

11226 87
29



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL

"EPIDEMIOLOGIA FAMILIAR DEL NIÑO
ASMATICO"

TESIS CON
EXAMEN

TESIS RECEPCIONAL

PARA OBTENER EL TITULO DE

MEDICO ESPECIALISTA EN
MEDICINA FAMILIAR

P R E S E N T A

DR. MARGARITA YOLANDA RODRIGUEZ MIJANGOS

ASESOR: DRA. OFELIA DIAZ CARRILLO

MEXICO, D. F.



IMSS
SEGURIDAD PARA TODOS

1992



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas Tesis Digitales Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS © PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

I N D I C E

I.- INTRODUCCION.....	1 - 2
II.- RESUMEN.....	3 - 4
III.- JUSTIFICACION.....	5
IV.- ANTECEDENTES CIENTIFICOS.....	6 - 10
V.- OBJETIVOS.....	11
VI.- HIPOTESIS.....	11
VII.- MATERIAL Y METODOS.....	12
VIII.- RESULTADOS.....	13
IX.- DISCUSION Y ANALISIS.....	14
X.- CONCLUSIONES.....	15
XI.- REFERENCIAS	16 - 17
XII.- ANEXOS.....	18 - 30

I.- INTRODUCCION

El asma bronquial es un padecimiento de las vías aéreas de origen multifactorial, caracterizado por signos de obstrucción e insuficiencia respiratoria de intensidad variable que revierte espontáneamente o con medicamentos, la causa primordial es hiperreactividad bronquial con respuestas exageradas a estímulos inmunológicos y no inmunológicos (1) (2)

En Norteamérica se estima que 1% de la población general padece asma pero en los menores de 15 años se observa entre 5 y 15% (3). En Sudafrica 3.7% en población urbana y 0.14% en rural lo padece. En la India 0.2% y en Chile 2.7% (9)

En México varía de 1 a 3% pero en la población menor de 14 años se encuentra de 5 a 10% (4)

En el Hospital de Neumología del CMN en la consulta externa en el año de 1977 el 90% eran asmáticos y en 1981 ascendió a 94% (5). En el Hospital Infantil de México en 1966 se reporta que los padecimientos de tipo alérgico constituían el 6.8%, el asma 1.25%, los casos de asma hospitalizados el 0.36% (1)

Los factores asociados con la agudización del asma son:

Factores emocionales. Se reporta que en un 10 a 12% de los niños que sufren asma bronquial en forma crónica, el desorden alérgico primario se ha complicado profundamente con factores emocionales especialmente conflictos crónicos no resueltos de la familia y los que surgen en relación a la conducta del niño enfermo y sus reacciones emocionales. Las crisis ocasionan que el Sistema Familiar enfrente toda una serie de experiencias perturbadoras (6)

Factores físicos: Otras causas frecuentes que desencadenan las crisis son el ejercicio, los cambios climatológicos (frío, humedad), los irritantes inespecíficos como el humo del tabaco y la contamina -

ción atmosférica (1) (2)

Factores infecciosos: Las infecciones virales o bacterianas pueden conducir a una crisis aguda en cualquier época de la vida, pero de hecho predominan en lactantes y en el preescolar debido a que sus características inmunológicas lo propician (1) (7)

Factores alérgicos: El desarrollo de la inmunología con el descubrimiento de la IgE permitió una división de los pacientes en extrínsecos atópicos y no atópicos de acuerdo a que su padecimiento fuera mediado por esta inmunoglobulina (7). El fenómeno consiste en que un Ag se combina con dos fragmentos FAB de dos inmunoglobulinas de tipo IgE para formar una unión Ag-Ac y provocar cambios enzimáticos y liberación de mediadores químicos (8)

II.- RESUMEN

OBJETIVO: Conocer los factores familiares y extrafamiliares que determinan la agudización del asma bronquial en el niño.

DISEÑO: Estudio retrospectivo, transversal, descriptivo, observacional, que se efectuará en un lapso de un año.

MARCO DE REFERENCIA: HGZ/MF No. 68 Tulpetlac Estado de México.

PACIENTES Y OTROS PARTICIPANTES. Se estudiaron a 12 familias de niños asmáticos que ingresaron al Servicio de Urgencias y que pertenecían a la zona de influencia del HGZ/MF No. 68 y que hubieran presentado más de una crisis asmática durante el periodo de estudio.

INTERVENCIONES: Se revisaron los expedientes de los integrantes de cada familia de los pacientes en estudio, se revisaron los motivos de consulta en el lapso de estudio y se registraron en un Diagrama de Flujo y Tiempo. Así como los meses en que se presentaron el mayor número de crisis en los pacientes. Predominio de sexo, si estaban siendo manejados por tercer nivel y el servicio a el cual asistían.

MEDICIONES Y RESULTADOS: Se encontró un predominio del sexo masculino (66.6%) y femenino (33.3%), la edad de los pacientes era de 2 años, el total de crisis fue de 43, predominando estas en el mes de septiembre. 7 pacientes estaban siendo manejados en tercer nivel por alergología. 5 pacientes tenían antecedente de atopía. En el 65.1% de las crisis había antecedente de un cuadro de vías respiratorias superiores y en 34.8% no se presentó factor desencadenante.

CONCLUSIONES: 1) La etiología del asma en el niño siempre presenta tres factores constantes: infección, alergia y emoción. 2) El paciente asmático por su mismo padecimiento culmina con la disfunción del Sistema Familiar. 3) Conocer la población con alto riesgo para iniciar medidas profilácticas. 4) Educar al padre y madre junto con

el paciente para reducir el número o severidad de los ataques.

III.- JUSTIFICACION

Ya que como sabemos el asma es un padecimiento muy frecuente en nuestro medio, siendo su prevalencia de 1 a 3% y en los menores de 14 años es de 5 a 10%. Además de estar entre los tres padecimientos broncopulmonares obstructivos más frecuentes, es necesario determinar los factores que están desencadenando la agudización de los cuadros.

De esta forma el Especialista en Medicina Familiar, así como el Pediatra deben de conocer a fondo la enfermedad ya que el número de niños asmáticos que se reciben en los servicios de urgencias se ha incrementado en forma considerable.

El presente estudio es con el fin de reconocer los factores familiares que llegan a desencadenar la agudización del cuadro y de estos principalmente las infecciones virales y bacterianas que pueden conducir a una agudización del cuadro. De todo esto debemos considerar que esta enfermedad afecta a todo el Sistema Familiar.

IV.- ANTECEDENTES CIENTIFICOS

El asma es un padecimiento multifactorial, caracterizado por -- una hiperreactividad bronquial genéticamente determinada y en la que intervienen factores inmunológicos, infecciosos, endocrinos, bioquímicos o neurovegetativos y que cada día es más frecuente, sobre todo en las zonas urbanas, favorecido por la contaminación ambiental (9).

El asma se caracteriza por una anormalidad ventilatoria obstructiva que se manifiesta por tos, sibilancias y disnea.(4)

Cada día es más importante para el médico general y el pediatra, el conocimiento del asma bronquial ya que sus manifestaciones se hacen aparentes en los primeros años de la vida (9)

La ciudad de México con 17,000,000 de habitantes, 3,000,000 de automóviles y múltiples industrias dentro del área metropolitana, -- tiene las condiciones propicias para que se desarrolle una epidemia de asma en el individuo con hiperreactividad bronquial (9)

Se ha reportado que la prevalencia en la población general varía entre 1 a 3%, pero en la población menor de 14 años se incrementa a 5 ó 10% (4)

Es interesante señalar que de cada 100 enfermos de bronquiolitis aguda en la infancia emergen posteriormente 20 casos nuevos de asma (4)

Por otra parte, el incremento de los casos de asma y bronquitis crónica en base a su patogénesis similar está en relación directa -- con las características del micro y macroambiente en que se vive; -- por ello el aumento de este, porque la calidad de la atmósfera en -- las grandes ciudades de nuestro país se ha deteriorado significativamente. El incremento de la letalidad probablemente sea también por -- este motivo (4)

Se reporta que en un 10 a 12% de los niños que sufren asma bron

quial en forma crónica, el desorden alérgico primario se ha complicado profundamente con factores emocionales, especialmente conflictos crónicos no resueltos de la familia y los que surgen en relación a la conducta del niño enfermo y sus reacciones emocionales (6)

Situaciones presentes:

a) Una función primaria vital, como lo es el proceso respiratorio, se ve amenazada en forma aguda y repetida, ocasionando una gran ansiedad en el niño y en quienes le rodean.

b) Las crisis ocasionan que el Sistema Familiar enfrente toda una serie de experiencias perturbadoras: hospitalización, medicamentos, actividades, trato que se debe dar al niño, cuidados, etc.

c) La naturaleza y origen del padecimiento: herencia, hiperreactividad, el o los factores precipitantes, frecuentemente es percibida en forma distorsionada por la familia.

Estas situaciones repetidas a través de varios meses, y aún de años, origina cambios en la estructura y desarrollo emocional del Sistema Familiar y en cada uno de los subsistemas que lo componen: el paciente, sus hermanos, padres y en ocasiones se involucra la familia de origen de uno o de ambos padres. Estos cambios empiezan a notarse cuando la familia adopta una serie de medidas, que según ellos, tiende a evitar las crisis de asma, o para resolverlas una vez que se presentan, observándose la restricción de actividades físicas del niño; evitarle determinados alimentos, abrigarlo en exceso; se deshacen de su mascota o muñeco de peluche preferidos; posponen salidas o paseos familiares para no exponerlo; se imponen reglas de no contrariarlo y ceder a sus caprichos o deseos; dejar permanentemente las puertas abiertas de los dormitorios del niño y de los padres, para éstos escuchar los cambios en su respiración, a costa de la privacidad de la pareja; la solícita intervención de abuelos u otros pa -

rientes en el "como" cuidar del niño; el que uno solo de los padres es quien siempre acude con la paciente a la consulta o al servicio de urgencias, y otros comportamientos que fácilmente llaman la atención por lo inusitado (6)

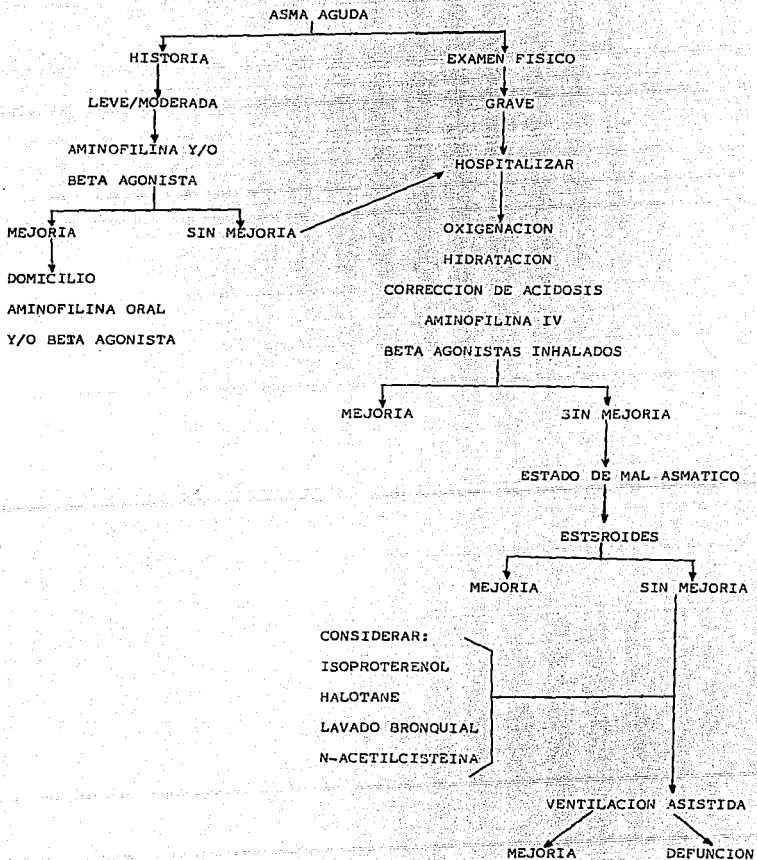
El niño

Hay alteraciones emocionales y conductuales como: Dependencia - acentuada, falta de confianza en sí mismos, ansiedad, depresión, egocentrismo, inmadurez, conducta demandante, agresividad latente o abierta. A mayor frecuencia e intensidad de las crisis, más se afectan el desarrollo y la conducta del niño. Demanda la atención de los miembros de la familia, solicitando objetos, juguetes y privilegios. Se vuelve irresponsable de su cuidado personal, deberes en el hogar y actividades sociales y externa quejas irracionales, o bien se sume en el mutismo; su agresividad puede expresarla física o verbalmente en ocasiones están presentes "conductas fisiológicas", tales como palidez, sudoración, micción involuntaria, lagrimeo etc.

La Familia

Se ha intentado también establecer un "Perfil Psicológico" de los padres del niño asmático, encontrándose en la literatura médica-psiquiátrica descripciones de "madres frías", rechazantes, conflictivas, perfeccionistas, que constantemente envían mensajes de abandono a sus hijos, ante los cuales éstos reaccionan con el "llanto" y reclamo de asistencia que es el asma bronquial. Así mismo hay padres indiferentes, incompetentes, que optan por dejar a los otros miembros de la familia el cuidado del niño; que culpabilizan para no sentirse culpables; o bien padres "maternales" que están en primera línea para atender al niño porque la madre es "ineficiente" (6)

ALGORITMO PARA EL TRATAMIENTO DEL ASMA AGUDA (11)



En nuestro país como en la mayor parte del mundo no se ha hecho profilaxia del asma, ya que el principal interés ha sido el problema de enfermedades infectocontagiosas; lográndose amgníficos resulta -- dos (9)

Tocará actualmente interesarse por enfermedades alérgicas y de éstas el asma, la que ha tenido un gran incremento en los últimos -- años (9)

Importantes variaciones ha tenido el pronóstico del asma a través de los años, relacionadas éstas con los adelantos en la epidemiología, conocimientos de su fisiopatología, el concepto actual de hiperreactividad bronquial y el advenimiento de nuevas armas terapéuticas (12)

En la actualidad es unánime el concepto de que la morbilidad por asma ha tenido un gran incremento, demostrado por estudios perfectamente planeados; los hospitales reciben cada vez más asmáticos graves. Llama la atención el porqué de este aumento, a pesar del descubrimiento de los corticoesteroides, de nuevos medicamentos profilácticos y broncodilatadores más activos y efectivos. Se considera que las causas del incremento de la morbilidad son muchas, entre éstas las más importantes serán el aumento de la polución atmosférica, el abatimiento de las enfermedades infectocontagiosas y un mejor conocimiento de esta patología (12)

V.- OBJETIVOS

Cuales son los factores familiares y extrafamiliares que determinan la agudización del asma en el niño.

VI.- HIPOTESIS

No se requiere por tratarse de un estudio descriptivo.

V II.- MATERIAL Y METODOS

Se estudiaron a las familias de 12 niños asmáticos menores de 14 años de edad, de ambos sexos, que hubieran presentado más de un cuadro agudo, en el lapso comprendido del 1º de marzo de 1988- a el 28 de febrero de 1989, que pertenecieran a la zona de influenza del HGZ/MF no. 68 Tulpetlac.

De cada familia incluida en el estudio se revisó el expediente clínico de cada uno de sus integrantes de la familia, se revisaron los motivos de consulta en el lapso de estudio y se registraron en un Diagrama de Flujo y tiempo (Anexo 1). Así como los meses en que se presentó el mayor número de cuadros agudos en los pacientes estudiados. Además se revisó si los pacientes estaban siendo manejados en tercer nivel.

VIII.- RESULTADOS

De los 12 pacientes estudiados predominó el sexo masculino (8)- 66.6% y femenino (4) 33.3% (Anexo 2).

La edad en que fluctuaban los pacientes estudiados era de 2 a 11 años (Anexo 2).

El total de crisis que presentaron los pacientes en el lapso -- del estudio fue de 43, predominando estas en el mes de Septiembre (10) 23.2%, en segundo lugar en los meses de Julio, Noviembre y Enero (5) 11.6% (Anexo 2)

De los 12 pacientes estudiados 7 estaban siendo manejados en -- tercer nivel por el Servicio de Alergología (58.3%). 5 pacientes -- tenían antecedentes familiares de atopía (41.6%).

Uno de los pacientes presentó en un mes tres crisis y tres ---- dos (Anexos 5, 6, 8, y 9).

En 28 de los 43 agudizaciones del cuadro había antecedente de -- un cuadro de infección de vías respiratorias superiores en uno, -- dos o en el mismo paciente previo a la presentación de la crisis -- (65.1%) y en 15 de estos cuadros no había ningún antecedente que -- la pudiera haber desencadenado (34.8%) (Anexos 3 a 13).

IX.- DISCUSION Y ANALISIS

En base a la información previa se sabe que el asma es un padecimiento de evolución crónica con ataques agudos recurrentes que requieren frecuentemente hospitalización.

De acuerdo a el sexo se dice que no existe diferencia significativa en cuanto a este el masculino (51.0%) y el femenino (49.0%). En nuestro estudio este fue de (66.6%) para el masculino y 33.3% para el femenino.

En lo que se refiere a la edad es una de las enfermedades más frecuentes de la infancia, presentandose en el 5 a 10% de la población pediátrica, no influyendo esta en el diagnóstico ya que 39% de los niños asmáticos tienen el inicio de sus síntomas antes del año de edad y 57% lo presenta antes de los 2 años.

Algunos autores refieren que la herencia juega un papel importante en el desarrollo de la alergia, en este estudio el 41.6% tenía antecedentes familiares de atopía (5 pacientes).

Otro punto importante es el de que los factores infecciosos ya sea virales o bacterianos pueden desencadenar una crisis, los datos que obtuvimos respecto a este punto es que en el 65.1% había antecedente de un cuadro de vías respiratorias superiores en un miembro de la familia en dos o en el mismo paciente antes de presentarse la agudización de asma.

X.- CONCLUSIONES

1.- La etiología del asma en el niño siempre presenta tres factores constantes: infección, alergia y emoción

2.- El enfermo asmático que radica en alguna ciudad de nuestro país, sufre además las consecuencias del hacinamiento que propicia la infección, la irritación constante de los contaminantes atmosféricos incluyendo el tabaquismo, el stress emocional de la familia y del paciente que culmina con la disfunción familiar.

3.- Conocer la población con alto riesgo y una vez identificado el paciente, iniciar las medidas profilácticas, las que se pueden implementar desde el RN y aún en el período de gestación.

4.- Educar al padre y madre junto con el paciente para reducir el número o severidad de los ataques.

XI.- REFERENCIAS

- 1.- Arana MO, Gardida CHA, Tapia CR. Atención multidisciplinaria del asma en los niños. Revista Médica del Instituto Mexicano del Seguro Social 1981; 19: 580 - 581.
- 2.- Arana MO, Gardida CHA, Tapia CR y col. Niveles de atención del niño asmático. Revista Médica del Instituto Mexicano del Seguro Social 1982; 20: 96 - 98.
- 3.- Gardida CHA, Arana MO, Pérez NJ y col. Estudio y manejo integral del niño asmático. Revista Médica del Instituto Mexicano del Seguro Social 1980: 79 - 94.
- 4.- Gardida CHA. Consideraciones sobre epidemiología del asma en México. Alergia 1986; 33: 97 - 101.
- 5.- Gardida CHA, Arana MO, Tapia CR y col. Manejo del niño asmático en las instituciones de salud. Boletín Médico del Hospital Infantil de México 1982; 39: 581 - 584.
- 6.- Valle BJ. Aspectos emocionales en el asma bronquial. Alergia --- 1985; 32: 13 - 15.

- 7.- Pérez MJ, Valdovinos H. Clasificación dinámica del síndrome asmático en el niño. *Alergia* 1980; 27: 159 - 170.
- 8.- Aguilar AD, Serrano E, Tenorio OS y col. Valoración del sistema inmunológico en pacientes con asma bronquial alérgica. *Alergia* 1987; 34: 55 - 62.
- 9.- Pérez MJ, Madariaga J, Ortega GH. Profilaxia del asma bronquial. *Alergia* 1985; 32: 3 - 9.
- 10.- Espinosa AJ. Avances recientes en el tratamiento del asma bronquial. *Revista Mexicana de Pediatría* 1985; 129 - 135.
- 11.- Baeza BM, Sienra MJ. Tratamiento del asma aguda. *Boletín Médico del Hospital Infantil de México* 1987; 44: 239 - 242.
- 12.- Pérez MJ. Pronóstico del Asma 1988; 34:1 - 3.

XII.- ANEXOS

DIAGRAMA DE FLUJO Y TIEMPO

MES PACIENTE						

Anexo 1

RACIENTE	M E S													
		MARZO	ABRIL	MAYO	JUNIO	JULIO	AGOSTO	SEPTIEMBRE	OCTUBRE	NOVIEMBRE	DICIEMBRE	ENERO	FEBRERO	
Alonso Salas Angel	9 Años									Crisis			Crisis	
Alonso Salas José	4 Años	Crisis			Crisis	Crisis	Crisis	Crisis	Crisis				Crisis	
Albarrín De La Cruz Angel	2 Años			Crisis		Crisis					Crisis	Crisis		
Caravajal Pérez Heriberto	11 Años							Crisis	Crisis	Crisis				
Enriquez Díaz Laura	3 Años										Crisis			Crisis
Gutiérrez Hernández Luis	3 Años		Crisis						Crisis					Crisis
Iribea Carón Jorge	8 Años					Crisis	Crisis	Crisis		Crisis				
Lara Pérez Adriano	6 Años							Crisis	Crisis		Crisis	Crisis	Crisis	
Pérez Alvarado José	6 Años							Crisis	Crisis	Crisis				
Rocha Rivera Francisco	4 Años					Crisis		Crisis					Crisis	
Sánchez Collín Alejandra	9 Años			Crisis				Crisis				Crisis		
Soto Ponce Emmanuel	8 Años							Crisis	Crisis				Crisis	

ESTA TERCERA PARTE
 DE LA SALUD DE LA Población

PACIENTE	M.E.S	MARZO	ABRIL	MAYO	JUNIO	JULIO	AGOSTO	SEPT	OCT	NOV	DIC	ENERO	FEB	
	ALONSO SALAS ANGEL 9 AÑOS		Rinor- ringitis					Faringi- tis		Crisis			Crisis	
ALONSO SALAS JOSE 4 AÑOS		Crisis			Crisis	Crisis	Crisis	Crisis	Crisis			Crisis		
ALONSO CAMPO SECUNDINO 39 AÑOS			Control NAS	Control NAS	Control NAS Hiper uricemia	Control NAS Obesidad anagena	Crisis Asmática	Crisis Asmática				Faringi- tis	Control NAS	Control NAS S2 Diarreico
SALAS MEGRETE GLORIA 37 AÑOS				Faringi- tis										
CAMPO ALONSO DULCE MA. 78 AÑOS														

1
20
1

PACIENTE	M E S											
	MAPO	ABRIL	MAYO	JUNIO	JULIO	AGOSTO	SEPT	OCT	NOV	DIC	ENERO	FEB
ALBERT DE LA CRUZ ANGEL 2 AÑOS	Faringi- tis	Estreñi- do comu.	Crisis			Crisis	Control niño sano Amiga- rinitis		Faringi- tis	Crisis	Faringi- tis Crisis	Faringi- tis
ALBERT DE LA CRUZ CONCEPCION 25 AÑOS			Amigda- litis			Cervica- litis	Escabio- sis			Faringi- tis		Caries
DE LA CRUZ RAMIREZ CONCEPCION 65 AÑOS	Artritis reumatoide	Control A R	Amigda- litis	Faringi- tis	Faringi- tis		Abceso dental					Amiga- litis

PACIENTE	M E S												
	MARZO	ABRIL	MAYO	JUNIO	JULIO	AGOSTO	SEPT	OCT	NOV	DIC	ENERO	FEB	
CARAVARIN PEREZ HERIBERTO 11 AÑOS						Control asma		Crisis Crisis Crisis				Faringo angulitis	
CARAVARIN HERIBERTO 38 AÑOS								Mialgia		I V U			
PÉREZ MONTOTA ANGELICA 24 AÑOS													
CARAVARIM PEREZ MA. DE L. 14 AÑOS								Rinorrea rinalgia					
CARAVARIN PEREZ REGINA 7 AÑOS													
CARAVARIN PEREZ CAROLINA 6 AÑOS								Faringi tis	Rinorrea rinalgia			Faringi tis	
CARAVARIN PEREZ ANA ROSA 4 AÑOS													

PACIENTE	MES	MARZO	ABRIL	MAYO	JUNIO	JULIO	AGOSTO	SEPT	OCT	NOV	DIC	ENERO	FEB
ENRIQUEZ DIAZ LAURA	5 AÑOS									Crisis			Crisis Crisis
ENRIQUEZ ENRIQUEZ JULIO	29 AÑOS							Cuero artritis					Amigda- litis
DIAZ MARTINEZ MARGARITA	27 AÑOS												Paroni- tosis
ENRIQUEZ DIAZ ROCIO	2 AÑOS				Faringi- tis		Faringi- tis						Rinofa- ringitis

- 23 -

PACIENTE	MES	MARZO	ABRIL	MAYO	JUNIO	JULIO	AGOSTO	SEPT	OCT	NOV	DIC	ENERO	FEB
		GUTIERREZ HERNANDEZ LUIS A 5 AÑOS	Rinofaringitis	Crisis						Crisis			
GUTIERREZ POSADA LAURO 28 AÑOS								Amigdalitis					
HERNANDEZ FLORES ROSAURA 23 AÑOS			Rinofaringitis										

PAÇIENTE	M E S	MARZO	ABRIL	MAYO	JUNIO	JULIO	AGOSTO	SEPT	OCT	NOV	DIC	ENERO	FEB
IRINEO CERON JORGE	8 AÑOS				Faringi- tis	Crisis	Caries 2º grado Crisis	Caries Caries Crisis		Faringi- tis Faringoa- midgalitis Crisis	Control Asma	Estrepto- cocia	Faringoa- midgalitis
IRINEO ALONSO ANTONIO	34 AÑOS	Perigón bilateral	Centu- sida an- tebrazo izq.								Conjun- tivitis		
CERON MENDOZA IIA. GPE.	36 AÑOS												
IRINEO CERON MARCO A.	6 AÑOS		GEPI Faringi- tis									Faringoa- midgalitis Rinofarin- gitis	Faringoa- midgalitis
IRINEO CERO ROCIO	3 AÑOS	Chalazión ojo der.	Rinitis									Faringoa- midgalitis	

PACIENTE	M E S	MARZO	ABRIL	MAYO	JUNIO	JULIO	AGOOSTO	SEPT	OCT	NOV	DIC	ENERO	FEB
LARA PEREZ ADRIANA	4 AÑOS						Crisis Crisis			Crisis	Crisis	Crisis	
LARA HERNANDEZ TEODORO	31 AÑOS											Faringo migdalis	
PEREZ CAZAREZ MA. CRISTINA	29 AÑOS						Faringo fis						

PACIENTE	M E S	MARZO	ABRIL	MAYO	JUNIO	JULIO	AGOSTO	SEPT	OCT	NOV	DIC	ENERO	FEB
PEREZ ALVARADO JOSE J.	6 AÑOS							Crisis	Crisis	Crisis			
PEREZ BAÑOS IGNACIO	33 AÑOS												
ALVARADO TELLEZ TOMASA	31 AÑOS			Cuaris	Prob Comuni- cación pulpor		Cuaris	Cuaris		Amigda- litis		Cuaris	
PEREZ ALVARADO MIGUEL A.	7 AÑOS			Sano					Faringi- tis			Otitis	
PEREZ ALVARADO JUDITH	5 AÑOS												
PEREZ ALVARADO YAZMIN	1 AÑO												
PEREZ RAMIREZ GUADALUPE	69 AÑOS											Rinofo- ringitis	

PACIENTE	M E S	MARZO	ABRIL	MAYO	JUNIO	JULIO	AGOSTO	SEPT	OCT	NOV	DIC	ENERO	FEB
	ROCHA RIVERA FATIMA	4 AÑOS	Faringi- tis	Sana	I V U		Rinofe- ringitis Crisis	Contusio labial	Sana Pie plano Crisis		Faringi- tis		Crisis
ROCHA MACIAS MIGUEL	32 AÑOS												
MARTINEZ VELAZQUEZ JUANA	30 AÑOS						Faringi- tis	Rinofe- ringitis					
ROCHA RIVERA EDUARDO	13 AÑOS												Alteracio- nes de lo conducta
ROCHA RIVERA MIGUEL A	2 AÑOS	Faringi- tis	Rinofe- ringitis								Contusio frontal	Rinofe- ringitis	
ROCHA MARTINEZ LUIS M.	10 AÑOS					Faringi- tis	Faringea migdalis Faringea migdalis			Faringi- tis			
ROCHA MARTINEZ JOSE E.	8 AÑOS						Faringi- tis		Parasita- tis				

PACIENTE	M E S	MARZO	ABRIL	MAYO	JUNIO	JULIO	AGOSTO	SEPT	OCT	NOV	DIC	ENERO	FEB
SOTO PONCE EMMANUEL	8 AÑOS								Crisis	Crisis		Crisis	
SOTO FUENTES FELIPE	39 AÑOS												
PONCE TORALES ROSALIA	34 AÑOS				L. V. U.				Rinofaringitis				Faringitis Insuficiencia venosa de la periferia
SOTO PONCE MARIA	15 AÑOS				Intento suicida								
SOTO PONCE RODRIGO	12 AÑOS											Faringitis	