:787-790

73) Johkoh T, Muller NL, Pickford HA, Hartman TE, Ichikado K, Akira M, Honda O, Nakamura H. Lymphocytic interstitial pneumonia: thin-section CT findings in 22 patients. *Radiology* 1999; 212:567-572

74) Ichikawa Y, Kinoshita M, Koga T, Oizumi K, Fujimoto K, Hayabuchi N. Lung cyst formation in lymphocytic interstitial pneumonia: CT features. *J Comput Assist Tomogr* 1994; 18:745-748

75) Silver SF, Muller NL, Miller RR, Lefcoe MS. Hypersensitivity pneumonitis: evaluation with CT. *Radiology* 1989; 173:441-447

76) Muller NL, Guerry-Force ML, Staples CA, Wright JL, Wiggs B, Coppin C, Paré P, Hogg JC. Differential diagnosis of bronchiolitis obliterans with organizing pneumonia and usual interstitial pneumonia: clinical, functional, and radiologic findings. *Radiology* 1987; 162:151-156

77) Martinet Y, Haslam PL, Turner-Warwick M. Clinical significance of circulating immune complexes in "lone" cryptogenic fibrosing alveolitis and those with associated connective tissue disorders. *Clin Allergy* 1984; 14:491-497

78) Lewis RJ, Caccavale RJ, Sisler GE, Mackenzie JW. One hundred consecutive patients undergoing video-assisted thoracic operations. *Ann Thorac Surg* 1992; 182:337-342

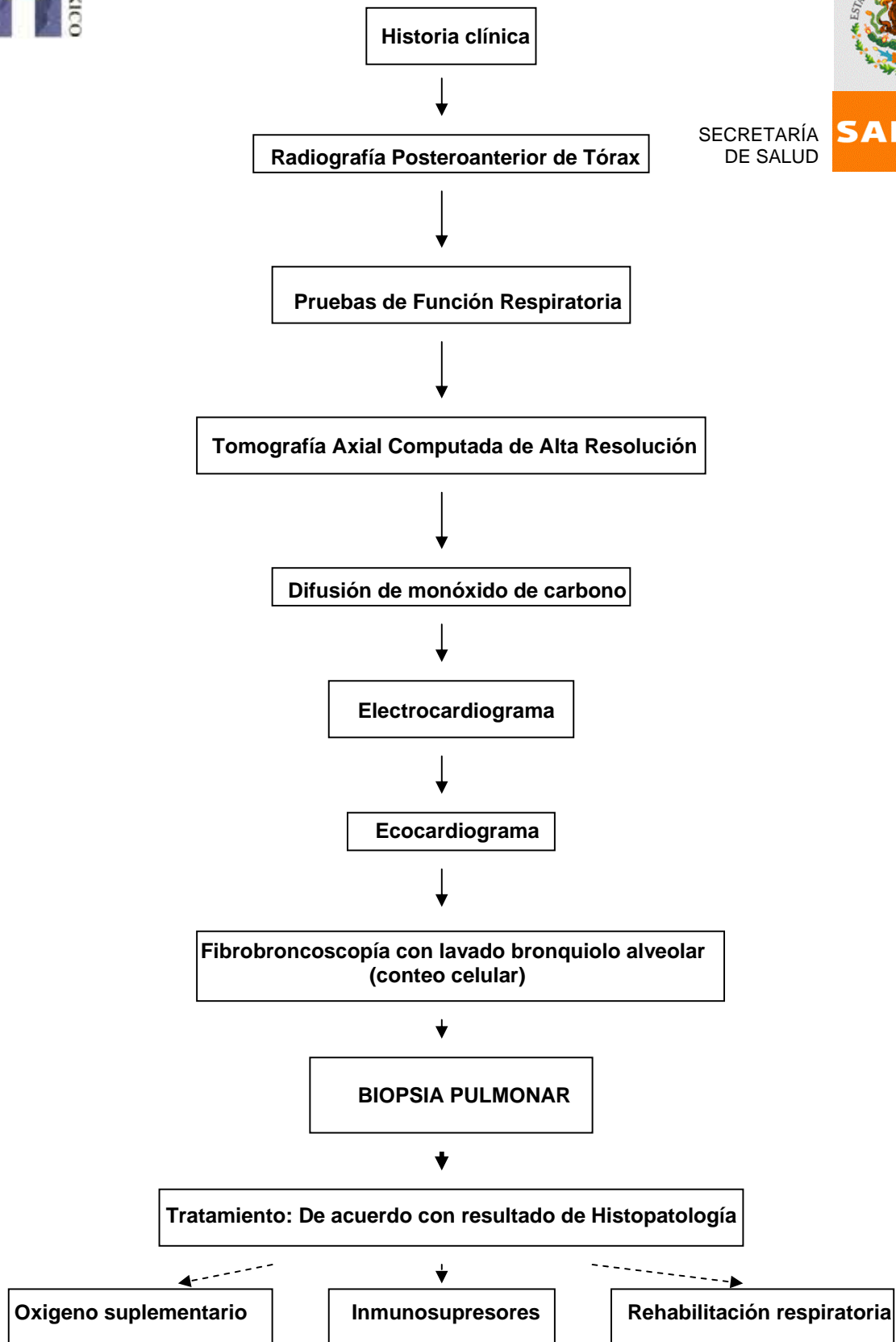
79) Shah SS, Tsang V, Goldstraw P. Open lung biopsy: a safe, reliable and accurate method for diagnosis in diffuse lung disease. *Respiration* 1992; 59:243-246



- 80) Swensen SJ, Aughenbaugh GL, Myers JL. Diffuse lung disease: diagnostic accuracy of CT in patients undergoing surgical biopsy of the lung. *Radiology* 1997; 205:229-234
- 81) Hunninghake GW, Zimmerman MB, Schwartz DA, King TE, Lynch J, Hegele R, Waldron J, Colby T, Muller NL, Lynch D, et al. Utility of a lung biopsy for the diagnosis of idiopathic pulmonary fibrosis. *Am J Respir Crit Care Med* 2001; 164:193-196
- 82) Anonymous. Bronchoalveolar lavage constituents in healthy individuals, idiopathic pulmonary fibrosis, and selected comparison groups. The BAL Cooperative Group Steering Committee. *Am Rev Respir Dis* 1990; 141:S169-S202
- 83) Smith CM, Moser KM. Management for interstitial lung disease. State of the art. *Chest* 1989; 95:676-678
- 84) Mapel DW, Samet JM, Coultas DB. Corticosteroids and the treatment of idiopathic pulmonary fibrosis. Past, present, and future. *Chest* 1996; 110:1058-1067
- 85) Ziesche R, Hofbauer E, Wittmann K, Petkov V, Block LH. A preliminary study of long-term treatment with interferon gamma-1b and low-dose prednisolone in patients with idiopathic pulmonary fibrosis. *N Engl J Med* 1999; 341:1264-1269
- 86) Raghu G, Johnson WC, Lockhart D, Mageto Y. Treatment of idiopathic pulmonary fibrosis with a new antitubercotic agent, pirfenidone: results of a prospective, open-label phase II study. *Am J Respir Crit Care Med* 1999; 159:1061-1069



ALGORITMO DIAGNOSTICO DE LAS NEUMOPATÍAS INTERSTICIALES





CARDIOPATIA PULMONAR HIPERTENSIVA (COR PULMONALE CRONICO)

CLASIFICACION CIE I27.9

SECRETARÍA
DE SALUD

Diferentes definiciones del cor pulmonale han sido propuestas en las últimas décadas. La más conocida es la definición de la OMS (1) que sostiene que es la hipertrofia del VD originado por diferentes enfermedades que modifican la función o estructura de los pulmones, pero ha sido criticada por considerarse una descripción patológica, a pesar de ello sigue siendo útil como una guía para orientar la interpretación de los métodos diagnósticos. En 1970, Behnke (2) y sus colegas reemplazaron el concepto de hipertrofia con el de "alteración en la estructura y función de VD". Esta definición incluye una variedad de alteraciones que varían desde una anomalía leve del VD hasta la franca insuficiencia cardíaca derecha. La definición actual de Cor pulmonale crónico es la hipertrofia y/o dilatación del VD que resulta de la hipertensión pulmonar causada por enfermedades pulmonares que afectan al parénquima pulmonar, la función pulmonar o el estímulo respiratorio. Las principales causas de hipertensión pulmonar se muestran en la **tabla 1**. (3)

CLASIFICACION DE LA HIPERTENSION PULMONAR

1. Hipertensión pulmonar arterial
2. Hipertensión pulmonar venosa
3. Hipertensión pulmonar asociada a enfermedades respiratorias y/o hipoxemia.
4. Hipertensión pulmonar debida a enfermedad tromboembólica crónica
5. Hipertensión pulmonar debida a enfermedades que afectan directamente la vasculatura pulmonar.

Adaptada del Ejetutive Summary from the World Symposium on Primary Pulmonary Hypertension

1998 auspiciado por la OMS (Rich 1998)

En sujetos sanos menores de 50 años la PAPs fluctúa entre los 18 y 30 mmHg, la PAPm está entre los 10 y 15 mmHg, y la PAPd entre los 4 y 12 mmHg. A partir de los 50 años, existe un ligero incremento de un mmHg por década de vida. La hipertensión pulmonar secundaria a enfermedades respiratorias crónicas y que da lugar al cor pulmonale crónico, se define por la presencia de PAPm mayor de 25 mmHg en reposo y 30 mmHg durante el ejercicio, ambas mediciones realizadas durante el cateterismo cardíaco derecho. La presencia de HAP por ecocardiografía, se sugiere cuando se calcula una PAPs mayor de 35 mmHg. (3)

La frecuencia de Cor pulmonale varía entre las áreas urbanas y las rurales, en los Estados Unidos de Norteamérica ocupa el 6% de todos los tipos de enfermedad cardíaca en los adultos, y la bronquitis crónica y el enfisema pulmonar aparecen como la causa más frecuente. En general en áreas donde prevalece el tabaquismo, la contaminación ambiental y las enfermedades mencionadas, la frecuencia de cor pulmonale es alta. El sexo masculino tiene una mayor prevalencia en relación a las mujeres.

Sin embargo, no todos los pacientes con enfermedad pulmonar obstructiva crónica, desarrollan cor pulmonale, debido a que en la mayoría se encuentra conservado el índice de perfusión-difusión de los gases sanguíneos, aunque como se discutirá más adelante no solo este efecto hemodinámico tiene que ver en el desarrollo de la hiperplasia e hipertrofia del ventrículo derecho. (4)



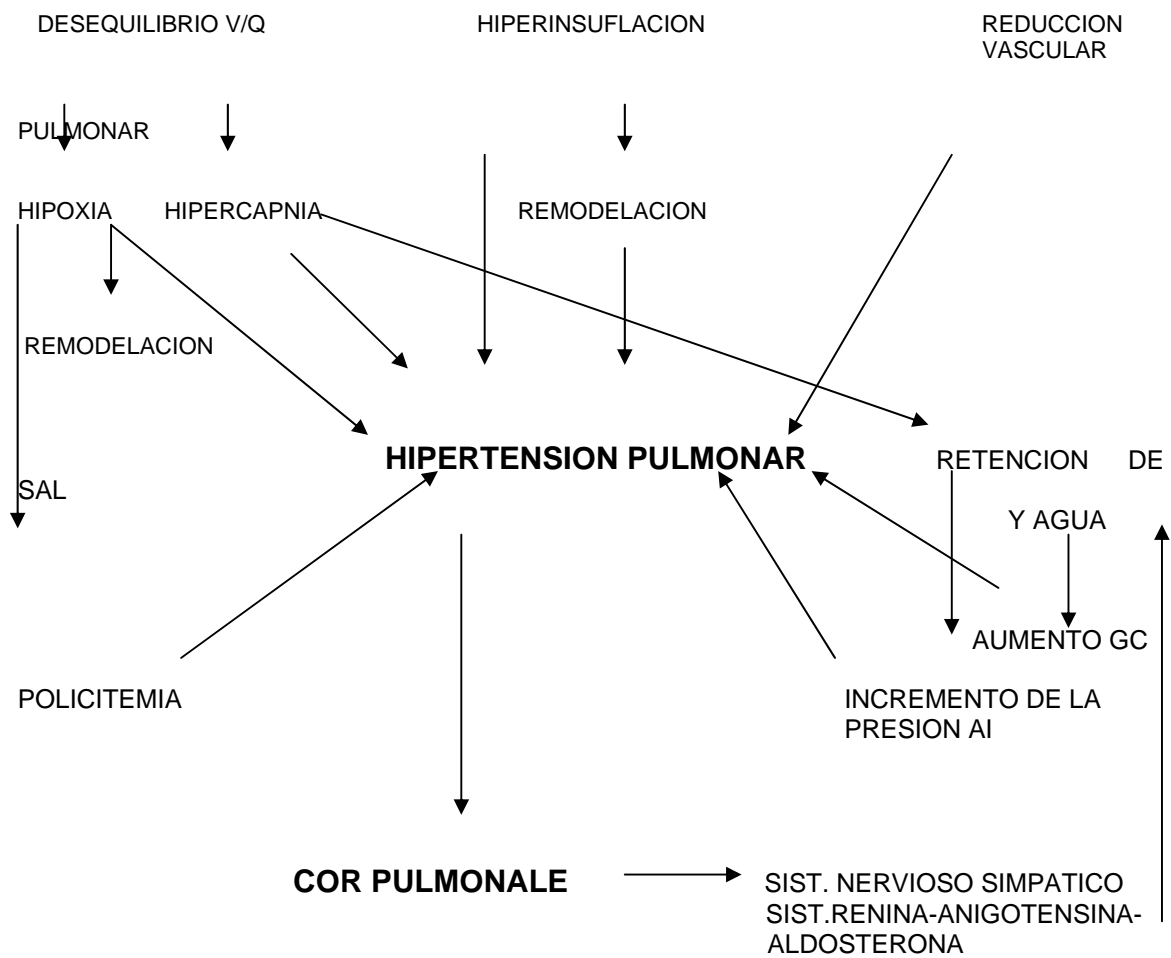
FISIOPATOLOGÍA

SECRETARÍA
DE SALUD

SALUD

En las enfermedades respiratorias crónicas la hipertensión pulmonar resulta de un incremento en las resistencias vasculares pulmonares mientras que el gasto cardiaco y la presión capilar pulmonar se mantienen normales. Los factores que dan origen a un incremento de las resistencias vasculares pulmonares en las enfermedades respiratorias crónicas son múltiples, pero la hipoxia alveolar (5) es por mucho la más común al menos en la EPOC, xifoescoliosis y el síndrome de obesidad/hipoventilación. La hipoxemia provoca vasoconstricción pulmonar principalmente en arteriolas y arterias pulmonares de pequeño calibre. El desarrollo de HAP inicia cuando de PaO₂ es menor de 55-60 mmHg en reposo. El mecanismo es a través de un efecto nervioso simpático, potencializado por un aumento de la viscosidad de la sangre en presencia de policitemia secundaria, que no es rara en la EPOC severa. La hipercapnia inducida por hipoventilación alveolar secundaria a la EPOC avanzada es debido a las alteraciones mecánicas por la obstrucción bronquial y genera la retención de PaCO₂ generando acidosis respiratoria, la que produce vasoconstricción de los pequeños vasos pulmonares, la cual en forma sostenida y potencializada por la hipoxemia crónica, termina por ser un factor agregado en el desarrollo de HAP. La destrucción del lecho vascular pulmonar provoca un aumento en la RVP en forma crónica, ocasionando cambios severos en la pared de los vasos pulmonares pequeños como son un aumento en las células de músculo liso, engrosamiento de la capa media y necrosis fibrinoide. (6) En los últimos años los cambios en las sustancias vasodiladoras de la circulación pulmonar han tenido una contribución importante en el entendimiento de la biología del óxido nítrico (NO), (7) potente vaso dilatador de corta acción. En condiciones normales en el endotelio de la vasculatura pulmonar se produce NO, jugando un papel importante en la regulación fisiológica del tono vascular pulmonar ya que su efecto es relajante, al igual que la prostaciclina (PGI₂). En la HAP por EPOC, el NO exhalado se encuentra disminuido, impide que la vasculatura pulmonar se relaje, por lo tanto es considerado el responsable de la proliferación de las células del músculo liso vascular, lo que termina causando hipertrofia de la capa media así como fibrosis excéntrica de la capa íntima, lo cual aumenta la agregación plaquetaria y la trombosis *in situ*. La eritrocitosis secundaria a hipoxemia, ocasiona un aumento en la viscosidad sanguínea al existir una masa heritrocitaria exagerada en el lecho vascular, lo cual ejerce mayor stress en el endotelio pulmonar, aumentando la resistencia vascular por inactivación del NO derivado del endotelio y, finalmente se eleva la presión en la arteria pulmonar. La hipertensión pulmonar severa incrementa la postcarga de ventrículo del VD y eventualmente culmina en el síndrome de insuficiencia cardíaca derecha. Muchos pacientes con EPOC avanzado y edema de miembros inferiores, tienen una presión de la aurícula derecha en reposo normal. Esta paradoja ha estimulado la especulación que el edema en la EPOC puede tener un origen renal más que en el VD. Es probable que el edema en la EPOC pueda inicialmente ser provocado por una dilatación repetida de la aurícula derecha por un incremento de la presión diastólica del VD en el ejercicio o por desaturación durante el sueño, lo cual causa un incremento en el tono del sistema nervioso simpático y una activación del sistema renina-angiotensina-aldosterona, con la retención de sal y agua. Esta retención de sal y agua puede ser agravada por la hipercapnia la cual incrementa la reabsorción tubular proximal de sodio, pero también activa al sistema nervioso simpático y nuevamente al sistema de renina-angiotensina-aldosterona. En resumen el estado de hipertensión venoso sistémico en la EPOC es causado por insuficiencia cardíaca derecha, incluyendo mecanismo que son muy similares a los que ocurren en la congestión pulmonar y sistémica de la insuficiencia cardíaca izquierda, pero con una contribución adicional importante de la hipercapnia. (8) **figura I**

EPOC





MANIFESTACIONES CLINICAS DEL COR PULMONALE

SECRETARÍA
DE SALUD

Los signos clínicos del cor pulmonale son inespecíficos y algunos de ellos como los relacionados al incremento de la presión venosa, son muchas veces enmascarados por la hiperinsuflación del tórax el cual esta presente en un gran numero de pacientes con EPOC, además los signos clínicos ocurren en etapas avanzadas de la enfermedad, después del desarrollo de hipertensión pulmonar. El edema es el principal signo de insuficiencia cardiaca derecha pero es inespecífico y puede tener otros orígenes, además en algunos pacientes con hipertensión pulmonar no se presentan. Un soplo de regurgitación tricúspidea sugiere dilatación de VD sin embargo, es un signo de presentación muy tardío. Un reforzamiento del componente pulmonar en el segundo ruido cardiaco es solo encontrado en pacientes con HAP severa. Otros hallazgos físicos que pueden hacer o establecer el diagnóstico de HAP son las cianosis diferencial y los dedos en palillos del tambor, ambos sugestivos del síndrome Eisenmenger. Otros hallazgos en la exploración física asociados a la HAP se muestran en la **tabla II y III. (9)**

TABLA II: SIGNOS FISICOS QUE INDICAN PRESENCIA DE HIPERTENSIÓN PULMONAR

Signo

- Segundo ruido pulmonar acentuado
- Componente pulmonar audible en el ápex
- Clic sistólico temprano pulmonar
- Soplo de eyección mesosistólico pulmonar
- Levantamiento paraesternal izquierdo
- Presencia de onda "a" en el pulso yugular.

TABLA III: SIGNOS FISICOS QUE INDICAN LA SEVERIDAD DE LA HIPERTENSION PULMONAR.

- Hipertensión moderada a severa.
 - Soplo diastólico de regurgitación pulmonar
 - Soplo holosistólico tricúspideo que incrementa con la inspiración
 - Incremento de la onda "v" del pulso yugular
 - Reflujo hepatoyugular
 - Hígado pulsátil
- Hipertensión severa con falla de ventrículo derecho
 - S3 del ventrículo derecho
 - Distensión marcada de las ventanas yugulares
 - Hepatomegalia
 - Edema periférico
 - Ascitis
 - Presión sanguínea baja, disminución de la presión del pulso y extremidades Frías.



SECRETARÍA
DE SALUD

SALUD

La radiografía de tórax es útil y valiosa, refleja el crecimiento del ventrículo derecho y de las arterias pulmonares centrales, ala vez que identifica otras patologías dentro del diagnóstico diferencial. Cuando la arteria pulmonar derecha mide mas de 20mm en su trayecto descendente se considera dilatada y se toma como criterio de HAP. Chetty y colaboradores en un estudio realizado en 1982 comprobaron este último dato y junto con la medición de la proporción cardiotorácica hilar demostró una especificidad del 100% para detectar HAP en sujetos con EPOC.

Los componentes esenciales de la evaluación ecocardiográfica incluyen el registro de las medidas y función del VD y de la AD, estimación de la velocidad de regurgitación tricúspide para determinar la presión sistólica del VD, función sistólica y diastólica del VI, morfología y función de las válvula cardiacas, detección de cortos circuitos intracardiacos o intrapulmonares. Es el método de estudio no invasivo más sensible para la detección de sobrecarga del VD. La hipertrofia del VD es, generalmente, definida como el engrosamiento de la pared de 5 mm. o más a nivel del borde inferior de la hoja posterior de la válvula tricúspide, excluyendo los músculos papilares. Sin embargo, no es sensible como indicador de HAP. El advenimiento de la ecocardiografía bidimensional con doppler y doppler color ha permitido un mejor estudio de la anatomía del VD . las pruebas de función respiratoria la gammagrafía ventilación/perfusión, la tomografía axial computarizada, resonancia magnética nuclear y angiografía pulmonar son herramientas diagnósticas útiles en la búsqueda de posibles causas de hipertensión pulmonar y cor pulmonale, sin embargo, el cateterismo cardiaco derecho es el estándar de oro para el conocimiento y la gravedad de la hipertensión pulmonar.

TRATAMIENTO

El cateterismo cardiaco derecho mide directamente las presiones pulmonares y el gasto cardiaco, pudiendo calcularse las resistencia vascular pulmonar por lo que sigue considerandose el estandar de referencia para el diagnostico sin embargo, no esta justificado, excepto si hay duda, en especial para el diagnostico diferencial con cortocircuitos ocultos o con hipertensión pulmonar primaria y también cuando se considera el tratamiento con vasodilatadores potentes. Por la posibilidad de encontrarse con hipertensión pulmonar severa que limita la probabilidad de éxito en el posicionamiento del catéter de flotación, este procedimiento no se recomienda al lado la cama del paciente ni en la sala de urgencias, sino de manera formal en la sala de hemodinámia.

Debido a que el cor pulmonale es una consecuencia de la hipertensión pulmonar, el tratamiento estará enfocado a disminuir el trabajo del ventrículo derecho disminuyendo la presión arterial pulmonar. En algunos pacientes el tratamiento dependerá de la causa de la enfermedad pulmonar subyacente, en otros desafortunadamente si hay lesiones anatómicas, como en la tromboembolia pulmonar, la recuperación será más difícil, persistiendo la hipertensión arterial pulmonar.

En base a que el dato fisiopatológico cardinal es la hipoxia, el tratamiento será proporcionar una adecuada oxigenación tisular en reposo, durante el ejercicio y el sueño. Así mismo el control de las infecciones que descompensan a la bronquitis crónica, y al enfisema pulmonar son importantes para manejar un adecuado transporte de oxígeno.

A pesar de la presencia de insuficiencia cardiaca derecha, esta no requiere cardiotónicos, pero una vez instalada la falla ventricular se utilizaran algunas medidas que son necesarias para mantener una calidad de vida satisfactoria, entre esta medidas se encuentran los diuréticos, la oxigenoterapia, los digitalicos y los vasodilatadores pulmonares.



SECRETARÍA
DE SALUD

SALUD

Los diuréticos son necesarios en la falla ventricular, pero serán utilizados con cierta cautela. La presencia de líquido en el intersticio pulmonar, compromete el intercambio gaseoso aumentando las resistencias vasculares pulmonares con la consecuente hipoxia.

Esta ampliamente comprobado que los diuréticos pueden mejorar la ventilación alveolar y la oxigenación arterial en el cor pulmonale, aunque los efectos colaterales tales como la depleción de volumen, la disminución del retorno venoso al corazón derecho y disminución del gasto cardiaco, pueden ser factores problemáticos para la mejoría en la sintomatología de estos pacientes.

Otros efectos adversos de los diuréticos son la alcalosis metabólica hipokalemica con la consiguiente disminución del estímulo del CO₂ para el centro respiratorio, también la excreción renal de bicarbonato se compromete por depleción de potasio y cloro. Por esta razón el monitoreo cuidadoso de los electrolitos séricos es necesario al igual de un programa dietético con restricción de sal y líquidos.

La utilización de oxígeno suplementario en el tratamiento de la EPOC, es parte fundamental, pero además el oxígeno disminuye la vasoconstricción pulmonar secundaria a la hipoxia, mejora el gasto cardiaco al disminuir la vasoconstricción simpática y alivia la hipoxemia.

La efectividad del oxígeno esta condicionada si se administra por lo menos 18 hs diariamente a flujos bajos, como se ha demostrado en múltiples estudios.(10)

Los digitálicos se han utilizado para mejorar la insuficiencia cardiaca izquierda, sin embargo en la falla ventricular derecha mejorar la función por: Tener un efecto inotrópico leve sobre el ventrículo derecho, mejora el gasto cardiaco, aunque también aumenta la presión de la arteria pulmonar y los pacientes con cor pulmonale tienen arritmias secundarias a la hipoxia y a la acidosis metabólica.

Principalmente debemos de usar digitálicos en el cor pulmonale en aquellos enfermos en donde además hay hipoxemia, alteraciones acido-base y siempre acompañar al tratamiento con broncodilatadores.

Experiencias clínicas con vasodilatadores pulmonares del tipo bloqueadores de los canales de calcio, han sido reportados como altamente significativos para mejorar la calidad de vida y prolongar la vida en los pacientes con cor pulmonale. Dosis elevadas de agentes bloqueadores de los canales del calcio, mejoran el gasto cardiaco, disminuyen la resistencia pulmonar arterial y la presión de la arteria pulmonar.

Los efectos adversos en pacientes que no responden a este tratamiento incluyen hipertensión arterial sistémica, disminución del gasto cardiaco por un efecto inotrópico negativo, arritmias retención de sodio y agua con el consiguiente edema periférico.

La prostaciclina, un metabolito del ácido araquidónico, que actúa aumentando la concentración del AMP en el músculo liso vascular, es un potente vasodilatador, así como inhibe la agregación plaquetaria, por ser antagonista del tromboxano, se utiliza más frecuentemente para el tratamiento de la hipertensión arterial pulmonar primaria, sin embargo en el cor pulmonale los efectos de hipotensión arterial pulmonar son satisfactorios, aunque es necesario su administración intravenosa y tiene efectos farmacológicos de acumulación y tolerancia.

El óxido nítrico, otro potente vasodilatador pulmonar, actúa a través de la liberación de los factores relajantes-vasculares y tiene ventaja sobre otros vasodilatadores en razón de disminuir la presión de la arteria pulmonar, sin afectar la presión arterial sistémica.

Su limitante se encuentra relacionada a su vía de administración, misma que es inhalada, lo que aumenta su costo a largo plazo.



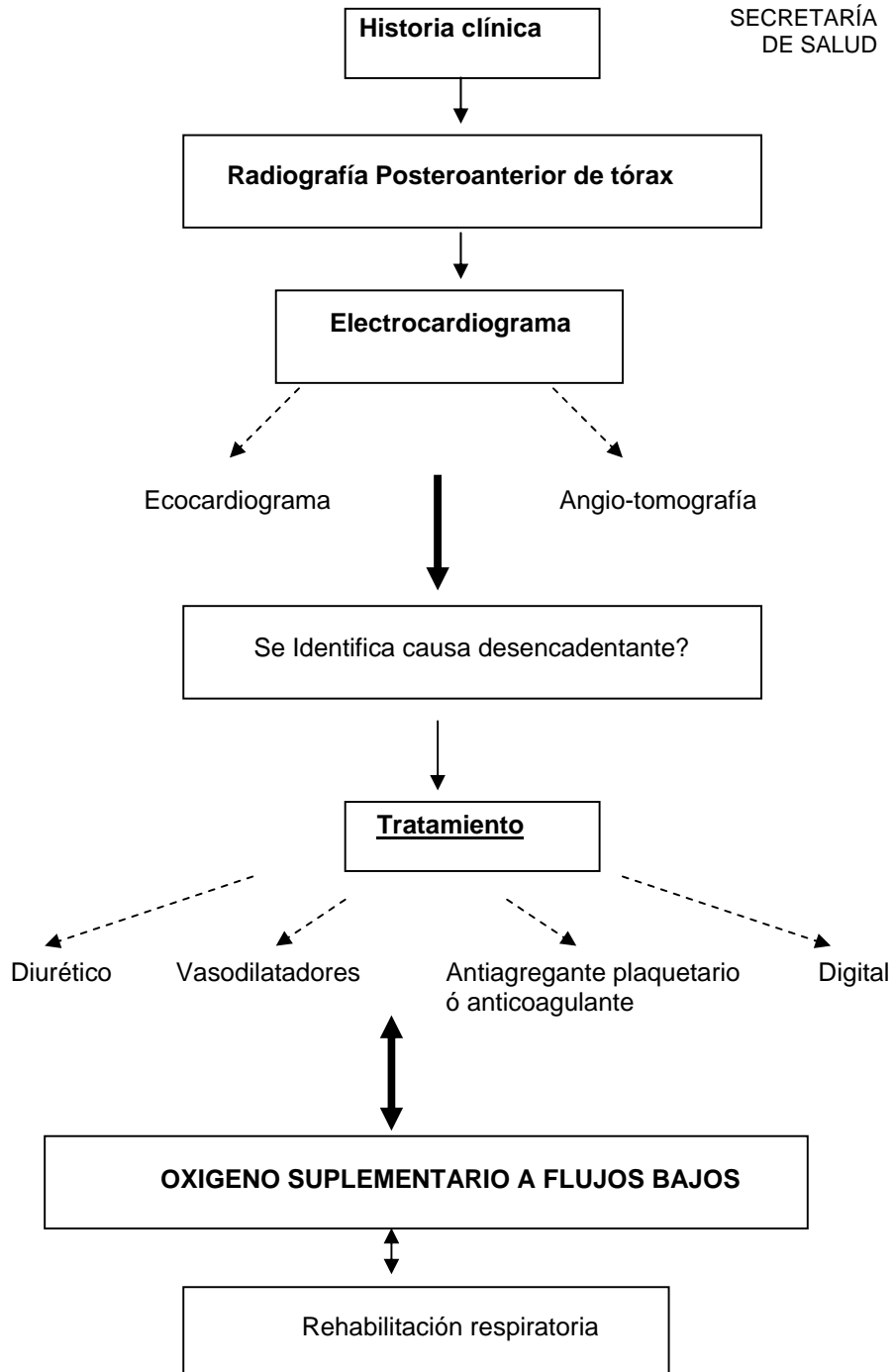
PRONOSTICO

Hasta el momento no existe ningún estudio clínico relacionado al pronóstico del cor pulmonale crónico, sin embargo, observaciones clínicas desde 1950, sugieren que una vez que se establece la insuficiencia cardíaca derecha con congestión venosa, la supervivencia es menor a 4 años. En general, el pronóstico del cor pulmonale se encuentra relacionado a la enfermedad pulmonar subyacente y aumenta o mejora siempre y cuando los niveles de los gases arteriales se mantengan cerca de lo normal, sobre todo en aquellos pacientes con bronquitis crónica y enfisema pulmonar. (11)

BIBLIOGRAFIA

- 1.- World Health Organization. Chronic cor pulmonale a report of the expert committee. Circulation 1963;27; 594-598.
- 2.- Behnke RH, Blount SG, Bristo W, et al. Primary prevention of pulmonary heart disease. Circulation 1970. 41, A17- A23 .
- 3.- Emmanuel Weitzenblum. Chronic cor pulmonale. Heart 2003; 89; 225-230
- 4.- Fishman, P. A, Pulmonary Hypertension and Cor Pulmonale, in Fishman's Pulmonary Diseases Chapter 83, pags 1261-1297, Ed. McGraw-Hill. 1998.
- 5.- Durand J, Leroy-Ladurie M, Ransom-Bitker B. Effects of hypoxia and hypercapnia on the repartition of pulmonary blood flow in supine subjects. Respir Res 1970; 5:156-165.
- 6.- Dunnill MS. Fibrinoid necrosis in the branches of the pulmonary artery and chronic nonspecific lung disease. Br J Dis Chest 1960;54: 355-360.
- 7.- Moncada S, Palmer RM, Higgs EA. Nitric Oxide Physiology, pathophysiology, and pharmacology. Pharmacol Rev 1991;43:109-142.
- 8.- Robert Naeije. Pulmonary Hypertension and Right Heart Failure in chronic obstructive Pulmonary Disease. 2005;2: 20-22.
- 9.- Guillermo Cueto-robledo, Yolanda Mares-Gutiérrez, Gabriel de la Escosura-Romero, Raúl Cicero-Sabido. Diagnóstico de Hipertensión Pulmonar. Rev Inst Nal Enf Resp Mex. 2004;17:S28-S39.
- 10.- Marie M. Budev, Elejabdro C Arrolija, M.D. Herbert P. Wiedemann, and Richard A Matthay, M.D. Semin Respir Crit care med. 2003;24:233-243.
- 11.- Teofilo L. Lee-Chiong Jr, Richard A. Matthay. Semin Respir Crit Care 2003;24:263-272.

ALGORITMO DIAGNOSTICO DE COR PULMONALE





TROMBOEMBOLIA PULMONAR

SECRETARÍA
DE SALUD

SALUD

CLASIFICACION CIE I 26.9

El tromboembolismo venoso (TEV) representa un espectro de una enfermedad que acompaña a la trombosis venosa profunda (TVP), tromboembolia pulmonar (TEP) y en el paciente en estado crítico incluye la trombosis asociada al uso de catéter venoso central. La TEP es la manifestación mas grave del TEV, es una de las causas inexplicables de muerte en pacientes hospitalizados (1) y es además una complicación frecuente y subestimada en el paciente grave y en estado crítico (2). Dado que la TEP incrementa la morbilidad y mortalidad en el grupo de enfermos con reserva cardiopulmonar disminuida por la enfermedad subyacente, la profilaxis es de gran importancia. El TEV debe ser considerado en el diagnóstico diferencial del paciente en estado crítico, en el cual súbitamente su hemodinamia e intercambio gaseoso se deteriora. Sin embargo, el diagnóstico de la enfermedad en la Unidad de Cuidados Intensivos (UCI) se ve limitada por las dificultades en el traslado del paciente en estado crítico y por la restricción en el uso de técnicas invasivas.

EPIDEMIOLOGÍA

Los eventos de TEV son más frecuentes en pacientes hospitalizados y en estado crítico que en los enfermos ambulatorios. La mayoría de los pacientes en la UCI tienen uno o mas factores de riesgo para TVP, la incidencia real de la TVP en este grupo de enfermos se desconoce, pero oscila entre el 5 y el 33% (3). La prevalencia en pacientes neuroquirúrgicos es del 22 al 35% y oscila entre el 50 al 80% cuando existe daño agudo en la médula espinal (4).

En los EUA se estima una incidencia anual de 117 casos por 100,000 habitantes de TEV, de los cuales 48 de cada 100,000 corresponden a TVP y 69/100,000 corresponden a TEP. Esperaríamos que la cifra de TEP fuese mayor que la de TVP ya que la inmensa mayoría de los émbolos vienen de extremidades inferiores, sin embargo, esta falta de concordancia en las cifras obedece a los casos de TVP con curso subclínico (5). Aunque el riesgo de TEP documentado en estudios previos ha sido inesperadamente alto, la incidencia de TVP es subestimada. Las técnicas de escrutinio que son utilizadas tienen una sensibilidad ilimitada para identificar los trombos en las venas de la pantorrilla y pelvis, lo cual da lugar a un porcentaje frecuente de falsos negativos.

En un estudio observacional de pacientes hospitalizados en la UCI quirúrgica y metabólica en quienes no se practicó un estudio de radiodiagnóstico, la incidencia clínica de la TVP reciente o de TEP fue mucho menor que la incidencia de estudios previos (54%) (6). Este hallazgo es esperado dado que los signos y síntomas de la TVP y TEP son frecuentemente subestimados. Finalmente la verdadera incidencia de TEP en la UCI es desconocida, no obstante, el 50% de los pacientes con TVP y el 20% de los pacientes con trombosis de las extremidades superiores cursarán con TEP asintomática (7).



FISIOPATOLOGÍA

SECRETARÍA
DE SALUD

La formación de un trombo se considera como el resultado de 3 condiciones que fueron descritas en 1856 por Virchow, la triada esta compuesta por estasis, daño endotelial e hipercoagulabilidad.

La estasis forma parte del TEV y queda demostrada por el hecho que ocurre con mayor frecuencia en las extremidades inferiores, que son sitios de alta capacitancia. La hemostasia incluye un balance complejo de factores procoagulantes y anticoagulantes que previenen una producción exagerada de trombina cuando la cascada de la coagulación es activada.

Cuando la estasis es mayor a 72 hrs, ocurre la formación de fibrina; los leucocitos migran a través del endotelio y se promueve la agregación plaquetaria. Además la formación local del activador del plasminógeno tisular se inhibe por la exposición de la sangre a la acción inhibitoria de la proteína C activada. Este aspecto es de enorme trascendencia en la UCI, donde el enfermo suele permanecer inmovilizado por largos periodos. (2)

El endotelio es el responsable de la síntesis de moléculas relacionadas con la hemostasia como el factor de Von Willebrand, fibronectina, elastina, colágena y factor tisular. Además el endotelio cuenta con mecanismos protectores contra la trombosis que puede ocurrir en presencia de daño endotelial, como son la carga negativa de la membrana endotelial, la síntesis de inhibidores de la actividad plaquetaria como prostaciclina, ácido 13 hidroxioctadecadiéntrico y óxido nítrico, inhibición del depósito de fibrina y liberación del activador del plasminógeno (8).

Los estados procoagulantes fisiológicos adquiridos son el embarazo y el puerperio (se presenta un evento trombótico en 0.01 a 0.2% de los embarazos y la TVP es 3 a 16 veces más frecuente en los embarazos resueltos por cesárea). En el embarazo, además de los factores de estasis por el aumento de la distensibilidad y la capacitancia venosa en el tercer trimestre y de la dificultad para el retorno venoso por compresión por el útero gestante; desde la mitad de la gestación se produce elevación de las cifras de los factores II, VII y X de la coagulación y desde el tercer trimestre se registra incremento de la generación de la fibrina, disminución de los niveles de la proteína S e inhibición del sistema fibrinolítico. Es por esas razones por lo que el embarazo se considera factor de riesgo de TVP. (9)

Entre los estados procoagulantes patológicos se encuentra el síndrome de anticuerpos contra cofactor antifosfolípido, principalmente la presencia de anticoagulante lúpico, que se considera causante del 6 a 8% de las trombosis venosas en individuos sanos y que es la manifestación clínica predominante del síndrome primario. (10)



SECRETARÍA
DE SALUD

Otros factores de riesgo son la obesidad y la insuficiencia cardiaca congestiva, en los cuales hay estasis venosa como mecanismo principal de procoagulación; sepsis, en la cual básicamente el daño endotelial y la liberación de mediadores tanto celulares como toxinas, desencadenan la generación de fibrina y activan el sistema fibrinolítico, a lo cual se agrega estasis en el paciente hipoperfundido. (11) . Ciertos procesos neoplásicos conllevan liberación de factores procoagulantes, por lo que también se consideran de riesgo para la presencia de TVP. (12) Las personas con TEV previo, edad mayor de 40 años, postoperatorio de cirugía mayor, traumatismo, infarto del miocardio, fractura de cadera ó fémur, restitución estrogénica e ingesta de anticonceptivos orales e inmovilización prolongada, tienen también mayor riesgo de presentar un evento de TEV. De estos factores, los más comunes son la edad mayor 40 años, obesidad y postoperatorio de cirugía mayor. (13)

Los estados de hipercoagulabilidad son determinados de manera hereditaria o adquirida. Las trombofilias hereditarias o primarias más frecuentes son la resistencia a la proteína C activada, las deficiencias de antitrombina III, proteína C y proteína S, y la mutación 20210 de la protrombina. La resistencia a la proteína C activada, descrita en 1993, es la causa hereditaria más frecuente de trombofilia. (14) A su vez, la causa más constante de resistencia a la proteína C activada es la mutación puntual en la posición 506 del gen codificador del factor V, alteración que se denomina mutación de Leiden del factor V ó “factor V de Leiden”. (15) Esta mutación se encuentra en 20% de los pacientes con TVP y se calcula que el riesgo de TVP en heterocigotos respecto a la mutación de Leiden del factor V es 5 a 10 veces mayor y 80 veces mayor en los homocigotos que en la población general. (16) La prevalencia de la mutación de Leiden varía en las diferentes etnias y es más alta en las poblaciones de origen caucásico y entre los griegos. En Latinoamérica es particularmente baja; en Argentina de 5.1%, en Costa Rica 2% y en Venezuela 1.6%. (17) El único valor informado en lo referente a México es del 2%. (18) Las deficiencia de AT-III, proteína C y proteína S son la causa de menos del 15% de las trombofilias primarias. La mutación 20210 del alelo del gen de protrombina tiene una prevalencia del 1.8%. La hiperhomocisteinemia es el resultado de la elevación de la homocisteína por interrupción de su metabolismo, a causa de defectos genéticos o deficiencias nutricionales y se relaciona con riesgo de TVP, principalmente en presencia de otros trastornos protrombóticos; la incidencia se calcula entre 1:200 000 y 1:335 000 habitantes. (19)

Todos estos factores pueden estar presentes en el paciente grave y en estado crítico. Existen también otros que son propios del enfermo grave y que posiblemente contribuyan a la alta incidencia de TVP en este grupo, por ejemplo, el empleo de sedantes y relajantes musculares, que por lo común exige mayor duración de la ventilación mecánica y del periodo de inmovilización; la ventilación mecánica a presión positiva, la cual genera presiones intratorácicas altas que disminuyen el gasto cardiaco por compresión de los ventrículos y disminución del retorno venoso con modificación de los flujos en extremidades inferiores (donde a pesar del sistema de valvas no existen mecanismos de autorregulación del flujo sanguíneo). (20)



SECRETARÍA
DE SALUD

SALUD

La evaluación del riesgo de TEV en pacientes quirúrgicos y no quirúrgicos requiere una consideración de los factores de riesgo individuales y sus interacciones para hacer recomendaciones adecuadas en la profilaxis y tratamiento de la enfermedad. La tabla I muestra una serie de factores de riesgo generales para el desarrollo de TEV en pacientes adultos, los cuales incluyen trombosis relacionada con el uso de catéteres venosos centrales (CVC), trombosis relacionada con el uso de CVC complicados con infecciones y TVP de extremidades superiores.

CUADRO CLÍNICO

Como es bien sabido, los signos y síntomas de la TEP son inespecíficos y en consecuencia, el diagnóstico clínico de TEP es muy impreciso. La falta de sensibilidad del diagnóstico clínico de la TEP se pone en evidencia a través de los estudios de necropsia (37) donde se comprueba que no se diagnosticaron en vida la mayoría de los casos de TEP, detectados al momento de la necropsia. La sensibilidad del diagnóstico clínico para TEP es tan baja como del 25%. De los 630,000 pacientes que cada año sufren TEP, se establece el diagnóstico y por lo tanto se inicia el tratamiento en tan solo el 25% de ellos (163,000).

La falta de sensibilidad del diagnóstico clínico se reconoció en cuanto se dispuso de la angiografía pulmonar como “estándar de oro” para el diagnóstico de TEP. En un primer informe de Dexter (38) en 1971 se señaló que el diagnóstico de TEP solo se había confirmado para el 45% de los pacientes sometidos a angiografía pulmonar por sospecha de TEP. En un estudio posterior, PIOPED (39) comunicó que el diagnóstico clínico de TEP solo se pudo confirmar en el 33% de los 755 pacientes sometidos a angiografía pulmonar.

Usualmente la TVP se origina en las venas de la pantorrilla donde el riesgo de complicaciones subsecuentes es bajo. Los signos y síntomas clásicos son debidos a la obstrucción venosa y a la respuesta inflamatoria de esa área, sin embargo, en la mayoría de los casos de TVP clínicamente permanece silente. En el 20% de los casos, el trombo puede extenderse más proximalmente si permanece sin tratamiento y en el 80% de los trombos que se extienden proximalmente se vuelven sintomáticos. (40) Diferentes reportes han sugerido que el 90% de la TEP se origina de TVP en las venas de los muslos. (41) Los síntomas clásicos de TEP fueron confirmados en el estudio PIOPED, la disnea de inicio súbito ocurrió en el 73% de los pacientes. El dolor pleurítico en el 66% de los casos, tos en el 37% y hemoptisis en el 13% de los casos. La taquipnea (70%) y taquicardia (30%) fueron los signos clínicos más frecuentes. (42) En otras publicaciones estos signos y síntomas fueron menos frecuentes, destacando al síncope como un signo inusualmente reconocido que suele presentarse en el 27% de los pacientes. (43) No obstante, como ya se comentó, el paciente grave por lo común no se encuentra en condiciones de referir sus síntomas y los signos son tan inespecíficos que pueden tener diversos orígenes en este grupo de enfermos, de tal forma que si no se tiene la sospecha clínica del padecimiento, el Diagnóstico probablemente pasará inadvertido. Por lo tanto debe sospecharse TEP en los sujetos con factores de riesgo que presentan además broncoespasmo recurrente, hipotensión súbita, insuficiencia cardiaca derecha aguda, hipertensión arterial pulmonar aguda no atribuibles a otra causa, así como una dificultad para el retiro de la ventilación mecánica que no puede ser explicada por otras causas. Otros hallazgos que deben hacer sospechar la posibilidad de TEP son la taquicardia sinusal persistente o bien, un evento súbito de actividad eléctrica sin pulso, el cual puede ser uno de los primeros indicios de la enfermedad.



DIAGNÓSTICO

SECRETARÍA
DE SALUD

SALUD

Para el diagnóstico de TEV se han empleado varios métodos de estudio, algunos de los cuales se pueden realizar en la UCI, mientras que otros estudios como los de gabinete requieren el traslado del paciente.

Electrocardiograma (ECG).-El ECG de la mayoría de los paciente con TEP es anormal. En 2 series de pacientes con TEP sin antecedentes de cardiopatía o neumopatía el 70% mostró anomalías en el ECG. Sin embargo, estas anomalías resultan inespecíficas en la mayoría de los casos. (42)

La anomalía ECG más específica se describe en el artículo de McGinn y White en 1935, estos investigadores examinaron los ECG de 7 pacientes con TEP masiva. El ECG se practicó dentro de las primeras 24 hrs. de iniciado el cuadro clínico, en todos los casos se encontró una onda S prominente en la derivación I, una onda Q y una onda T negativa en la derivación III, estos datos hoy en día se han denominado como patrón S1Q3T3, dichos cambios son secundarios al cor pulmonale agudo de la TEP masiva.

Un segundo dato específico del ECG con pacientes con TEP masiva lo describió Durant y cols. en 1939, ellos observaron un bloqueo de rama derecha en 2 pacientes con TEP complicada con choque, en ambos casos el ECG se normalizó antes de 24 hrs. La incidencia de estas 2 alteraciones en el ECG en una determinada serie de pacientes con TEP depende de la incidencia de TEP masiva en la misma serie. En una serie de 47 pacientes con TEP aguda confirmada por angiografía y descrita por el laboratorio de Dexter, 9 pacientes (19%) presentaron el patrón S1Q3T3 o un bloqueo completo o incompleto de rama derecha. Otras anomalías descritas con frecuencia en el ECG son alteraciones del segmento ST ó de la onda T, las cuales se describen hasta en el 49% de los pacientes.

Gasometría arterial (GA).-Desde siempre la cianosis se ha asociado con TEP masiva, sin embargo, fueron Robin y cols. en su publicación 1960, quienes determinaron la saturación de oxígeno (O₂) en los pacientes con diagnóstico clínico de TEP. (44) Examinaron a 11 pacientes con signos y síntomas compatibles con TEP masiva y confirmaron el diagnóstico en 6 de los 11 pacientes tras la muerte de ellos. La saturación arterial varió entre 34 y 90%; la mayoría de los pacientes presentaban taquipnea, y la frecuencia respiratoria oscilaba entre las 16 y 59 rpm.

En 1971 el estudio del laboratorio de Dexter fue el primero en describir los resultados de la GA en una serie grande de pacientes con TEP documentada por angiografía pulmonar. La GA se practicó en 36 de los 50 pacientes, la PaO₂ de los 36 pacientes fue menor a 80 mmHg, el 82% presentaba valores menores a 40 mmHg. Los autores concluyen que una PaO₂ normal o una gammagrafía normal excluyen en esencia, el diagnóstico de TEP aguda.

Otros estudios más recientes les han dado la razón. De hecho, un gammagrama pulmonar normal descarta el diagnóstico de TEP aguda, pero una PaO₂ normal (>80 mmHg) no. (39)



SECRETARÍA
DE SALUD

En general, la PaO₂ de los pacientes con TEP masiva es anormal, mientras que la de los pacientes con TEP submasiva puede en ocasiones ser normal. Los pacientes que presentan signos y síntomas de infarto pulmonar son aquellos con más probabilidad de sufrir TEP submasiva con una PaO₂ normal. En el estudio PIOPED se halló una correlación lineal entre el GA-aO₂ y la intensidad de la TEP, evaluada a través de la (PAPm) y del número de defectos discordantes de perfusión. Los resultados del estudio clínico del laboratorio de Dexter coinciden con los datos del PIOPED. (45) Por otro lado, cuando se cuenta con la capnografía, ésta pone de manifiesto una disminución de la presión tele-espírométrica de CO₂. (PetCO₂).

Considerando todas estas observaciones, queda en duda la importancia de la GA para los pacientes con posible TEP. Una PaO₂ normal no descarta en absoluto la presencia de TEP. Sin embargo, una PaO₂ normal de un paciente con hipotensión o signos de cor pulmonale agudo reduce mucho las posibilidades de que estos signos y síntomas se deban a TEP. Entre los pacientes sin cor pulmonale agudo ni infarto pulmonar que presentan disnea aguda, la PaO₂ puede ayudar a separar la TEP aguda del Síndrome de hiperventilación. Entre los pacientes con TEP confirmada, la PaO₂ denota la intensidad hemodinámica del proceso. (42)

Productos de degradación de la fibrina (PDF) y dímero D (DD).-Wilson y cols. (46) describieron en 1971 la presencia de cifras elevadas de productos de degradación de la fibrina entre los pacientes con TEP. Estos datos fueron confirmados en los estudios angiográficos del laboratorio de Dexter. (47) Los estudios de PDF ya indicaban una alta sensibilidad para la TEP pero una pobre especificidad, por lo que su utilización para el diagnóstico de TEP no consiguió aceptación clínica. Los análisis más modernos como un inmunoanálisis con anticuerpos monoclonales que mide de manera específica los derivados de la fibrina con entrecruzamiento dieron origen a la medición de los DD. La técnica de medición por aglutinación rápida con látex permite que se realice de inmediato y la técnica por ELISA tarda varias horas. La medición del DD por ELISA es mucho más precisa que por aglutinación con látex. En un estudio preliminar de 62 pacientes sometidos a flebografía por TVP, se comparó la efectividad de ambas técnicas, confirmando con la técnica por ELISA una sensibilidad del 100% para los productos de fibrina y con la técnica por aglutinación con látex una sensibilidad del 73%. (48) El valor predictivo negativo de un análisis normal del DD es mayor entre los pacientes con una baja probabilidad clínica de TEP. (49)

Radiografía de tórax (Rx).-Si bien la mayoría de los pacientes con TEP mostrarán anomalías en la Rx, éstas son inespecíficas. En un artículo de referencia sobre el diagnóstico de TEP, Westermarck desde 1938, señaló que "El diagnóstico radiológico de la embolia de la arteria pulmonar es muy complicado, sobre todo si no hay infarto". Fue el primer autor en separar los datos radiológicos en el paciente con infarto pulmonar y sin él. En los pacientes con infarto pulmonar es característica una opacidad en forma de "cuña" (50) Así mismo, describió el dato de oligohemia del territorio pulmonar correspondiente a la rama arterial embólica. Estas zonas de menor vascularización se han denominado como signo de Westermarck. Stein y cols. (42) en su serie de 383 pacientes con TEP confirmada por angiografía, solo el 6% demostraba este signo radiológico.



Hampton y Castleman, hicieron aportaciones relevantes en cuanto al diagnóstico de infarto pulmonar, ellos realizaron Rx post-mortem y las compararon con los hallazgos de la necropsia, encontrando una correlación 1:1 entre los hallazgos radiológicos y las observaciones del patólogo. (51) El aspecto radiológico del infarto es una sombra o densidad correspondiente al segmento pulmonar afectado. La sombra se encuentra siempre en contacto con una o más superficies pleurales. El borde cardiaco de la consolidación era de contorno nítido y de forma convexa. En esta primera etapa, el infarto es hemorrágico e incompleto. El infarto incompleto de los pacientes sin cardiopatía puede curar sin cicatrización. El infarto de los pacientes con congestión pulmonar puede atravesar una fase de curación y determinar al final una cicatriz. A medida que avanza la curación, el infarto origina una línea nítida y densa, una sombra lineal que se puede confundir, en la Rx con una atelectasia laminar. (52) Estos estudios de referencia han constituido las mejores aportaciones de los hallazgos radiológicos de la TEP con infarto pulmonar y sin él a través del tiempo.

Entre los pacientes con TEP aguda pero sin enfermedades pulmonares o cardiovasculares previas, Stein y cols. (42) encontraron que otras anomalías en la Rx del tórax fueron atelectasias o infiltrados pulmonares en el 68% de los pacientes, el derrame pleural pequeño ocurrió en el 48% de los pacientes. La Rx además tiene la utilidad de descartar otros padecimientos que semejen la clínica de TEP.

Ecocardiografía (ECO).-Steckley y cols. en 1978, publicaron el primer informe de hallazgos ecocardiográficos en un paciente con TEP aguda confirmada por angiografía pulmonar selectiva. Describieron la dilatación ventricular derecha (VD) y el movimiento paradójico del tabique tras el episodio de TEP aguda, después del tratamiento, el ECO de control demostró normalización completa. (53)

En 1980, Kasper y cols. fueron los primeros en describir que la dilatación de la arteria pulmonar derecha se correlacionaba con el incremento de la PAPm. El VD se dilató y el ventrículo izquierdo (VI) disminuía en sus dimensiones. La relación entre el VD y el VI correlacionó bien con la intensidad angiográfica de la obstrucción embólica (54)

En otros estudios se ha descrito la detección de un trombo dentro de la arteria pulmonar derecha mediante ECO bidimensional con ventana supraesternal. (55)

En 1986, Kasper y cols. describieron los datos ecocardiográficos de 105 pacientes con TEP, confirmada por angiografía, gammagrafía o estudio necrópsico, los hallazgos más comunes consistieron en dilatación de la arteria pulmonar derecha y del VD, sin embargo tales hallazgos son inespecíficos de TEP. La visualización de un trombo en la arteria pulmonar es específica de TEP. Curiosamente, el 19% de los pacientes con TEP confirmada presentaban un ECO normal, este autor fue el primero en señalar que un ECO normal no descarta el Diagnóstico de TEP. (56)

Tras revisar los datos ecocardiográficos de los pacientes con TEP aguda, Come (57) confirmó las alteraciones ecocardiográficas registradas por Kasper y cols. además de estas anomalías advirtieron que la hipocinesia del VD es un dato esencial de los pacientes con TEP y que las velocidades de flujo de los chorros de regurgitación tricuspídea pulmonar permiten estimar de forma confiable las presiones sistólica y diastólica de la arteria pulmonar.



SECRETARÍA
DE SALUD

En un estudio singular Krivec y cols. (58) practicaron la ecocardiografía transesofágica (ETE) a la cabecera de la cama de 24 pacientes en estado crítico, con un estado de choque inexplicable y plétora yugular. Encontraron que 17 de los 24 pacientes tenían una dilatación del VD con hipocinesia generalizada; a través de este estudio se pusieron de manifiesto trombos en arterias pulmonares centrales en 12 de los 17 pacientes, así como descenso del flujo de la arteria pulmonar derecha en 1 paciente.

La ECO es una técnica incruenta que puede practicarse a la cabecera de la cama de los pacientes en estado crítico, ayuda al estudio de los pacientes con TEP aguda, una ecocardiografía normal no descarta la TEP, pero algunos datos como la dilatación del VD, la hipocinesia del VD y la dilatación de la arteria pulmonar derecha, pese a no resultar diagnósticos son hallazgos frecuentes que pueden orientar el estudio diagnóstico. La detección mediante ETE de émbolos en la circulación pulmonar central resulta ser sumamente específica de TEP, aunque la sensibilidad de este hallazgo y su validación mediante angiografía pulmonar aun no se reconozcan. La detección de trombos en cavidades derechas representa una clara indicación de tratamiento. El estudio ecocardiográfico del tamaño y de la contractilidad del VD ayudan a conocer la repercusión hemodinámica de la TEP. Se sigue discutiendo si la hipocinesia del VD representa una guía útil para la aplicación del tratamiento trombolítico. (59)

TROMBOSIS VENOSA PROFUNDA

Los estudios para el diagnóstico de TVP son pletismografía por impedancia eléctrica, USG con sistema Doppler dúplex y venografía.

Pletismografía por impedancia eléctrica.-Permite detectar el incremento de la resistencia al flujo venoso. El retraso en el drenaje venoso y el incremento en la impedancia se interpretan como presencia de TVP. Tiene la desventaja de no detectar trombos pequeños o flotantes. La sensibilidad del estudio para detección de trombos proximales oscila en rangos del 65 al 98%, con especificidad del 83 al 97%. Para la TVP distal, la sensibilidad es de tan solo 0 al 20%. (60)

La combinación de pletismografía por impedancia y valoración del DD, al ser ambos normales, tiene un valor predictivo negativo del 99% en cuanto a TVP. (61) En el paciente asintomático tienen una sensibilidad del 30%, por lo que no resulta útil como estudio de escrutinio en pacientes con alto riesgo de TVP. (60)

El US Doppler dúplex.-Consta de ultrasonografía en tiempo real en dos dimensiones y detección del flujo venoso mediante sistema Doppler. Se consideran datos diagnósticos: la incompresibilidad de las venas femoral o poplítea, ausencia de señal de flujo en el estudio de Doppler, presencia de un trombo ecógeno en la luz del vaso, distensión venosa y pérdida de la respuesta a la maniobra de Valsalva o modificaciones con el ciclo respiratorio. La habilidad de comprimir completamente la vena femoral y poplítea excluye por completo la presencia de TVP; con un valor predictivo negativo del 98%. (62) Tiene la enorme ventaja de ser portátil. Y tiene la desventaja de que su realización puede estar limitada en el paciente obeso, con edema o en aquel en el que la presencia de aparatos ortopédicos, tracción esquelética u otros elementos impidan el acceso a la región anatómica que se necesite evaluar. En el paciente sintomático con trombosis proximal, la sensibilidad y especificidad son del 92 y 97% respectivamente. (60) Con este método si se pueden realizar los estudios seriados; si el primer estudio resulta negativo, puede detectarse la extensión de un trombo más distal.



SECRETARÍA
DE SALUD

Heijboer reportó una serie de pacientes en los que ante US seriados negativos, sólo el 1.5% presentaron evidencia de TVP en su seguimiento por un periodo de 6 meses. (63)

Kearon y cols. (61) recomiendan incluso que se puede suspender el tratamiento anticoagulante en pacientes con sospecha clínica de TVP en quienes el ECO Doppler dúplex es negativo a los 5 a 7 días.

En el caso del paciente asintomático, la sensibilidad para diagnosticar TVP proximal cae hasta el 62%, con especificidad del 97% y un valor predictivo positivo del 66%; en el caso de la trombosis distal, la sensibilidad es del 33 al 58%. En lo que se refiere a la trombosis de extremidades superiores, en el paciente sintomático, tiene una sensibilidad del 78 al 100%.

Finalmente este estudio es el método preferente en el enfermo en estado crítico en quien se sospecha clínicamente la presencia de TVP, pero la decisión de realizarlo consecutivamente en pacientes asintomáticos queda a reserva del grupo médico.

Venografía.-La venografía por contraste es considerada el estándar de oro para el Diagnóstico de TVP y el criterio diagnóstico es el defecto de llenado intraluminal evidente en por lo menos 2 proyecciones. Si hay interrupción repentina de la vena, puede corresponder a una oclusión previa. Puede evaluarse todo el sistema venoso profundo desde la pantorrilla hasta la vena cava inferior. Tiene la desventaja de ser un estudio invasivo, doloroso y la técnica por sí misma puede ocasionar trombosis. El factor que más limita su uso en el paciente crítico es el uso de medio de contraste por su posible efecto nefrotóxico y la alta incidencia de reacciones alérgicas. (60)

La flebografía radioisotópica con tecnecio-99m se puede realizar simultáneamente con el gammagrama pulmonar, sin embargo, su utilidad clínica no es superior a otros métodos y su costo es elevado. (63)

OTROS ESTUDIOS DIAGNÓSTICOS

Gammagrafía pulmonar ventilatoria/perfusoria.-Es el primer estudio que se emplea en la evaluación de un paciente con sospecha de TEP. En el PIOPED (39) se reportó que hasta el 98% de los pacientes muestran anomalías en el gammagrama, lo cual habla de una alta sensibilidad, pero una especificidad baja (72%). Al combinar el resultado del estudio con la sospecha clínica se ha determinado; que los pacientes con alta sospecha de TEP con gammagrama V/Q de alta probabilidad, se corroborará TEP hasta en el 96% de los casos. En un estudio de alta probabilidad con baja sospecha clínica, 56% presentan TEP. Con sospecha clínica alta, pero gammagrama V/Q de baja probabilidad, la presencia de TEP es de tan solo el 4%. Ahora bien, el resultado del estudio puede verse modificado por la presencia de neumopatía previa.



SECRETARÍA
DE SALUD

En el Prospective Investigative Study of Acute Pulmonary Embolism Diagnosis (PISA-PED) (64) se empleó únicamente la fase perfusoria del estudio. La sensibilidad se calculó del 92% y la especificidad del 89%, con valores predictivos positivos de 93% y negativos del 88%.

Angiografía pulmonar.-Es el estándar de oro en el diagnóstico de TEP. Los criterios para el diagnóstico son un defecto de llenado intraluminal en al menos 2 proyecciones y la demostración de una arteria pulmonar obstruida. (60) Sin embargo, es un estudio invasivo, con el riesgo del uso de medio de contraste y hemorragia. En el contexto del paciente crítico, que puede presentar trastornos de la coagulación, deterioro de la función renal y cardiopatía; el riesgo del estudio puede ser severo; por otro lado en el paciente que presente bloqueo de la rama del Haz de His, se recomienda la instalación de marcapaso temporal; lo que incrementa la invasión al paciente.

Tomografía por emisión monofotónica o SPECT (single-photon emission tomography).-Ha demostrado mejoría en la demostración de defectos de perfusión pequeños. (65)

Tomografía computarizada helicoidal (TAC helicoidal).-Ha demostrado una sensibilidad y especificidad del 90 y 96% respectivamente. Los criterios de diagnóstico son un defecto de llenado en la luz de las arterias pulmonares, tiene la ventaja de una resolución que permite observar émbolos pequeños en la periferia. Aunque aun no está determinado su lugar en el algoritmo de estudio del paciente con TEP; ofrece además la posibilidad de demostrar otras enfermedades intratorácicas. (66)

Imagen de Resonancia Magnética (IRM).-Muestra sensibilidad y especificidad del 73 y 97% respectivamente. Los criterios para el diagnóstico incluyen defecto de llenado u oclusión vascular. No requiere medio de contraste, pero al igual que la TAC helicoidal, aun no está determinado su lugar en el estudio de la TEP. (60)

Angiorresonancia.-La angiografía por resonancia magnética, que utiliza gadolinio, ha mostrado un valor predictivo positivo de 87% y negativo del 100%. Permite identificar trombos subsegmentarios. La ventaja mayor es que permite evaluar simultáneamente pulmón y extremidades inferiores. (60, 67)

TRATAMIENTO

El tratamiento del TEV suele consistir en la administración de la Heparina convencional. A pesar de carecer de efectos líticos, el efecto anticoagulante de este fármaco impide la progresión, embolización y recurrencia del TEV. Con lo cual permite que el sistema fibrinolítico endógeno lise el trombo.

Heparina no fraccionada :

La heparina no fraccionada (HNF) fue descubierta en 1916 por McLean, en la Universidad John Hopkins, a la cual caracterizó como un fosfolípido anticoagulante de origen hepático. Más tarde, en 1922, Howell nombró heparina a esta sustancia y dio a conocer sus propiedades anticoagulantes; no fue hasta la década de los 70's cuando Rosenberg purificó la antitrombina III y destacó su importancia y su mecanismo de acción como un cofactor de la heparina.



SECRETARÍA
DE SALUD

SALUD

La HNF ha sido el anticoagulante más utilizado en el tratamiento del TEV establecido. A pesar de que esta práctica común tiene más de 60 años, su superioridad sobre los anticoagulantes orales (AO) para el tratamiento inicial para el TEV no quedó demostrada hasta 1992, cuando, en un estudio controlado y aleatorizado, se comparó la utilidad de la HNF con la de los AO como agentes de tratamiento inicial para el TEV. La HNF resultó considerablemente superior a los anticoagulantes orales, tanto para evitar la extensión de la trombosis como para prevenir su recurrencia. (68)

Administración y dosis:

En varios estudios aleatorios se ha comparado la aplicación subcutánea (SC) con la infusión intravenosa (IV) de la HNF. En uno de ellos, que incluyó a pacientes con TVP proximal que recibieron HNF por vía SC o por infusión IV, se observó que, a pesar de ir ambos esquemas precedidos de un bolo de 5000 U de HNF, solo 37% de los sujetos tratados con HNF SC lograron niveles terapéuticos en las primeras 24 hrs. a diferencia del grupo con HNF IV que lo alcanzó en el 71%. Consecuentemente, la recurrencia de TVP fue del 25% en los que tuvieron anticoagulación subóptima y del 2% en los que lograron niveles óptimos. (69) Este y otros estudios muestran que la aplicación SC tiene un efecto terapéutico subóptimo, lo que hace poco recomendable su uso, a menos que se emplee un mínimo de 35,000 U/día, lo que mejora su biodisponibilidad logrando resultados semejantes a los de la vía IV. Lamentablemente, esto último se dificulta en países como el nuestro, donde no se cuenta con presentaciones de HNF a concentraciones mayores de 5,000 U/mL. Por las razones expuestas y debido a que su efecto es inmediato, la ruta de elección para su administración es la IV. Puede administrarse en bolos o en infusión continua. Existen 6 estudios aleatorios que comparan ambas formas de administración y la mayor parte concluyen que el riesgo de hemorragia es mínimo cuando se administra en infusión continua. Sin embargo, en varios de estos estudios, la dosis recibida de infusión es menor que la que recibieron en la modalidad de bolo. (70) Hoy en día es práctica habitual la administración de HNF en infusión continua, lo que ofrece además la ventaja de la desaparición más rápida del efecto anticoagulante y evita variaciones supra e infra-terapéuticas que puedan ocasionar en la administración en bolos.

Debido a la depuración de la HNF se ha sugerido que se inicie con una inyección en bolo de 5000 U, seguida de infusión continua a razón de 1000 a 1300 U/hr. Para ello, la HNF se diluye en una solución fisiológica o glucosada al 5%. (71) Se recomienda usar una bomba de infusión con indicaciones claras y precisas de la concentración del fármaco. Se ha demostrado que existe relación entre la dosis de la HNF y su eficacia, por lo cual, la dosis debe de ser apropiada para alcanzar los niveles terapéuticos a la brevedad posible, de no lograrlo, la recidiva de trombosis se incrementa en grado significativo, incluso en el largo plazo, por lo anterior, se recomienda infundir la HNF a un ritmo no menor de 1250 U/hr. (30,000 U/día) (72)

Existen nomogramas que orientan en las modificaciones de la HNF para lograr un efecto terapéutico en el menor tiempo posible. (73) Ver Tabla III. Como la dosis requerida de la HNF puede modificarse de acuerdo con el peso corporal, es posible ajustar la dosis con base en nomogramas, tanto en el bolo inicial (80 U/Kg) como en la infusión subsiguiente (8-18 U/kg/hr), lo que es de particular utilidad en pacientes de peso bajo o alto. Tabla IV. (74)



SECRETARÍA
DE SALUD

SALUD

La concentración plasmática de HNF necesaria para inhibir un trombo en formación es de 0.2 a 0.4 UI/ml. (75) Sin embargo, la cuantificación de los niveles de HNF no es accesible a la mayor parte de laboratorios y por ello el efecto de la HNF suele medirse en forma indirecta a través de una prueba más fácil de realizar y de bajo costo, como es el tiempo de tromboplastina parcial activada (TTPa) el cual se recomienda oscile entre 1.5 a 2.5 veces el valor del testigo. Debido a la gran variación de la dosis de HNF necesaria para conseguir la prolongación requerida del TTPa, así como la importancia de lograrlo en el menor tiempo posible, se recomienda realizar un TTPa basal, previo a la primera dosis de HNF y repetirlo cada 6 hrs. hasta lograr el efecto deseado, para más tarde efectuarlo c/24 hrs. Se considera que existe resistencia a la HNF cuando la administración de una dosis del fármaco mayor de 35 a 40,000 U/día no produce un TTPa de orden terapéutico. La causa más frecuente es la existencia de un incremento en las proteínas plasmáticas que interactúan con la HNF y reducen su disponibilidad para unirse a la antitrombina III (AT-III). Cuando se sospecha resistencia a la HNF, no debe incrementarse más su dosis, se debe realizar la medición de la actividad anti-Xa para obtener la dosis óptima del fármaco. (76) Otra opción es la administración de heparinas de bajo peso molecular (HBPM) que por su menor interacción con las proteínas plasmáticas, suelen evitar la resistencia a la heparina. (77) La deficiencia de AT-III es una causa poco frecuente de esta resistencia, pero cuando se presenta, deben administrarse suplementos de AT-III en forma de concentrados, o en su defecto, plasma fresco.

Dos estudios con asignación aleatoria y grupo testigo han demostrado que para el tratamiento del TEV, 5 días de tratamiento con HNF son tan útiles como 9 a 10 días. (78) Sin embargo, estos resultados no son aplicables a casos de trombosis iliofemoral extensa o TEP masiva, en los cuales se recomienda continuarla hasta por 7 días.

El inicio de la AO debe llevarse a cabo en forma temprana, ya que se recomienda un mínimo de 5 días de HNF y 4 días de sobreposición con AO. La heparina debe mantenerse hasta que se logre una razón normalizada internacional (international normalized ratio, INR) apropiada durante por lo menos 2 días.

Heparinas de bajo peso molecular

El conocimiento del mecanismo de acción y de los inconvenientes de la HNF favoreció el desarrollo de un grupo de fármacos que son producto de la fragmentación de la HNF y que se denominan HBPM. Las distintas HBPM resultan del fraccionamiento de la HNF por diversos métodos químicos o enzimáticos. Por tanto, aunque su efecto clínico es semejante su composición puede tener diferencias, lo que determina que la dosis y los resultados obtenidos con HBPM no sean "intercambiables" con los de compuestos similares. (79) A pesar que cada HBPM es diferente de las demás, todas son de menor tamaño (un tercio que la HNF), con un peso molecular promedio de 5 kDa, lo que les confiere ventajas (Tabla V) al compararlas con las HNF, entre las que destacan: (80) 1.-Mejor disponibilidad cuando se administra por vía SC su actividad plasmática anti-Xa es cercana al 10%, en comparación con la HNF, en la que es del 30%, a menos que se administren dosis mayores de 35,000 U/día. 2.-Menor interacción con el endotelio, células y proteínas del plasma, lo que produce concentraciones más predecibles independientemente de la dosis empleada, lo que hace innecesaria la vigilancia de su efecto a través del laboratorio. 3.-Mayor vida media por vía IV que es de 2 a 4 hrs. y de 3 a 6 hrs. por vía SC. Esta es 2 a 4 veces mayor que la de la HNF. 4.-La depuración también es independiente de la dosis, ocurre principalmente por vía renal. 5.-Cociente de la actividad anti-Xa/anti-IIa: una proporción importante de las cadenas de las HBPM tienen menos de 18 sacáridos, lo cual impide que inactiven a la trombina.



SECRETARÍA
DE SALUD

En consecuencia, estas heparinas tienen una actividad anti-Xa mayor y una anti-IIa menor que la correspondiente a la HNF. Este cociente varía de 1.5 a más de 10 y en la mayor parte de las HBPM es de 2 a 4.

La eficacia y seguridad de las HBPM comparada con la HNF en el tratamiento de la TVP y más reciente de la TEP, ha sido investigada tanto en estudios de meta-análisis como en estudios prospectivos y controlados. En un estudio de meta-análisis reciente, Dolovich (81) seleccionó solo estudios controlados y aleatorizados con TVP y TEP confirmadas, en los que analizaron varias HBPM administradas por vía SC en comparación con las HNF por vía IV. (Tabla VI) De 33 estudios controlados y aleatorizados, 13 cumplieron los requisitos mencionados y reunieron en conjunto más de 4000 pacientes, entre los resultados que se anotan en el cuadro 14-3, destaca además lo siguiente: La frecuencia de TVP recurrente y de TEP no fue significativamente diferente entre los 2 tratamientos. La hemorragia mayor ocurrió con menos frecuencia en el grupo de HBPM, sin que este dato llegara a ser estadísticamente significativo ($p=0.08$) y no hubo diferencia en la incidencia en la hemorragia menor. Se observó una tendencia en las HBPM al analizar la mortalidad global, la cual disminuyó 24% en el grupo de HBPM en comparación con el de HNF. No hubo diferencia entre ambos grupos respecto a la aparición de trombocitopenia.

Administración y dosis: Las HBPM pueden administrarse por vía IV ó SC, pero no hay ventajas de la primera y existe mayor experiencia con la vía SC, por esta razón se prefiere esta vía de administración. En varios estudios se ha comparado la administración 1 vez al día con la 2 veces al día. En resumen, en más de 2000 pacientes tratados no se observó ninguna diferencia entre uno y otro esquemas de administración, ni en seguridad ni eficacia. (82) Como se anotó antes, la dosis, la seguridad y la eficacia de una HBPM específica no pueden aplicarse a otros compuestos o estudios similares. En general, las dosis se establecen en términos de unidades de actividad anti-Xa y se ajustan al peso. Las HBPM que se han empleado con mayor frecuencia en el tratamiento de la TEV son: enoxaparina: 100 U/kg, nadroparina: 90 U/kg, dalteparina: 100 U/kg (esta dosis c/12 hrs) y tinzaparina 175 U/kg c/24 hrs. (83)

Generalmente no se requiere de estudios de laboratorio de control en el manejo de las HBPM, excepto en los pacientes con insuficiencia renal, obesidad o bajo peso, embarazo, alto riesgo de hemorragia, tratamiento a largo plazo y en edades pediátricas. En estos casos la dosis debe de ajustarse de acuerdo con la actividad anti-Xa, la cual debe encontrarse entre 0.3 y 0.7 U anti-Xa/mL a las 4 a 6 hrs. de su aplicación.

Al igual que en el caso de las HNF, el tratamiento suele durar de 5 a 7 días, con similar inicio y sobreposición de los cumarínicos.

Los efectos adversos más frecuentes, ocurren en el 1% al 33% de los pacientes que reciben algún tipo de heparina. (84) En un estudio se presentó hemorragia mortal en 3 de 647 sujetos que recibieron HNF. En investigaciones más recientes, la frecuencia de hemorragia vinculada con la HNF IV en la TVP es menor del 3%. (84) Las heparinas pueden producir además trombocitopenia por 2 mecanismos: a) No inmunitario, el cual es de aparición temprana (menos de 24 hrs.), reversible y por lo general sin importancia clínica y b) Inmunitario, que suele ocurrir en forma tardía (más de 5 días), tienen relevancia clínica y se ha denominado síndrome de trombocitopenia inducido por heparina.



SECRETARÍA
DE SALUD

La trombocitopenia inducida por la heparina se define como un descenso por debajo de 150,000 plaquetas o mayor del 50% de la cifra previa al empleo de la heparina. Ocurre en el 2.7% de los pacientes que reciben HNF en dosis terapéuticas, la frecuencia suele ser mayor cuando se utiliza HNF que proviene del pulmón bovino. Al parecer se presenta con menor frecuencia al utilizar HBPM, sin embargo, en estudios de meta-análisis, la frecuencia de la trombocitopenia es semejante con ambas heparinas. Cuando se diagnostica clínicamente este síndrome, se debe tratar de confirmar mediante laboratorio, sin embargo, si esto no es posible y la sospecha clínica es muy alta debe suspenderse de inmediato la heparina. Las alternativas de tratamiento son el danaparoides (heparínico que no incrementa la trombocitopenia) o inhibidores directos de la trombina como la hirudina y sus derivados. Otras opciones son la plasmaféresis o dosis altas de IgG, para reducir o interferir con los anticuerpos que causan dicho síndrome.

La osteoporosis es otra de las complicaciones de los pacientes que reciben heparina, sin embargo, la mayor parte de los estudios clínicos sobre dicha asociación son series descriptivas o informes de casos. Existen solo 2 estudios aleatorizados pequeños, (85, 86) ambos realizados en mujeres que recibieron 20,000 U de heparina por un mínimo de 3 meses y se encontró osteoporosis o fracturas con mayor frecuencia que en los grupos testigos. De la misma forma Dahman y Ginsberg (87, 88) encontraron osteopenia en estudios radiológicos y de densitometría, respectivamente en mujeres expuestas a heparina por un mínimo de 1 mes. Tras revisar la posible fisiopatología de la osteoporosis inducida por heparina, Avioli y cols. (89) postulan los siguientes mecanismos posibles: Potenciación de los efectos de la hormona tiroidea sobre la actividad osteoclástica. Disminución de la actividad osteoblástica. Mayor resorción ósea a causa de la actividad de colagenasa relacionada con heparina. Alteraciones en el metabolismo de la vitamina D.

Aunque no existen estudios controlados y aleatorios de la magnitud suficiente para obtener conclusiones definitivas, la evidencia tanto experimental como clínica, de diversos informes indica que el uso de heparina durante tiempo prolongado produce osteoporosis en algunos individuos. Este efecto puede ser dependiente de la dosis, el empleo de heparinas en un lapso menor de 2 semanas, tiene menos probabilidad de ocasionar osteoporosis.

Otros efectos adversos de las heparinas son lesiones dérmicas, hipersensibilidad e hipoaldosteronismo.

Trombolisis

No hay un consenso claro en relación al uso de la terapia trombolítica en el manejo de pacientes con TEP aguda. La terapéutica trombolítica persigue 2 objetivos específicos: prevenir la muerte inmediata y disminuir en grado sustancial las secuelas hemodinámicas tardías, como lo es la hipertensión pulmonar. Tradicionalmente las drogas trombolíticas incluyen estreptocinasa, urocinasa y más recientemente el activador del plasminógeno tisular recombinante (t-PA), incluyendo alteplase, reteplase y tenecteplase. El objetivo del tratamiento con agentes trombolíticos es activar en forma exógena al plasminógeno y convertirlo en plasmina. El efecto de generar grandes cantidades de ésta no es solo local, sino también sistémico, por el cual se produce disolución de otros trombos hemostáticos, fisiológicos y se destruyen proporciones variables de fibrinógeno circulante, a esto último se le ha llamado "estado lítico". La consecuencia es una tendencia excesiva a la hemorragia. Varios estudios han demostrado una reducción rápida en el tamaño del trombo dentro de las primeras horas de haberse administrado el trombolítico, sin embargo, no se ha demostrado una ventaja significativa de este tipo de tratamiento comparado con la anticoagulación convencional en la recurrencia de la embolia y en la morbilidad.



SECRETARÍA
DE SALUD

SALUD

Sin embargo, en estudios no controlados o en estudios controlados con un número reducido de pacientes, los enfermos con TEP masiva y choque secundario han tenido mejor pronóstico cuando son tratados con trombolíticos, (90) por otro lado aunque una revisión de la bibliografía indica que en la TEP masiva, la sobrevivida a 30 días fue mayor con el tratamiento trombolítico (91) cada estudio por separado no logra demostrar ese beneficio.

En el caso de la TVP que es tratada solo con heparinas, la lisis completa del coágulo ocurre en menos del 10% de los casos e incluso puede haber extensión del trombo a pesar del tratamiento anticoagulante. Cuando se utilizan trombolíticos y heparina, la lisis del coágulo ocurre hasta en el 50% de los casos, sin embargo, también incrementa 3 veces el riesgo de hemorragia en estos pacientes. (92)

No existe duda de que el tratamiento con agentes trombolíticos puede destruir más rápida y completamente un trombo que el uso aislado de heparina. El tiempo máximo de beneficio para el empleo de estos medicamentos suele ser de 7 días, ya que después de este tiempo la lisis no es considerablemente diferente que cuando se usa heparina.

Las dosis de estos medicamentos se resumen en la tabla VII. La duración del tratamiento no está bien definida; las sustancias en las que hay mayor experiencia son la estreptocinasa y urocinasa y el tiempo de administración reportado en diversos estudios ha variado entre 48 y 72 hrs. respectivamente. Los estudios que comparan ambos medicamentos no muestran diferencias en cuanto a la eficacia. En la actualidad, sólo el 5 a 7% de los pacientes con TVP reciben tratamiento trombolítico. (93) Es raro el paciente que tiene una extensión proximal importante de la TVP y desarrolla una TEP masiva a pesar del tratamiento anticoagulante ya que la mayoría muestra evolución favorable, por lo que se ha considerado el tratamiento trombolítico solo en casos seleccionados. Finalmente, el caso de TVP de manera aislada no pone en peligro la vida del paciente, en cambio el riesgo de hemorragia mayor sí, por lo que se ha reservado esta terapia para los casos de trombosis iliofemoral extensa en que no haya contraindicación para los trombolíticos. (Tabla VIII) En un estudio multicéntrico de trombósis en EUA, de 287 pacientes, el 71% presentó TVP iliofemoral y el 66% de ellos tuvieron evolución menor de 10 días; todos recibieron urocinasa por 48 hrs. Hasta el 83% de los pacientes tuvieron más del 50% de lisis del trombo y 31% presentó trombósis completa. La hemorragia mayor se presentó en 11% de los pacientes. (94)

En las recomendaciones de la American Heart Association (AHA) se indica que el trombolítico en la TEP es un recurso potencial para salvar la vida de pacientes con TEP masiva que han tenido síncope, hipotensión, hipoxemia grave o insuficiencia cardíaca, o pacientes con TEP submasiva en presencia de enfermedad cardíaca o pulmonar subyacente y más recientemente la presencia de disfunción del VD por ECO, independientemente de su hemodinamia sistémica. La aplicación directa del trombolítico sobre la arteria pulmonar o por vía sistémica no ha demostrado superioridad alguna. Los controles del estudio de laboratorio se realizan para demostrar que se ha logrado un estado lítico y consiste en una medición del TTPa o el tiempo de trombina basal, que se repite cada 2 a 4 hrs. para demostrar una prolongación de >10 seg. que indica activación de la fibrinólisis y usualmente no requiere control posterior. Por lo anterior, en la práctica se sigue empleando heparina para el tratamiento de los casos de TEP de pronóstico favorable o cuando la evolución del cuadro clínico es mayor de 48 hrs.



SECRETARÍA
DE SALUD

Con el empleo de la heparina como único tratamiento, la mortalidad global en la TEP es del 7 al 9%. Cuando se compara el tratamiento anticoagulante con el tromboítico en la TEP masiva, submasiva o moderada, no hay diferencia en la mortalidad. Sin embargo, en estudios controlados con un número reducido de pacientes, los pacientes con TEP masiva y choque secundario han tenido mejor pronóstico cuando son tratados con trombolíticos. (90)

Filtro de vena cava

En los pacientes en quienes haya contraindicaciones para la anticoagulación plena o en quienes hay episodios recurrentes de TEP, la colocación de un filtro en la vena cava inferior puede estar indicado aunque es de elevado costo en nuestro medio.

PROFILAXIS

Como ya hemos mencionado, el TEV es de alta incidencia en la UCI, con gran dificultad diagnóstica, morbilidad asociada significativa y pocas opciones de tratamiento. Dados estos factores la prevención del TEV ha sido de gran importancia, ya que ha demostrado ser eficiente y costo-efectiva en general en la población hospitalizada. De esta manera, el paciente en UCI debe ser valorado e implementar las medidas profilácticas para TEV más adecuadas en cada caso.

Las medidas profilácticas caen en dos grupos principales: 1.-La profilaxis química que incluye la administración de HNF o HBPM y 2.-la profilaxis mecánica que incluye el uso de medias antiembólicas y los diferentes dispositivos neumáticos para pies y pantorrillas.

En las tablas IX y X establecemos la clasificación de los riesgos para TEV y las opciones de profilaxis más adecuadas respectivamente.

El consenso del 2000 del American College of Chest Physicians en terapia antitrombótica estableció las contraindicaciones para la administración profiláctica de heparina: hemorragia intracraneal, lesión de la médula espinal con hematoma, hemorragia a cualquier nivel no controlada, coagulopatía no corregida.



SECRETARÍA
DE SALUD

TABLA I
FACTORES DE RIESGO PARA TROMBOEMBOLISMO VENOSO

Tromboembolismo venoso previo	**Estados de hipercoagulabilidad congénitos
Edad >40 años	Deficiencia de proteína C
Obesidad	Deficiencia de proteína S
Malignidad	Deficiencia de antitrombina III
Embarazo	Disfibrinogenemia
Insuficiencia cardiaca congestiva	Mutación del factor V de Leiden
Inmovilización	Mutación del gen de la protrombina
Cirugía reciente	Hiperhomocisteinemia
Traumatismos	**Estados de hipercoagulabilidad adquiridos
Ventilación mecánica	Anticoagulante lúpico
Cateterización de venas centrales	Anticuerpos anticardiolipina

TABLA II
NOMOGRAMA PARA EL AJUSTE DEL TRATAMIENTO DEL TEV CON HNF

TTPa del paciente en segundos	Repetir el bolo	Detener infusión (minutos)	Cambiar velocidad de la infusión: .mL/hr (UI/hr) (UI/día)	Tiempo para el siguiente TTPa
<50	5000 U		+3 (+120) (+2 880)	6 hrs. después
50 a 59			+3 (+120) (+2 880)	6 hrs. después
60 a 85*			0	A la mañana siguiente
86 a 95			-2 (-80) (-1 920)	6 hrs. después
96 a 120		30	-2 (-80) (-1 920)	6 hrs. después
>120		60	-4 (-160) (-3 840)	6 hrs. Después

*Intervalo terapéutico

La dosis inicial es de 5000 U en bolo, seguidas de 1280 U/hr (32 ml/hr) de una solución con 40 U/ml, lo que hace un total de 30 720 U/día. El intervalo normal con el reactivo empleado es de 25 a 37 segundos.

**TABLA III
NOMOGRAMA BASADO EN EL PESO CORPORAL**

Dosis inicial	-80 U/kg en bolo, 18 U/kg/hr en infusión
TTPa <35 seg. (< 1.2 veces el control)	-Bolo adicional de 80 U/kg, aumente la infusión en 4 U/kg/hr
TTPa 35 a 45 seg. (1.2 a 1.5 veces el control)	-Bolo adicional de 40 U/kg, aumente la infusión en 2 U/kg/hr
TTPa 46 a 70 seg. (1.5 a 2.3 veces el control)	-Sin cambio
TTPa 71 a 90 seg. (2.3 a 3 veces el control)	-Disminuir infusión en 2 U/kg/hr
TTPa >90 seg. (> 3 veces el control)	-Suspender la infusión 1 hr y reanudarla con una disminución de 3 U/kg/hr

*El TTPa se debe repetir a las 6 hrs. del bolo inicial y de cada modificación de dosis que se efectúe.

**TABLA IV
COMPARACIÓN ENTRE EL TRATAMIENTO INTRAHOSPITALARIO CON HNF Y EXTRAHOSPITALARIO CON HBPM**

				Tratamiento externo	Tratamiento externo	Tratamiento Externo
Estudio	Tratamiento	TVP recurrente	Hemorragia mayor	Ambulatorio	Alta precoz	Total
Koopman	Nadroparina	14/202(6.9%)	1/202(0.5%)	72/202	80/202	152/202
	vs heparina	17/198(2.0%)	4/198(2.0%)	(36%)	(40%)	(76%)
Levine	Enoxaparina	13/247(5.3%)	5/247(2.0%)	120/247	29/247	149/247
	vs heparina	17/253(6.7%)	3/253(1.2%)	(49%)	(11%)	(60%)
Columbus	Reviparina	27/510(5.3%)	16/510(3.1%)	100/372	56/372	156/372
	vs heparina	24/511(4.9%)	12/511(2.3%)	(27%)	(15%)	(42%)

Las HBPM son tan eficaces y tan seguras como las HNF en el tratamiento de la TEV y su principal ventaja es la posibilidad de aplicación ambulatoria.

**TABLA V
META ANÁLISIS DEL TRATAMIENTO DEL TEV CON HBPM EN COMPARACIÓN CON HNF**

Evento analizado	Total pacientes con HBPM	Total pacientes con HNF	Riesgo relativo (IC de 95%)	Valor de p (2 colas)
TVP recurrente	2212	2235	0.85 (0.65 a 1.12)	0.20
Embolia pulmonar	1908	1927	1.02 (0.64 a 1.62)	0.94
Hemorragia mayor	2212	2235	0.63 (0.37 a 1.05)	0.08
Hemorragia menor	2152	2175	1.18 (0.87 a 1.61)	0.28
Mortalidad total	2006	2027	0.76 (0.59 a 0.98)	0.03
Trombocitopenia	1642	1664	0.85 (0.45 a 1.62)	0.62

**TABLA VI
DOSIS DE TROMBOLÍTICOS EN LA TEP**

TROMBOLÍTICO	DOSIS INICIAL	DOSIS DE MANTENIMIENTO
Estreptocinasa	250,000 UI (bolo en 30 min.)	100,000 UI/hr/24 hrs.
Urocinasa	4,400 UI/kg (bolo en 10 min.)	2,200 UI/kg/hr/12 hrs.
t-PA recombinante	100 mg en 2 hrs.	No necesario

**TABLA VII
CONTRAINDICACIONES ABSOLUTAS DEL TRATAMIENTO TROMBOLÍTICO**

RIESGO	SITUACIÓN CLÍNICA
HEMORRAGIA INTRACRANEAL	-Enfermedad vascular cerebral hemorrágica, neoplasia intracraneal traumatismo o cirugía craneal reciente (10 días), hipertensión grave descontrolada.
HEMORRAGIA MASIVA	-Cirugía mayor de tórax o abdomen reciente (10 días), reanimación cardiopulmonar prolongada, hemorragia grave activa (gastrointestinal, etc.)



SECRETARÍA
DE SALUD

TABLA VIII
NIVELES DE RIESGO EN TROMBOEMBOLISMO VENOSO

BAJO RIESGO	Cirugía menor no complicada. <40 años de edad, sin otros factores de riesgo.
MODERADO RIESGO	40 a 60 años de edad, sin otros factores de riesgo. <40 años de edad, cirugía mayor, sin otros factores de riesgo. Cirugía menor con otros factores de riesgo.
ALTO RIESGO	>60 años y cirugía mayor, sin otros factores de riesgo. 40 a 60 años y cirugía mayor con otros factores de riesgo. Infarto agudo al miocardio, otros padecimientos.
MUY ALTO RIESGO	>40 años y cirugía mayor + TEV previo Neoplasia, estado hipercoagulable congénito o adquirido, cirugía ortopédica de cadera o extremidades, enfermedad vascular cerebral, politraumatismo, lesión de la médula espinal.

*Wakefield et al.

TABLA IX

INDICACIONES DE PROFILAXIS EN EL PACIENTE EN UCI CON RIESGO DE TEV

CONDICIÓN CLÍNICA	PROFILAXIS RECOMENDADA
-Cirugía general	-HBPM con o sin métodos mecánicos (medias de compresión elástica o DCNI*)
-Cirugía ortopédica	
**Reemplazo total de cadera	-HBPM + DCNI
**Cirugía de rodilla	-HBPM
-Neurocirugía	-HBPM ó HNF ó métodos mecánicos
-Trauma	-HBPM
-Cirugía torácica	-Métodos mecánicos ó HBPM
-Enfermedad coronaria	-HNF ó HBPM + métodos mecánicos
-Enfermedad general	-HBPM ó HNF + métodos mecánicos
-Embarazo	-HBPM

*DCNI, dispositivos de compresión neumática intermitente.



BIBLIOGRAFIA

1. Rubinstein I, Murray D, Hoffstein V. Fatal pulmonary emboli in hospitalized patients: An autopsy study. *Arch Intern Med* 1998;148:1425-1426.
2. Legere D, Dweik R, Arrouga A. Venous thromboembolism in the Intensive Care Unit. *Clin Chest Med* 1999;20:367-383.
3. Hirsch DR, Ingento TEP, Goldhaber SZ. Prevalence of deep venous thrombosis among patients in medical intensive care. *JAMA* 1999;274:335-337.
4. Attia S, Ray JG, Looch DF, Douketis J, Ginsberg JS, Geerts WH. Deep vein thrombosis and its prevention in critically ill adults. *Arch Intern Med* 2001;161:1268-1279.
5. Silverstein M, Heit J, Mohr D, Petterson T, O'Fallon M, Melton J. Trends in the incidence of deep venous thrombosis and pulmonary embolism. *Arch Intern Med* 1998;158:585-593.
6. Cook D, Attia J, Weaver B, McDonald E, Meade M, Crowther M. Venous thromboembolic disease: An observational study in medical-surgical intensive care unit patients. *J Crit Care* 2000;15:1127-1132.
7. Monreal M, Lafoz E, Ruiz J, et al. Upper-extremity deep venous thrombosis and pulmonary embolism. A prospective study. *Chest* 1991;99:280-283.
8. Hillard A, Zoller B, Dahlback B. Activated protein-C resistance as a basis for venous thrombosis. *Am J Med* 1996;101:534-540.
9. Toglia M, Weg J. Venous thromboembolism during pregnancy. *N Engl J Med* 1996;101:534-540.
10. Triplett D. Protean clinical presentation of thromboembolic disease. Critical evaluation of laboratory investigation. *Thromb Hemost* 1992;68:7-13.
11. Thromboembolic risk factor (THRIFT) Consensus Group: Risk and prophylaxis for venous thromboembolism in hospital patients. *BMJ* 1992;305:567-574.
12. Green KB, Silverstein RL. Hypercoagulability in cancer. *Hematol Oncol Clin North Am* 1996;10:499-530.
13. Anderson Jr FA, Wheeler HB. Venous thromboembolism. Risk factors and prophylaxis. *Clin Chest Med* 1995;316:235-251.
14. Esmon TC. Molecular events that control the protein C anticoagulant pathway. *Thromb Hemost* 1993;70:29-34.



15. Price D, Ridker P. Factor V Leiden mutation and the risks for thromboembolic disease. A clinical perspective. *Ann Intern Med* 1997;127:895-903.
16. De Stefano V, Martinelli I, Manucct P, et al. The risk of recurrent deep venous thrombosis among heterozygous carriers of both factor V Leiden and the G20210A prothrombin mutation. *N Engl J Med* 1999;341:801-806.
17. Hermann FH, Koesling M, Schroder W, et al. Prevalence of factor V Leiden mutation in various populations. *Genet TEpidemiol* 1999;14:403-411.
18. Ruiz-Arquëlles. Primary thrombophilia in México. A prospective study. *Am J Haematology* 1999;60:1-5.
19. Mandel H, Brenner B, Beraut M et al. Coexistence of hereditary homocystinuria and factor V Leiden effect on thrombosis. *N Engl J Med* 1996;334:763-768.
20. Ana T Rocha, Tapson VF. Venous thromboembolism in intensive care patients. *Clin Chest Med* 2003;24:103-122.
21. Bonard. Thrombotic complications of central venous catheters in cancer patients. *Semin Thromb Hemost* 1999;25:147-155.
22. Di Constanzo J, Sastre B, Choux R, kasparian M. Mechanism of thrombogenesis during total parenteral nutrition role of catheter composition. *Parenter Enteral Nutr* 1988;12:190-194.
23. Borow M, Crowley JG. Prevention of thrombosis of central venous catheters. *J Cardiovasc Surg* 1986;27:571-574.
24. Trotter SJ, Veremakis C, O'Brien J, Auer AI. Femoral deep vein thrombosis associated with central venous catheterization: Results from a prospective, randomized trial. *Crit Care Med* 1995;23:52-59.
25. Joynt GM, Kew J, Gomersall CD, Leung VY, Liu ER. Deep venous thrombosis caused by femoral venous catheters in critically ill adult patients. *Chest* 2000;117:178-183.
26. Martin C, Vivian X, Saux P, Gouin F. Upper-extremity deep vein thrombosis after central venous catheterization via d'axillary vein. *Crit Care Med* 1999;27:2626-2629.
27. Brimar B, Hardstedt C, Jacobson S. Diagnosis of thrombosis by catheter phlebography after prolonged central venous catheterization. *Ann Surg* 1981;194:779-783.



28. Gemma M, Beretta L, De Vitis A, Mattioli, Calvi MR, Antonino A, et al. Complications of internal jugular vein retrograde catheterization. *Acta Neurochir Suppl.* 1998;71:320-323.
29. Lucas JW, Berger AM, Fitzgerald A, Winfield B. Nosocomial infections in patients with central catheters. *J Intraven Nurs* 1992;15:44-48.
30. Raad II, Luna M, Khail SA, Costeron JW, Lam C, Bodey GA. The relationship between the thrombotic and infectious complications of central venous catheters. *JAMA* 1994;271:1014-1016.
31. Meraer J, De Jongue B, Golliot F, Lefrant JY, Raffy B, Barre E, et al. Complications of femoral and subclavian venous catheterization in critically ill patients. A randomized controlled trial. *JAMA* 2001;286:700-707.
32. Krafte-Jacobs B, Sivit CJ, Mejia R, Pollack MM. Catheter-related thrombosis in critically ill children. Comparison of catheters with and without heparin bonding. *J Pediatr* 1995;126:50-54.
33. Pierce CM, Wade A, Mok Q. Heparin-bonded central venous lines reduce thrombotic and infective complications in critically ill children. *Intensive Care Med* 2000;26:967-972.
34. Becker DM, Philbrick JT, Walker FB. Axillary and subclavian venous thrombosis: Prognosis and treatment. *Arch Intern Med* 1991;151:934-943.
35. Monreal M, Raventos A, Lerma R, Ruiz J, Lafoz E, Alacastue A. Pulmonary embolism in patients with upper extremity DVT associated to venous central lines. A prospective study. *Thromb Haemost* 1994;72:548-550.
36. Prandoni P, Polistena P, Bernardi E, Cogo A, Cajara D, Verlato F. Upper-extremity deep vein thrombosis: Risk factors, diagnosis and complications. *Arch Intern Med* 1997;157:57-62.
37. Uhland H, Goldberb LM. Pulmonary embolism: a commonly missed clinical entity. *Dis Chest* 1964;45:533-536.
38. Dalen JE, Brooks HL, Johnson LW. Pulmonary angiography in acute pulmonary embolism: indications, techniques and results in 367 patients. *Am Heart J* 1971;81:175-185.



39. PIOPED Investigators. Value of the ventilation/perfusion scan in acute pulmonary embolism. *JAMA* 1990;263:2753-2759.
40. Cogo A, Lensing AW, Prandoni P, et al. Distribution of thrombosis en patients with symptomatic deep vein thrombosis. Implications for simplifying the diagnosis process with compression ultrasound. *Arch Intern Med* 1993;153:2777-2780.
41. Browse NL, Thomas ML. Source of non-lethal pulmonary emboli. *Lancet* 1974;1:258-259.
42. Stein PD, Terrin ML, Hales CA, et al. Clinical, laboratory, roentgenographic and electrocardiographic findings in patients with acute pulmonary embolism and no pre-existing cardiac or pulmonary diseases. *Chest* 1991;100:598-603.
43. Morgenthaler TI, Ryu JH. Clinical characteristics of fatal pulmonary embolism in a referral hospital. *Mayo Clin Proc* 1995;70:417-424.
44. Robin ED, Forkner CE, Bromberg PA, et al. Alveolar gas exchange in clinical pulmonary embolism. *N Engl J Med* 1960;262:283-287.
45. Thames MD, Alpert JS, Dalen JE. Syncope in patients with pulmonary embolism. *JAMA* 1977;238:2509-2511.
46. Wilson JE, Frenkel TEP, Piercve AK, et al. Spontaneous fibrinolysis in pulmonary embolism. *J Clin Invest* 1971;50:474-480.
47. Richman FD, Handin R, Howe JP, et al. Fibrin split products in acute pulmonary embolism. *Ann Intern Med* 1973;79:664-668.
48. Heaton DC, Billings JD, Hickton CM. Assessment of d-dimer assays for the diagnosis of deep vein thrombosis. *J Lab Clin Med* 1987;110:588-591.
49. Wicki J, Perneger TV, Junod AF, et al. Assessing clinical probability of pulmonary embolism in the emergency ward. *Arch Intern Med* 2001;161:92-97.
50. Westermark N. On the roentgen diagnosis of lung embolism: brief review of the incidence, pathology and clinical symptoms of lung embolism. *Acta Radiol* 1938;357-372.
51. Hampton AO, Castleman B. Correlation of postmortem chest teleroentgenograms with autopsy findings. *Am J Roetgenol Radium Ther* 1940;43:305-326.
52. Fleischner F, Hampton AO, Castleman B. Linear shadows in the lung. *AJR Am J Roetgenol* 1941;46::610-618.



53. Steckley R, Smith CW, Robertson RM, Acute right ventricular overload: an echocardiographic clue to pulmonary thromboembolism. *John Hopkins Med J* 1978;143:122-125.
54. Kasper W, Meinertz T, Kersting F, et al. Echocardiography in assessing acute pulmonary hypertension due to pulmonary embolism. *Am J Cardiol* 1980;45:567-572.
55. DiCarlo LA, Schiller NB, Herfkens RL, et al. Noninvasive detection of proximal pulmonary artery thrombosis by two-dimensional echocardiography and computerized tomography. *Am Heart J* 1982;104:879-881.
56. Kasper W, Meinertz T, Henkel B, et al. Echocardiographic findings in patients with proved pulmonary embolism. *Am Heart J* 1986;112:1284-1290.
57. Come PC. Echocardiographic evaluation of pulmonary embolism and its response to therapeutic interventions. *Chest* 1992;101:151S-162S.
58. Krivec B, Voga G, Zuran I, et al. Diagnosis and treatment of shock due to massive pulmonary embolism. *Chest* 1997;112:1310-1316.
59. Dalen James E. Master FCCP. Pulmonary Embolism: What Have We Learned Since Virchow? Natural History, Pathophysiology and Diagnosis. *Chest* 2002;122:1440-1456.
60. American Thoracic Society: The diagnostic approach to acute venous thromboembolism. *Am J Respir Crit Care Med* 1999;160:1043-1066.
61. Kearon C, Julian J, Newman T, Ginsberg J. Noninvasive diagnosis of deep venous thrombosis. *McMaster Diagnostic Imaging Practice Guidelines Initiative. Ann Intern Med* 1998;128:663-677.
62. Heijboer H, Büller H, Lensing A, Turpie A, et al. A comparison of real-time compression ultrasonography with impedance plethysmography for the diagnosis of deep-vein thrombosis in symptomatic outpatients. *N Engl J Med* 1993;329:1365-1369.
63. Kearon C, Ginsberg JS, Hirsh J. The role of venous ultrasonography in the diagnosis of suspected deep venous thrombosis and pulmonary embolism. *Ann Intern Med* 1998;129:1044-1049.



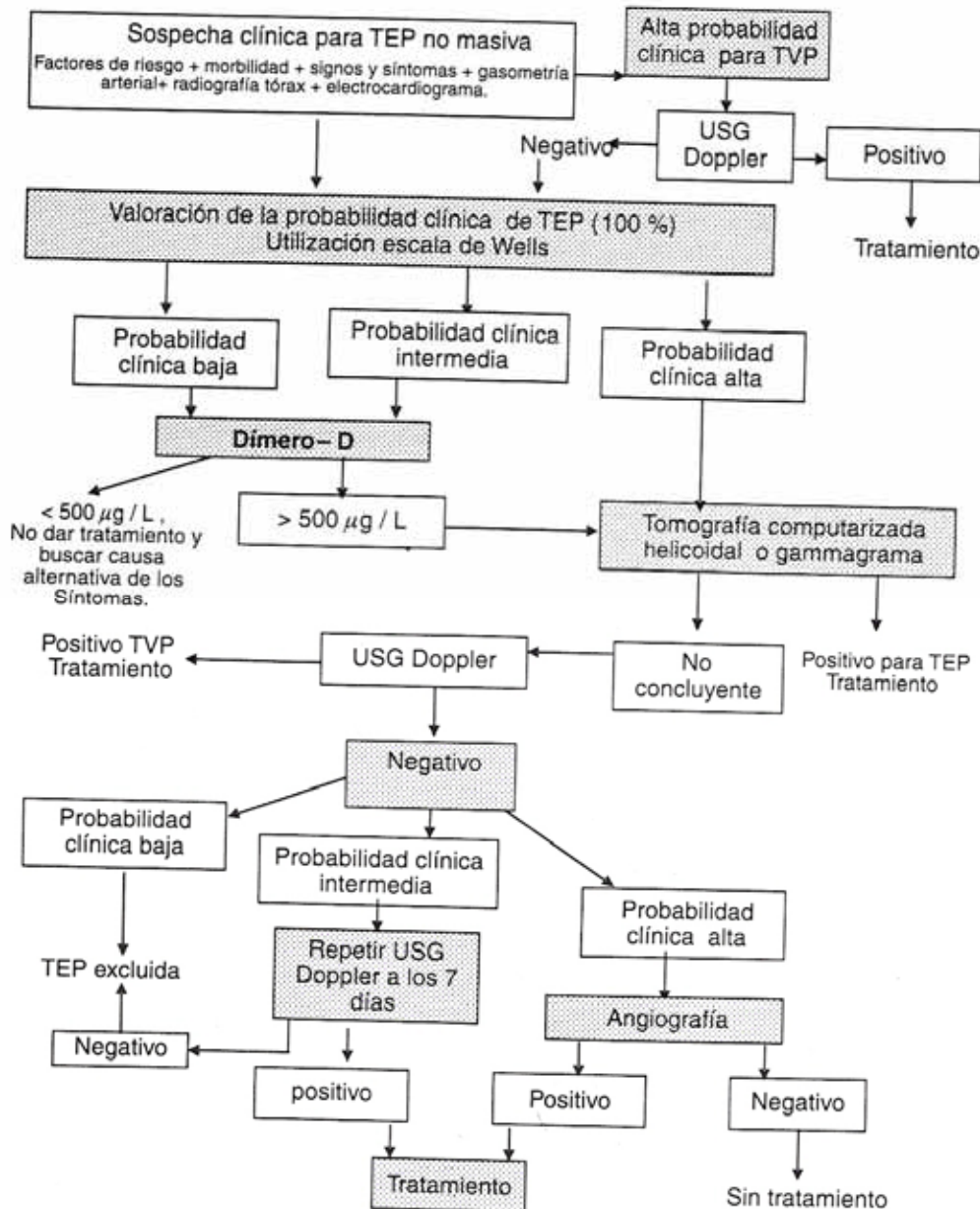
64. Miniati M, Pistolesi M, Marini C, et al. Value of perfusion lung scan in the diagnosis of pulmonary embolism: Results of the Prospective Investigative Study of Acute Pulmonary Embolism Diagnosis (PISA-PED). *Am J Respir Crit Care Med* 1996;154:1387-1393.
65. Magnusen J, Chicco P, Palmer A, et al. Single-photon emission tomography of a computerized mode of pulmonary embolism. *Eur J Nucl Med* 1999;26:1430-1438.
66. Novelline R, Rhea J, Rao P, Stuk J. Helical CT in emergency radiology. *Radiology* 1999;213:321-329.
67. Gupta A, Frazer C, Ferguson J, et al. Acute pulmonary embolism: Diagnosis with MR angiography. *Radiology* 1999;210:353-359.
68. Brandjes DPM, Heijboer H, Büler HR, et al. Acenocoumarol and heparin compared with acenocoumarol alone in the initial treatment of proximal vein thrombosis. *N Engl J Med* 1992;327:1485-1489.
69. Hull RD, Raskob GE, Hirsch J, et al. Continuous intravenous heparin compared with intermittent subcutaneous heparin in the initial treatment of proximal-vein thrombosis. *N Engl J Med* 1986;315:1109-1114.
70. Hyers TM, Agnelli G, Hull R, et al. Antithrombotic therapy of venous thromboembolic disease. *Chest* 1998;114:561S-578S.
71. Crowther MA, Ginsberg JF, Tollefsen DM, Blinder MA. Heparin. In Hoffman R, Benz EJ, Shattil SJ, et al. (eds): *Hematology: Basic Principles and Practice*, 3rd ed. Churchill Livingstone. Philadelphia, 2000; p.p. 2046-2055.
72. Anand SS, Bates S, Ginsberg JS, et al. Recurrent venous thrombosis and heparin therapy. *Arch Int Med* 1999;159:2029-2032.
73. Hull RD, Raskob GE, Rosenbloom D. Optimal therapeutic level of heparin therapy in patients with venous thrombosis. *Arch Intern Med* 1992;152:1589-1595.
74. Raschke RA, Reilly BM, Guirby JR, Fontana JR, Srinivas S. The weight-based heparin dosing nomogram compared with a "standard care" nomogram. *Ann Intern Med* 1993;119:874-881.
75. Chiu HM, Hirsch J, Yung WL. Relationship between the anticoagulant and antithrombotic effects of heparin in experimental venous thrombosis. *Blood* 1977;49:874-881.



76. Levine M, Hirsch J, Gent M, et al. A randomized trial comparing activated thromboplastin time with heparin assay in patients with acute venous thromboembolism requiring large daily doses of heparin. *Arch Intern Med* 1994;154:49-56.
77. Bates SM, Hirsch J. Treatment of venous thromboembolism. *Thromb Haemost* 1999;82:870-877.
78. Hull RD, Raskob GE, Rosenbloom D, et al. Heparin for 5 days as compared with 10 days in the initial treatment of proximal venous thrombosis. *N Engl J Med* 1990;79:897-901.
79. Hirsch J, Levine MN. Low-molecular-weight heparin. *Blood* 1992;79:1-17.
80. Hirsch J, Warkentin TE, Raschke R, Granger C, Ohman EM, Dalen JE. Heparin and low-molecular-weight heparin. *Chest* 1998;114:489S-510S.
81. Dolovich LE, Ginsberg JS, Douketis JD, Holbrook AM, Cheah G. A meta-analysis comparing low-molecular-weight heparins with unfractionated heparin in the treatment of venous thromboembolism. *Arch Intern Med* 2000;160:181-188.
82. Kearon C. Initial treatment of venous thromboembolism. *Thromb Haemost* 1999;82:870-877.
83. Weitz JI. Low-molecular-weight heparins. *N Engl J Med* 1997;337:688-698.
84. Levine M, Raskob GE, Landefeld S, Kearon C. Hemorrhagic complications of anticoagulant treatment. *Chest* 1998;114:489S-510S.
85. Howell R, Fidler J, Letsky W, et al. The risks of antenatal subcutaneous heparin prophylaxis: a controlled trial. *Br J Obstet Gynaecol* 1983;90:1124-1128.
86. Monreal M, Lafoz E, Olive A. Comparison of subcutaneous unfractionated heparin with a low-molecular-weight heparin (fragmin) in patients with venous thromboembolism and contraindications to coumarin. *Thromb Haemost* 1994;71:7-11.
87. Dahlman T, Lindvall N, Hellgran M. Osteopenia in pregnancy during long-term heparin treatment: A radiological study post-partum. *Br J Obstet and Gynecol* 1990;97:221-226.
88. Ginsberg JS, Kowalchuk G, Hirsch J, et al. Heparin effect on bone density. *Thromb Haemost* 1990;64:286-289.



89. Avioli LV. Heparin induced osteoporosis: an appraisal. *Adv Exp Med Biol* 1975;52:375-387.
90. Eichlisberger R, Frauchiger B, Windmer MT, Widmer LK, Jager K. Late sequelae of deep venous thrombosis: a 13-year follow-up of 223 patients. *Vasa* 1994;23:234-243.
91. Markel A, Manzo RA, Strandness DE. The potential role of thrombolytic therapy in venous thrombosis. *Arch Intern Med* 1992;152:1265-1267.
92. Beyth RJ, Landefeld CS. Prevention of major bleeding in older patients treated with warfarin: results of a randomized trial. *J Gen Intern Med* 1997;12:66-67.
93. Pini M, Aiello S, Manotti C, et al. Low-molecular-weight heparin in the prevention of recurrences after deep-vein thrombosis. *Thromb Haemost* 1994;72:191,197.





ALTERACIONES PULMONARES EN PACIENTES CON INSUFICIENCIA RENAL



CLASIFICACION CIE J 90

SECRETARÍA
DE SALUD

La Insuficiencia renal crónica (IRC) es un problema médico serio con una alta prevalencia en nuestro país con aproximadamente 40,000 nuevos casos por año, a pesar de que existe ya un número considerable de pacientes con trasplantes vivos funcionales sigue siendo bajo el número de pacientes transplantados en relación con el número de pacientes que padecen esta enfermedad. La hemodiálisis así como la diálisis peritoneal continúan siendo la base del tratamiento de IRC hoy en día[1]

Antes del advenimiento de la hemodiálisis el Dr. Bright [2] reportó en un hospital de Londres en 1836 que sólo 29 de 100 pacientes estudiados en autopsia tenían una pleura sana; a pesar del advenimiento de la hemodiálisis existen varias razones del porqué los pacientes con IRC tienen alteraciones pleuropulmonares., Primero, existen algunas enfermedades reumatológicas como el LES y AR en las cuales existen afección renal y pulmonar, segundo: todos los pacientes están oligúricos o anúricos. Tienen riesgo incrementado para enfermedad cardíaca de origen isquémico y cardiomiopatía dilatada así como insuficiencia cardíaca, esto tiene que ver con el balance de líquidos corporales. También existe evidencia que los pacientes con IRC padecen de cierto grado de inmunosupresión [3]; este grupo de enfermos puede estar predispuesto a ciertos tipos de tumores malignos como por ejemplo el Linfoma No Hodgkin, Cáncer prostático y cáncer cervicouterino [4]. Todos estos tumores pueden involucrar la pleura.

La uremia por si misma se ha vinculado tanto con pleuritis como neumonitis por un mecanismo desconocido. La pleuritis fibrinosa se ha encontrado en autopsias de aproximadamente 20% de los pacientes que mueren por uremia, la pleuritis usualmente es asintomática sin embargo puede producir dolor de tipo pleurítico, frote pleural e incluso derrames. La incidencia de uremia y derrame pleural es de aproximadamente 13% dependiendo la serie que se revise y 50 % de los pacientes están asintomáticos [5]. En algunas ocasiones los derrames pueden ser masivos o incluso complicarse y producirse empiemas. Usualmente el derrame pleural es bilateral. Cuando se analiza el líquido normalmente es un transudado serosanguinolento y en algunas ocasiones francamente hemorrágico. El nivel de glucosa es normal y el diferencial de la cuenta leucocitaria existe predominio de linfocitos. La biopsia pleural es poco específica y revela pleuritis fibrinosa crónica la cual puede ser lo suficientemente severa que incluso en algunas ocasiones termina en decorticación pleural [6]. El diagnóstico de neumonitis o pleuritis urémica es de exclusión en pacientes con IRC. La diálisis es el tratamiento de elección en cualquiera de sus modalidades (peritoneal o hemodiálisis); con esto el derrame pleural desaparece de 4 a 6 semanas en la mayoría de los pacientes; en los que no tienen esta evolución o que tienen un derrame pleural masivo que compromete la ventilación está indicado colocar sonda endopleural; sin embargo este grupo de pacientes tienen altas posibilidades de infectarse y producir empiemas lo cual complica la evolución de estos enfermos.

Las condiciones comórbidas asociadas o que contribuyen a la evolución de la IRC indirectamente pueden causar alteraciones pleurales lo que hace que la relación entre hemodiálisis e IRC y derrame pleural una manifestación usual.

Existe un estudio en el cual se observó que la incidencia de derrames pleurales en una población con IRC en tratamiento con hemodiálisis fue de 21 %.esto se compara con el 44 al 57% de derrames paraneumónicos, 6% cirrosis hepática y ascitis, 51% en Insuficiencia cardíaca descompensada y 27% en pacientes hospitalizados con SIDA y 4% de derrames pleurales malignos en pacientes hospitalizados con cáncer [5].



SECRETARÍA
DE SALUD

Los pacientes con IRC e insuficiencia cardíaca y pH arterial normal tienen un pH de líquido pleural de aproximadamente 7.45 a 7.55, el pH bajo de estos pacientes es un reflejo de la acidemia. En este contexto la acidosis en fluido pleural puede ser diagnosticada sólo si el valor del líquido pleural es por lo menos 0.15 unidades menos que el arterial

Existen múltiples causas de derrame pleural en pacientes con IRC entre las cuales están: Insuficiencia cardíaca, pleuritis urémica, derrames paraneumónicos, atelectasias, tumores, Pancreatitis, Peritonitis bacteriana, Lupus Eritematoso Sistémico, Artritis Reumatoide, pleuritis inducida por medicamentos, enfermedad pericárdica, tromboembolia pulmonar, tuberculosis pleural, post-revascularización coronaria, asbestosis benigna y empiemas entre otros. La causa más frecuente de derrame pleural bilateral es la Insuficiencia cardíaca congestiva.[7]

En pacientes con derrame pleural bilateral no se sabe a ciencia cierta que si el líquido de un lado tiene las mismas características en comparación con el otro lado por lo que no es claro si la toracocentesis debe realizarse en forma bilateral o únicamente de un lado.

Los pacientes con IRC tienen un riesgo de infecciones incrementado debido a la inmunidad tanto celular como humoral. 15% de los derrames pleurales son relacionados a neumonías y 20% de los derrames paraneumónicos eran empiemas [8]. De los derrames paraneumónicos al analizar el líquido pleural se encontró $> 5,000$ células nucleadas y neutrófilos $> 50\%$. La ausencia de fiebre o una cuenta de leucocitos en sangre periférica normal o la ausencia de dolor torácico no debe de confundir al clínico en realizar una toracocentesis diagnóstica en derrames pleurales unilaterales.

Otro de los mecanismos implicados en la formación de derrame pleural son las atelectasias usualmente causadas por un proceso doloroso abdominal o por dolor intenso de pared torácica. En los procesos abdominales pueden ser secundarios a: peritonitis bacteriana espontánea, pancreatitis aguda, hidrotórax hepático y peritonitis lúpica.

El derrame pleural bilateral es un hallazgo común aproximadamente 15% de los pacientes que se presentan en un servicio de Medicina Interna o Neumología, la incidencia es mucho mayor en pacientes en estado crítico; 34% de los pacientes que ingresan a una UCI [9]. Ante esto no existe evidencia que apoye recomendaciones para toracocentesis bilateral., esta decisión repercute en el clínico que hace la evaluación del paciente y en algunas ocasiones en los lineamientos de una institución. Está demostrado que no es útil analizar el líquido pleural de las dos cavidades cuando se tiene derrame pleural bilateral [7]. Esto puede implicar que en algunos casos las complicaciones relacionadas al procedimiento pueden restringirse; el neumotórax se presenta de 5 a 10% de los procedimientos[10]. Segundo; el reducir procedimientos innecesarios reduce el costo de la atención médica.

En el derrame pleural bilateral secundario a falla cardíaca el líquido deriva de un exceso en el fluido intersticial. También pueden tener la misma fisiopatología: paraneumónico o cáncer metastásico y aun así diferir significativamente. Si una de las cavidades pleurales está infectada es esperable que el líquido: tenga un pH bajo, predominio de neutrófilos, niveles de DHL elevados y glucosa baja[11].



SECRETARÍA
DE SALUD

SALUD

La toracocentesis bilateral debe realizarse cuando las características del líquido pleural no concuerdan con las características clínicas del paciente (fiebre no explicable) o cuando la imagen del líquido pleural persiste a pesar del tratamiento óptimo.

Existe otro grupo de entidades que implican inflamación de la vasculatura pulmonar en asociación con afección renal importante; existe inflamación de capilares (capilaritis) [12].

Los pacientes con capilaritis pulmonar pueden presentarse con hemorragia alveolar la cual puede ser causada por un grupo de desórdenes heterogéneos de origen inmunológico., está hemorragia alveolar pueden manifestarse en forma clínica como: Hemoptisis franca, disnea, infiltrados alveolares bilaterales y difusos en la radiografía de tórax y síndrome anémico.

Las entidades más comunes de origen inmunológico que afectan tanto riñón como pulmón son: Granulomatosis de Wegener, Poliarteritis microscópica, Lupus Eritematoso Sistémico, Síndrome de Goodpasture, Síndrome Riñón-Pulmón de origen idiopático, Síndrome de Behcet, Púrpura de Henoch-Schonlein y Nefropatía por IgA.

La Granulomatosis de Wegener (GW) es un síndrome vasculítico que consiste en inflamación granulomatosa necrotizante del tracto respiratorio alto y bajo además de glomerulopatía focal y segmentaria y vasculitis de pequeños vasos [13]. Para el diagnóstico se requiere realizar ANCAS (anticuerpos citoplasmáticos antineutrófilo), la GW es considerada una vasculitis pauci-inmune. En los pacientes que presentan hemorragia alveolar esta puede ser su primera manifestación clínica de enfermedad; afortunadamente es poco común y cuando se presenta conlleva a glomerulonefritis rápidamente progresiva con falla renal; cuando se presenta la hemorragia alveolar los pacientes suelen tener un curso fulminante con una mortalidad de 66%. [14]

La Poliarteritis Microscópica (PM) es una enfermedad sistémica de pequeños vasos asociada con glomerulonefritis focal y segmentaria, puede tener involucro de vasos de mediano calibre sin embargo predominan los de pequeño calibre y esto la distingue de la poliarteritis nodosa, también es conocida como vasculitis necrotizante sistémica, se ha descrito una relación entre p-ANCAS y PM. En estos casos la hemorragia alveolar no están frecuente. También es considerada una vasculitis necrotizante pauciinmune. [15]

El Lupus Eritematoso Sistémico (LES) puede dar una gran variedad de manifestaciones pulmonares que incluyen alveolitis aguda, neumonitis intersticial, hipertensión pulmonar, vasculitis necrotizante, edema pulmonar, derrames pleurales y hemorragia alveolar la cual tiene una mortalidad en estos casos de aproximadamente 60% [16]. Cuando existen casos de infiltrados alveolares difusos en la radiografía de tórax y hemoptisis en pacientes con LES la biopsia pulmonar puede estar indicada para diferenciar involucro pulmonar secundario a una infección o a otras etiologías sin embargo el primer paso es hacer una broncoscopia.

El síndrome de Goodpasture es una enfermedad en la cual existe una glomerulonefritis rápidamente progresiva y hemorragia alveolar. Existen anticuerpos antimembrana basal glomerular positivos y estos también se unen a las membranas de los alvéolos, túbulos renales y plexo coroide.



SECRETARÍA
DE SALUD

El síndrome Pulmón-Riñón idiopático se refiere a un grupo heterogéneo de enfermedades las cuales se caracterizan por hemorragia pulmonar inexplicable y glomerulonefritis crónica rápidamente progresiva. Muchos de estos casos se han asociado con la presencia de P-ANCAS.[17]

La Enfermedad de Behcet fue descrita por un médico turco en 1937 y consistía de estomatitis con úlceras aftosas, úlceras genitales e iridociclitis. En este síndrome existe involucro a otros órganos como son: Piel, SNC, articulaciones, sistema vascular periférico, epidídimo, corazón y pulmones; se piensa que la enfermedad es una vasculitis con depósito de complejos inmunes. El involucro pulmonar es poco común pero cuando se presenta los pacientes pueden presentar hemoptisis secundario a vasculitis necrotizante que involucra arterias, venas y capilares pulmonares. Las complicaciones incluyen: infartos pulmonares, trombosis arterial y venosa y aneurismas de las arterias pulmonares.[18]

La Púrpura de Henoch-Schonlein es un síndrome caracterizado por púrpura palpable, artralgias o artritis, dolor abdominal, sangrado intestinal e involucro renal y pulmonar. El patrón histológico es una vasculitis de pequeños vasos con depósitos de complejos inmunológicos predominantemente de IgA. El involucro pulmonar sólo se presenta en el 6.5% de los casos.

La nefropatía por IgA es una enfermedad usualmente limitada que se manifiesta por hematuria. Es la nefropatía más común en el mundo y existe depósito mesangial de IgA. La hemorragia pulmonar es una complicación rara.[19]

Las manifestaciones clínicas de una hemorragia alveolar son: disnea, aumento del gradiente alveolo-arterial, hemoptisis, estertores crepitantes, anemia y fiebre. En la radiografía se aprecian infiltrados alveolares de predominio perihilar o basal y pueden involucrar la región central o la periferia. En ocasiones las manifestaciones radiográficas pueden ser indistinguibles de un proceso infeccioso o edema agudo pulmonar. Los hallazgos del lavado bronquio-alveolar mediante la broncoscopia incluye el líquido francamente hemático, la tinción especial para macrófagos cargados con hemosiderina sugiere hemorragia alveolar.

El tratamiento de todas estas entidades debe ser temprano, agresivo y dirigido a una enfermedad específica. Existe un protocolo que consiste de ciclofosfamida 2mg/kg/d y prednisona de 1 mg/kg/d obteniendo tasa de mejoría en el 91% de los casos de GW [20]. También se puede usar azatioprina para mejorar los estándares de remisión de las enfermedades. Se pueden usar dosis más elevadas de ciclofosfamida de hasta 5 mg/kg/día y prednisona de 2 mg /kg/día. En la poliangitis microscópica puede utilizarse una combinación de prednisolona con agentes citotóxicos (ciclofosfamida y azatioprina) y en algunos casos intercambio plasmático.

Los pacientes tratados con esteroides y agentes citotóxicos tienen mayor riesgo de presentar complicaciones como lo son: neumonía por pneumocystis jirovecii incrementando la morbilidad y mortalidad de la enfermedad involucrada.[21]



BIBLIOGRAFÍA:

- 1.- Held PJ, Port FK, Webb RL, et al. Prevalence and cost of ESRD therapy. *Am J Kidney Dis* 1991; 18(suppl 2):21-9
- 2.- Bright R. Tabular view of the morbid appearance in 100 cases connected with albuminous urine, with observations. *Guys Hosp Rep* 1836; 1:380-400
- 3.-Birkeland SA. Uremia as a state of immune deficiency. *Scand J Immunol* 1976; 5:107-15
- 4.-Port FK, Ragheb NE, Schwartz AG, et al. Neoplasms in dialysis patients : a population based study. *Am J Kidney Dis* 1989; 14:119-23
- 5.- MJ Jarratt, SA Sahn, et al. Pleural effusions in hospitalized patients receiving long term hemodialysis. *Chest* 1995; 108:470-74.
- 6.- Gilbert L, Ribot S, Frankel H, et al. Fibrinous uremic pleuritis: a surgical entity. *Chest* 1975; 67:53-6
- 7.- Kalomenidis I, Rodriguez M., et al. Patients with pleural efusión: Are the findings the same in each fluid?. *Chest* 2003; 124; 167-176.
- 8.- Light RW, Girard WM, Jenkinson SG, et al. Paraneumonic effusions. *Am J Med* 1980; 69: 507-11.
- 9.- Mattison LE, Coppage L, Alderman DF, et al. Pleural effusions in the medical ICU : prevalence, causes and clinical implications. *Chest* 1997 ; 111 : 1018-1023.
- 10.- Collins TR, Sahn SA. Thoracocentesis : clinical value, complications, thecnical problems and patients experience. *Chest* 1987 ; 91:817-22.
- 11.- Colice GL, Curtis A, Deslauriers J, et al. Medical and surgical treatment of paraneumonic effusions : an evidence-based guideline. *Chest* 2000: 118: 1158-1172.
- 12.- Green RJ, Ruoss SJ, Kraft SA, et al. Pulmonary capillaritis and alveolar hemorrhage. Update on diagnosis and management. *Chest* 1996; 110;1305-16.
- 13.- Odeh M, Best LA, Kerner H, et al. Localized Wegener Granulomatosis relapsing and diffuse massive intra-alveolar hemorrhage. *Chest* 1993; 104:955-6
- 14.- Stokes TC, McCann BG, Rees RT, et al. Acute fulminating intrapulmonary hemorrhage in Wegener's Granulomatosis. *Thorax* 1982; 37: 315-16.
- 15.- Bosch X, López-Soto A, Mirapeix E, et al. Antineutrophil cytoplasmatic autoantibody-associated alveolar capillaritis in patients presenting with pulmonary hemorrhage. *Arch patol Lab Med* 1994; 118:517-22
- 16.- Carette S., Macher AM, Nussbaum A, et al. Severe, acute pulmonary disease in patients with systemic lupus erythematosus. *Semin Arthritis Reum* 1984: 14:52-9
- 17.- Sánchez M, Bosch X, Martinez C, et al. Idiopathic pulmonary-renal syndrome with antiproteinase 3 antibodies. *Respiration* 1994; 61:295-99



- 18.- Gamble CN, Weisner KB, Shapiro RF. The immune complex pathogenesis of glomerulonephritis and pulmonary vasculitis in Behcet disease. *Am J Med* 1979; 66:1031-39.
- 19.- Lai Fm, Li EKM, Suen MVM, et al. Pulmonary hemorrhage : a fatal manifestation of IgA Nephropathy. *Arch patol Lab Med* 1994; 118:542-6.
- 20.- Fauci AS, Haynes BF, Katz P, et al. Wegener´s Graunlomatosis : prospective clinical and therapeutical experience with 85 patients for 21 years. *Ann Inter Med* 1983; 98:76-85
- 21.- Sepkowitz KA. Pneumocystis Carinii Pneumonia in patients without AIDS. *Clin Infect Dis* 1993; 17(suppl 2): S416-22.

Algoritmo del Derrame Pleural (0)

