

R. 17.847

TD
S/78

UNIVERSIDAD DE SEVILLA

FACULTAD DE MEDICINA

HOSPITAL INFANTIL UNIVERSITARIO VIRGEN DEL ROCIO DE SEVILLA

UNIVERSIDAD DE SEVILLA
SECRETARÍA GENERAL

Queda registrada esta Tesis Doctoral
al folio 215 número 64 del libro
correspondiente.

Sevilla,

1-3 SET. 1990

El Jefe del Negociado de Tesis,

Alma Saffille

ESTUDIO DE LOS EXITUS DE 28 DIAS A 7 AÑOS EN EL HOSPITAL
INFANTIL UNIVERSITARIO VIRGEN DEL ROCIO DE SEVILLA EN EL
PERIODO 1981-1985

X

TESIS PARA LA OBTENCION DEL GRADO DE DOCTOR EN MEDICINA,
PRESENTADA POR D. FRANCISCO SENIN GARCIA, LICENCIADO
EN MEDICINA Y CIRUGIA Y DIRIGIDA POR EL Prof. Dr. D.
ALBERTO VALLS SANCHEZ DE PUERTA, CATEDRATICO DE PEDIATRIA
Y PUERICULTURA Y EL Prof. Dr. D. IGNACIO GOMEZ DE TERREROS
PROFESOR ASOCIADO DE PEDIATRIA DE LA FACULTAD DE MEDICINA
DE SEVILLA.





Servicio Andaluz de Salud

GERENCIA PROVINCIAL

HOSPITAL UNIVERSITARIO "VIRGEN DEL ROCIO"

Avenida Manuel Siurot, s/n.

41013 - SEVILLA

JUNTA DE ANDALUCIA

Consejería de Salud

**D. ALBERTO VALLS SANCHEZ DE PUERTA, CATEDRATICO DE PEDIATRIA Y
PUERICULTURA Y D. IGNACIO GOMEZ DE TERREROS, PROFESOR ASOCIADO
DE PEDIATRIA DE LA FACULTAD DE MEDICINA DE SEVILLA.**

CERTIFICAN:

Que D. FRANCISCO SENIN GARCIA, Licenciado en Medicina y Cirugía, ha realizado bajo nuestra dirección en ésta Facultad de Medicina el presente trabajo denominado " ESTUDIO DE LOS EXITUS DE 28 DIAS A 7 AÑOS EN EL HOSPITAL INFANTIL UNIVERSITARIO VIRGEN DEL ROCIO DE SEVILLA EN EL PERIODO 1.981-1.985 ", con el que aspira al grado de Doctor, autorizandose su presentación.

Sevilla, a cuatro de Julio de mil novecientos noventa.

Directores:

Fdo:

Prof. A. Valls Sanchez de Puerta

Fdo:

Prof. Ignacio Gomez de Terreros





NIVERSIDAD DE SEVILLA
FACULTAD DE MEDICINA
41009 - SEVILLA

DEPARTAMENTO DE FARMACOLOGIA Y TERAPEUTICA

PROF. DR. JOSE S. BERRANO MOLINA

TELEF. (954) 37 05 78 *

INT. 1417

D. ANTONIO HEVIA ALONSO, Director Accidental del Departamento de Farmacología, Pediatría y Radiología de la facultad de Medicina de Sevilla,

INFORMA:

que vista la solicitud de los Profesores D. Alberto Valls Sanchez de Puerta y D. Ignacio Gómez de Terreros, como Directores de la Tesis Doctoral de D. FRANCISCO SENIN GARCIA y titulado: "ESTUDIO DE LOS EXITUS DE 28 DIAS A 7 AÑOS EN EL HOSPITAL INFANTIL UNIVERSITARIO VIRGEN DEL ROCIO DE SEVILLA EN EL PERIODO 1.981-1.985", da su autorización para que pueda ser presentado en la Comisión de Doctorado a efectos de trámites para su lectura y defensa oral ante Tribunal.

Sevilla, 5 de Julio de 1.990.

Dtor. Acctal. Depto.



A la memoria del Profesor Dr. D. Andrés
Gonzalez-Meneses Pardo.

A Cecilia.

AGRADECIMIENTOS

- Al Prof. Dr. D. Ignacio Gomez de Terreros, Profesor Asociado de Pediatría de la Facultad de Medicina de Sevilla y Jefe del Servicio de Lactantes del Hospital Infantil Universitario Virgen del Rocío, por su dirección, entusiasmo, apoyo constante, paciencia y tiempo dedicado en la realización del trabajo, sin cuya inestimable ayuda no hubiera sido posible la conclusión del mismo.

- Al Prof. Dr. D. Alberto Valls Sanchez de Puerta, Catedrático de Pediatría y Puericultura, por la dirección y revisión del trabajo.

- Al Prof. Dr. D. Andrés Gonzalez-Meneses Pardo, Jefe de Departamento del Hospital Infantil Universitario Virgen del Rocío, por autorizarme a realizar mi tesis doctoral en el mencionado hospital.

- A la Dra. Marina Agnola Torres Ortiz Jefe de Sección de Medicina Preventiva del Hospital Universitario Virgen de Valme de Sevilla, por su ayuda en la orientación estadística.

- A mi amigo el Dr. D. Francisco García Merino, médico adjunto del Servicio de Cirugía Infantil, por su ayuda en mis primeros pasos en la informática.

- A la Srta. Encarnita Fernandez Martín, auxiliar administrativo del servicio de lactantes, por las largas horas dedicadas al procesamiento de los datos y su tratamiento informático.

- A la Srta. Ma del Carmen León, auxiliar de clínica del servicio de lactantes por su paciencia en la petición de las historias clínicas de los exitus.

- A mi esposa, Manoli, por su ayuda en el trabajo realizado, por su paciente espera en las largas jornadas dedicadas a la tesis y por su constante apoyo moral, por todo, gracias.

INDICE

	Pagina
1 Introducción.....	1
- Medición de la mortalidad.....	1
- Tasas de mortalidad.....	2
- Tasa de muerte o de mortalidad.....	2
- Tasa de letalidad.....	2
- Tasa proporcional de la mortalidad.....	3
- Ajuste de tasas de mortalidad según la edad....	3
- Método directo de ajuste por edad.....	4
- Razón estandarizada de mortalidad.....	4
- Índice de mortalidad estandarizado.....	5
- Tasa de APVP.....	6
- Concepto de mortalidad.....	8
- Nacido vivo.....	9
- Abortividad.....	9
- Mortalidad fetal tardía o prenatal.....	10
- Mortalidad perinatal.....	11
- Mortalidad neonatal.....	12
- Mortalidad neonatal precoz.....	12
- Mortalidad neonatal tardía.....	12
- Mortalidad postneonatal.....	12
- Mortalidad infantil.....	13
- Mortalidad preescolar.....	15
- Mortalidad hospitalaria.....	18

- Control de calidad hospitalaria.....	20
- Comisión de mortalidad y necropsias.....	22
- La mortalidad infantil como indicador del nivel de salud.....	24
- Indices para medir el nivel de salud.....	26
- Evolución de la mortalidad infantil en España.....	28
- Comparación de la mortalidad infantil en España con otros países desarrollados en 1982.....	32
- Comparación de la mortalidad infantil en Andalucía 1950-1980.....	33
2 Hipótesis de Trabajo.....	35
3 Material y Métodos.....	40
- Material.....	40
- Métodos.....	175
4 Resultados.....	179
- Ingresos	
- Ingresos en el Hospital.....	179
- Grupo control de ingresos.....	180
- Sexo.....	181
- Edad.....	183

- Procedencia.....	185
- Causas de ingresos.....	186
- Exitus	
- Exitus en el Hospital.....	209
- Sexo.....	212
- Edad.....	214
- Relación edad-sexo.....	217
- Procedencia.....	218
- Servicio de ingreso.....	220
- Mes de defunción.....	222
- Estacionalidad en sepsis meningocócica.....	225
- Estacionalidad en neumonía y bronconeumonía.....	227
- Hora de defunción.....	229
- Duración de la hospitalización.....	230
- Causas de exitus.....	231
- Diagnóstico.....	237
- Necropsias.....	245
- Valoración estadística de las variables.....	247
5 Discusión.....	251
6 Conclusiones.....	270
7 Resumen.....	274

Página

8 Bibliografía.....279

INTRODUCCION

"El niño es, en cierto sentido, un problema moderno. Fue necesario que las civilizaciones se dieran cuenta de que son mortales, que los países estuvieran conscientes de los problemas demográficos, para que se pudiera promover la atención infantil... Para las civilizaciones primitivas, el nacimiento de muchos niños y la muerte prematura de gran parte de ellos se consideraban fenómenos naturales, mientras que ahora, la muerte de un joven, niño, o recién nacido, nos parece una catástrofe antinatural" (R. Debré)(1)

MEDICION DE LA MORTALIDAD

Las estadísticas de mortalidad son una de las fuentes de información más utilizadas en la planificación sanitaria, en la investigación etiológica y evaluación de estudios epidemiológicos, y en la vigilancia epidemiológica de ciertas enfermedades (2,3).

Una de las ventajas más importantes de su utilización es su antigüedad y su gran cobertura, ya que en España fue obligatorio notificar todas las defunciones desde finales del siglo pasado.

La fuente de información que se utiliza es el Boletín Estadístico de Defunción (BED), no el Certificado Médico Oficial de Defunción el cual se utiliza en el Registro Civil sin fines estadísticos. El apartado del BED sobre la causa de defunción

debe ser cumplimentado según las normas de Certificación de la Organización Mundial de la Salud (4,5)

TASAS DE MORTALIDAD

La medida de mortalidad mas frecuentemente utilizada es la tasa de muerte o de mortalidad, la cual tiene tres elementos esenciales:

- 1.- Un grupo de población expuesto al riesgo de morir
- 2.- Un periodo de tiempo
- 3.- El número de defunciones sucedidas en ese periodo de tiempo

El numerador de la tasa consiste en el número de defunciones que ocurrieron en la población especificada. El denominador se obtiene de un censo de población o de un estimado de la misma (6).

Tasa de letalidad

Otro tipo de tasa que con frecuencia se califica erroneamente de mortalidad en la literatura clinica es la tasa de letalidad. Esta tasa representa el riesgo de morir durante un periodo definido que tienen aquellos individuos afectados de una enfermedad dada. Las tasas de letalidad tambien pueden hacerse específicas segun edad, sexo, severidad de la enfermedad y cualquier otro factor de importancia clinica o epidemiológica (7).

Tasa proporcional de la mortalidad

Tambien se usa frecuentemente la tasa proporcional de la mortalidad que representa la proporción de las defunciones debida a una causa específica en relación con el total de defunciones.

Esta tasa comunmente se multiplica por cien y se expresa como un porcentaje. Como depende de dos variables, cada una de las cuales puede diferir, tiene un valor limitado cuando se hacen comparaciones entre diferentes grupos de población o entre periodos diferentes.

La tasa de mortalidad proporcional no mide directamente el riesgo o probabilidad que tiene una persona en una población de morir por una enfermedad específica, como lo hace la tasa de mortalidad por una causa específica.

Ajuste de tasas de mortalidad segun la edad

La edad es uno de los principales factores determinantes de la mortalidad (8). Como las diferencias en la composición por edad de la población influyen sobre las tasas de mortalidad, es preferible utilizar las específicas por edad cuando se vayan a comparar diferentes zonas geograficas, grupos de población o periodos cronológicos en cuanto a sus experiencias de mortalidad. En ocasiones para tales comparaciones conviene disponer de una síntesis estadística que tome en cuenta las diferencias en la composición por edad de la población. Esto se logra por un proceso de cálculo conocido como "ajuste por edad" o "estandarización por edad".

Método directo de ajuste por edad

Primero seleccionamos una población estándar. Luego, aplicamos las tasas de mortalidad específicas por edad de cada uno de los dos grupos bajo comparación a las cifras correspondientes a los grupos de edad de la población estándar. Así obtenemos el número de defunciones esperadas en la población estándar si en esta hubieran prevalecido tales tasas específicas por edad (6).

El procedimiento de ajuste por edad se utiliza para remover la influencia de la composición por edad de la población mediante el empleo de una población estándar.

Razón estandarizada de mortalidad

Otro tipo de ajuste por edad es la razón estandarizada de mortalidad (REM) utilizada por el Registro General de Inglaterra y Gales para analizar la mortalidad ocupacional (6) y definida como el número de defunciones acaecidas en hombres de edad de 20-64 años y con una ocupación dada, expresado como un porcentaje respecto al número de las que se esperaría hubieran ocurrido si en esa ocupación dada hubiera prevalecido dentro de cada grupo de edad la misma tasa de una población estándar. Para calcularla no se requiere conocer la distribución por edad de las defunciones en el segmento de la población, lo cual es una ventaja respecto al método directo de ajuste por edad. Solo se necesita conocer el número respectivo de personas en cada grupo de edad y las tasas de mortalidad específica por edad para la población entera.

Índice de mortalidad estandarizado

El estudio de la mortalidad mediante el índice de mortalidad estandarizado (IME) fue propuesto por el RAWP (9) como método de aproximación a la morbilidad y junto a otros indicadores como método de distribución de recursos (10,11). El IME y su empleo en planificación sanitaria ha sido criticado por no correlacionarse con algunos tipos de morbilidad (12), por ser un indicador sumarizador que enmascara las diferencias por edades (13) y porque los registros de mortalidad ignoran las incapacidades que acompañan a las distintas enfermedades (14,15). Sin embargo, el IME es una buena aproximación para estimar las necesidades de la población (16,10,11), sobre todo cuando se utiliza una clasificación de enfermedades adecuada (10) y especialmente en países que, como España, carecen de datos acerca de morbilidad y demanda sanitaria. El IME tiene la ventaja de referencia al conjunto de la población y de poder ser estudiado según las distintas variables recogidas en los certificados de defunción (10,17), en tanto que las estadísticas obtenidas a partir del uso de los servicios sanitarios, tienen el grave inconveniente de olvidar las necesidades de los que no utilizan dichos servicios (18,19). Puede obtenerse datos de muestras representativas de toda la población, a través de encuestas, pero la enfermedad autoinformada refleja diferencias en la percepción y conocimientos del propio enfermar (20).

La fiabilidad de los certificados de defunción es el mayor inconveniente cuando se utiliza el IME, según las distintas

causas de mortalidad (21,22). Es un problema internacional que no ha impedido los trabajos en salud pública, planificación y distribución de recursos a partir de estudios de mortalidad (23,24).

Tasa de APVP

Las tasas de mortalidad convencionales resaltan la frecuencia de las distintas causas de muerte pero, a no ser que calculemos tasas específicas por edades no nos dan una idea de cuando ocurren estas muertes. Evidentemente, la valoración social, económica, e incluso sanitaria es muy distinta según que las muertes ocurran en edades tempranas o en edades avanzadas de la vida. Por lo tanto el número de fallecidos no debería ser el único sistema de percibir las prioridades sanitarias (25).

Ya en los años cincuenta William Haenszel (26) observó que las tasas convencionales de mortalidad no daban suficiente importancia a las muertes ocurridas en edades tempranas y propuso un índice alternativo que tuviera en cuenta los años de vida potencialmente perdidos (APVP) con cada muerte. En los años setenta Romeder y McWhinnie (27,28) revisaron este concepto y proporcionaron un nuevo índice que valora las muertes ocurridas entre 1 y 70 años.

La tasa de APVP es de cálculo sencillo y consiste, para una causa o un grupo de causas, en la suma del producto del número de defunciones en cada edad (entre 1 y 70 años) por el número de años restantes hasta la edad de 70 años, refiriéndolo a la población de estudio.

Siguiendo la expresión algebraica de Romedor y McWhinnie

(27):

$$1) \text{ APVP} = \sum_{1}^{1} A_i \times D_i$$

$$2) \text{ APVP} = \frac{\text{APVP}}{N} \times 1000$$

en donde;

D_i = número de defunciones en cada intervalo

A_i = número de años que restan hasta los 70 en ese intervalo

N = número de personas entre 1 y 70 años de la población estudiada.



CONCEPTO DE MORTALIDAD

Mortalidad es un termino genérico que expresa la acción de la muerte sobre la población y muerte (defunción, fallecimiento) es la cesación de las funciones vitales con posterioridad al nacimiento sin posibilidad de resucitar (29).

La mortalidad es uno de los indicadores de nivel de salud de la población con mas frecuencia utilizado por su significación como daño máximo de salud, por la relativa facilidad con que se la define y se registra, y por estar normalizadas a nivel internacional su recolección y presentación , lo que la hace susceptible de comparaciones. El descenso de la mortalidad sirve para medir el nivel de atención medica junto con las demas acciones de salud y desarrollo. El uso y manejo de los datos de mortalidad, con sus características, facilitan al médico y al equipo de salud además, planificar sus tareas orientándolas a las causas principales de muerte y a los grupos mas vulnerables según sexo, edad y lugar de residencia. La evolución de la mortalidad y las diferencias entre regiones, paises y grupos de habitantes ofrecen indicios sobre las causas mas prevalentes de mortalidad, que al ser puestas de manifiesto promueven la investigación, que a su vez favorece el progreso de la ciencia (30).

NACIDO VIVO

Es todo aquel que manifiesta un signo cualquiera de vida. La III Asamblea Mundial de la Salud de 1950 define el nacimiento de un niño vivo como "la expulsión completa o la extracción de la madre de un producto de la concepción que independientemente de la duración del embarazo esté o no separado del cordón umbilical o de la placenta, respira o muestra cualquier otra indicación de vida como latidos cardiacos o movimientos claros de los musculos voluntarios".

ABORTIVIDAD

Aborto es la expulsión de un embrión o feto inviable. Viabilidad es la propiedad de una criatura que con independencia de la duración de su vida intrauterina tiene robustez o fuerza para vivir (31).

La abortividad se expresa como tasa de abortabilidad que es el número de abortos por cada mil alumbramientos (se entiende como alumbramiento los nacimientos de niños vivos y muertos, aunque tengan anomalías incompatibles con la vida, tales como atresias digestivas, malformaciones cardiocirculatorias graves, anencefalia, etc) (31).

Para considerar la duración de la gestación la OMS propone la clasificación siguiente:

Grupo 1: menos de 20 semanas completas de gestación

Grupo 2: de 20 a menos de 28 semanas de gestación

Grupo 3: de 28 y mas semanas de gestación

Grupo 4: duración de la gestación que no puede ser clasificada en los grupos 1,2,3.

Ante las dificultades de conocer la duración exacta del embarazo y de declaración de muertes fetales entre 20 y 30 semanas, un comité de expertos de la OMS reunido en 1970 ha propuesto clasificar las muertes fetales y los nacimientos vivos por categoria de peso, a partir de un peso minimo de 500 gr. y separadas por grupos crecientes de 500 gr.

MORTALIDAD FETAL TARDIA O PRENATAL

En la práctica las únicas muertes fetales que se declaran realmente son las muertes fetales tardías (grupo 3) que corresponden a los mortinatos. Su tasa se relaciona ya sea con mil embarazos o con mil nacidos vivos, y es imprecisa ya que las declaraciones se hacen con irregularidad en la mayoría de los países (32).

En otras literaturas este periodo se denomina mortalidad prenatal y se refiere a los fetos que fallecen despues de haber superado los criterios de viabilidad y que por ello nacen muertos.

La muerte fetal es definida por la OMS como: "La muerte de un producto de la concepción que ocurre antes de la expulsión o de la extracción completa del cuerpo de la madre, independientemente

de la duración de la gestación; la muerte se aprecia por el hecho de que después de esta separación el feto no respira ni manifiesta ningún otro signo de vida tal como latidos cardíacos, pulsación del cordón umbilical o contracción efectiva de un músculo sometido a la acción de la voluntad".

Este grupo corresponde a los "fetal death" de los anglosajones. Se expresa en forma de Tasa de mortalidad prenatal o fetal tardía referida a mil alumbramientos, aunque el Demographic Year Book de la ONU la refiere a mil nacidos vivos (31).

MORTALIDAD PERINATAL

El periodo perinatal es aquel que se extiende desde la vigesimooctava semana de gestación hasta el séptimo día de la vida extrauterina. La mortalidad en este periodo se calcula según el número de muertes ocurridas en el mismo por mil nacidos vivos.

La mortalidad perinatal expresa los riesgos obstétricos del feto y del recién nacido (33).

La mortalidad perinatal es igual al número de muertes fetales tardías más el de muertes neonatales precoces.

Como las causas de mortalidad inciden durante el feto viable, en el parto y unos días después de nacer, el concepto de mortalidad perinatal obvia el inconveniente de las definiciones legales de recién nacido en los diversos países y el saber si está vivo al nacer o no (31).

La OMS recomienda utilizar el criterio del peso fetal para determinar la viabilidad, pero la dificultad de obtener pesadas exactas, mas en España donde solo existe obligación de comunicar al Registro Civil las muertes fetales de mas de 180 dias de gestación, hace que el INE adopte el criterio de considerar como muerte fetal tardía al feto muerto con seis o mas meses de gestación.

MORTALIDAD NEONATAL

Abarca la tasa a los fallecidos desde el nacimiento a los veintiocho dias, por cada mil nacidos vivos. Se divide en:

Mortalidad neonatal precoz

Se refiere a los nacidos vivos que mueren antes de los siete dias. Se expresa como tasa por cada mil nacidos vivos.

Mortalidad neonatal tardía

Se refiere a los fallecidos entre 7 y 28 dias por cada mil nacidos vivos.

MORTALIDAD POSTNEONATAL

Tambien denominada "mortalidad del lactante" comprende los fallecidos entre veintiocho dias y once meses por cada mil nacidos vivos.

MORTALIDAD INFANTIL

La mortalidad infantil es el número de muertes de niños nacidos vivos menores de un año sobre mil nacidos vivos en una población en el curso de un año (30).

La tasa de mortalidad infantil no constituye un verdadero cociente de mortalidad; el denominador, el número de nacidos vivos en el año de observación, no corresponde a la población en la cual se han producido las muertes. Sin embargo, todos los países están de acuerdo en utilizar esta definición (32).

No es equivalente el número de nacidos vivos con la población expuesta, que es la de cero a un año, pues la parte de estos que mueren deberían ser quitados del denominador. Puede haber error cuando hay grandes diferencias entre los nacidos en el año considerado y el anterior, pues parte de los nacidos en ese año morirán en el estudiado (31). Hay distintas fórmulas que permiten obviar esto. Lewis calculó que de los menores de un año muertos en un año del calendario solo han nacido en el mismo los dos tercios y el resto nació en el año anterior. Raths estima que los pesos correspondientes son 72 y 28% respectivamente. Por ello Raths propuso esta fórmula corregida de mortalidad infantil (31).

$$\text{mortalidad infantil} = \frac{\text{Fallecidos} < 1 \text{ año en el año} \times 1000}{0.72 \text{ Nacidos vivos en ese año} + 0.28 \text{ Nacidos vivos en el año anterior}}$$

La exactitud de la tasa de mortalidad infantil depende, en gran medida, de la calidad de las declaraciones de muertes

neonatales, de la definición de nacido vivo (hasta el año 1975 no se incluyen en España a los fallecidos menores de 24 horas como nacidos vivos) y del plazo de declaración de los nacimientos. Según la definición aplicada y el plazo de declaración, un número mas o menos de niños nacidos vivos y fallecidos en las primeras horas o en los primeros días de vida va a figurar entre los mortinatos o entre las muertes neonatales. Además en los países en los que los servicios de registro civil no funcionan regularmente, un cierto número de esas muertes escapa a toda declaración y las tasas de mortalidad infantil son inferiores a la realidad.

La tasa de mortalidad infantil se considera como uno de los mejores indicadores de nivel socioeconómico de la población. El estudio de este indicador, en Francia y en diversos países de Europa, ha sido hecho por primera vez por Debré, Joannon y Crémieux-Alcan en 1933 (34). Las observaciones de estos autores acerca de la incidencia de los factores socioeconómicos y sobre el carácter de evitable de alrededor un tercio de estas muertes siguen siendo absolutamente ciertas.

MORTALIDAD PREESCOLAR

Las estadísticas de mortalidad de la OMS dividen a la población infantil en grupos de edad de cinco en cinco años. La excepción es el grupo de edad de 1 a 4 años que incluye solo cuatro años, es decir, los niños muertos con 1, 2, 3, y 4 años cumplidos. Ello se debe a que los menores de 1 año forman grupo aparte (mortalidad infantil).

Aunque el grupo de edad de 1 a 4 años no se corresponde exactamente con el periodo preescolar, muchos autores llaman "mortalidad preescolar" a la de este grupo de edad (35). Otros autores utilizan el término "mortalidad de la infancia" para diferenciarla de la mortalidad infantil o del lactante. En la literatura inglesa la mortalidad de 1 a 4 años es conocida como "childhood mortality" (36,37). En la francesa se la denomina "mortalité de l'enfance". En las publicaciones de la OMS se utilizan todas estas expresiones aunque con preferencia la de mortalidad de 1 a 4 años (38,32).

Las agrupaciones demográficas y sanitarias no corresponden en esta edad a la evolución del crecimiento y la adaptación social del niño. El periodo preescolar se extiende en general desde los 3 hasta los 6 o 7 años (según la edad de entrada a la escuela); la "pequeña infancia" se extiende desde el primer año hasta los 6 o 7 años, siguiendo al periodo de lactante (32).

Las tasas de mortalidad de este grupo de edad se han calculado clásicamente por mil niños del mismo grupo de edad.

Pero en los últimos años en los países desarrollados, la mortalidad que nos ocupa ha experimentado un descenso tan considerable que las tasas por mil habitantes dan cifras inferiores a la unidad, por lo que se ha empezado a calcular las tasas por cien mil habitantes como en los demás grupos de edad, aunque por el momento la OMS todavía utiliza los dos denominadores. El "World Health Statistics Annual" (39), calcula las tasas de mortalidad de 1 a 4 años por cien mil habitantes, lo mismo que para los demás grupos de edad, excepto el de los menores de 1 año que los calcula por mil nacidos vivos (mortalidad infantil).

Periodos de la vida y mortalidad correspondiente

(Tomado de Mande, et al.)(32)

EDAD	PERIODO			MORTALIDAD					
Concepción	Embrionario y fetal precoz			ABORTO *					
20 sem.									
28 sem.	Fetal tardío			Mort. fetal tardía	**	Mortalidad feto infantil	*		
Nacimiento	Infantil (lactante)	Recién nacido	Neonatal precoz	Mortalidad neonatal precoz **	Mortalidad perinatal	Mortalidad infantil	Mortalidad de menores de 5 años		
7 días			Neonatal tardío	Mortalidad neonatal tardía **					
28 días		Postneonatal		Mortalidad postneonatal		**	**		
1 año	Pequeña Infancia			Mortalidad de 1 a 4 años cumplidos (preescolar)		***	***		
3 años									
5 años		Edad preescolar							
6 años	Edad escolar			Mortalidad de 5 a 9 años cumplidos		Mortalidad del niño de edad escolar			
10 años						***		5-14 años	
				Pubertad		Mortalidad de 9 a 14 años cumplidos			
15 años	Adolescencia					***			
20 años	Juventud			Mortalidad de 15 a 19 años cumplidos		LEYENDA			
						***		* por 1000 embarazos	
25 años				Mortalidad de 20 a 24 años cumplidos		** por 100 nacidos vivos			
						*** por 100 000 habitantes de grupos de edad			
						Cada período se cuenta -cumplido-			
						ej.: 28 días = 27 días cumplidos			
						5 años = 4 años cumplidos			

MORTALIDAD HOSPITALARIA

La mortalidad en los hospitales incluye casi una tercera parte de todas las defunciones anuales en España (40).

La proximidad del hospital y sobretodo las formas de acceso a los servicios sea a través de urgencias o de la asistencia primaria tienen también trascendencia sobre la probabilidad de morir, como la tienen las características del hospital, su volumen asistencial, su dependencia orgánica, el grado de complejidad de los servicios que proporciona o las distintas combinaciones, en cuanto a tipo y número del personal asistencial (41).

Las estadísticas de mortalidad hospitalaria son uno de los parámetros útiles para valorar el rendimiento de las instituciones hospitalarias (42), aunque la interpretación de estas estadísticas debe ser matizada de acuerdo con las características de los centros, de la población ingresada, así como del tipo y gravedad de la patología atendida (43).

La variabilidad de la mortalidad observada entre los distintos hospitales puede ser muy grande, como han puesto de manifiesto diversos estudios (44).

En cuanto a su impacto sobre la mortalidad general constituye una parte muy importante del total. El análisis de la mortalidad hospitalaria aparece, al menos potencialmente, como un valioso instrumento para la planificación y la gestión de los propios hospitales. Si entendemos la defunción como una variable que refleja, al menos en parte, la influencia de los servicios

asistenciales, la cuantificación de las defunciones hospitalarias puede considerarse como una medida de la efectividad de la intervención hospitalaria (40).

La muerte es, desde muchos puntos de vista, una consecuencia o un producto final. Este carácter le confiere un valor analítico insustituible para los servicios sanitarios, puesto que puede reflejar, de una manera mas contundente que otros parámetros biológicos, el impacto de las actuaciones sanitarias sobre la comunidad.

A continuación pasaremos a ver la fórmula de la tasa de mortalidad hospitalaria (45).

$$\text{Tasa de m.h.} = \frac{\text{nº de exitus año}}{\text{nº de ingresos año}} \times 100$$

CONTROL DE LA CALIDAD HOSPITALARIA

El control de la calidad asistencial tiene como objetivo la garantía de la calidad de las atenciones sanitarias mediante la detección de problemas, su evaluación y estudio y la implantación de medidas que permitan mejorarla.

La calidad de la asistencia responde a la interacción de tres dimensiones fundamentales y complementarias de la actividad asistencial:

- el aspecto científico-técnico
- el aspecto interpersonal
- el aspecto económico

El concepto de calidad asistencial varía en función del valor que dan, a cada uno de estos aspectos, los grupos implicados en la asistencia (profesionales, usuarios y administración) y las definiciones resultantes pueden tener, en ocasiones, valores enfrentados.

El inicio de los trabajos sistemáticos y el desarrollo de la metodología actualmente empleada en control de calidad aparece paralela en los países desarrollados a la profunda preocupación social por los temas sanitarios y al encarecimiento progresivo de la tecnología empleada en los hospitales, que obliga a plantearse que es calidad asistencial, como evaluarla y como intentar reducir los costes sin disminuirla (46).

En nuestro país los controles de calidad de asistencia sanitaria fueron reconocidos en la Ley General de Sanidad (Ley 14/1986, de 25 de Abril) (47). En el Real Decreto 521/1987, de 15

de abril, por el que se aprueba el Reglamento sobre Estructura, Organización y Funcionamiento de los Hospitales gestionados por el Instituto Nacional de la Salud, en su sección III. Art. 19.1 nos dice: Como Organo de participación comunitaria en la planificación, control y evaluación de la gestión y de la calidad de la asistencia que corresponde al hospital existirá la Comisión de Participación Hospitalaria. En el Art.19.2 nos dice: Como Organos colegiados de asesoramiento a los Organos de Dirección del hospital existiran las siguientes Comisiones:

- a) Junta Técnico-Asistencial
- b) Comisión de Bienestar Social
- c) Comisión Central de Garantía de la Calidad

La Comisión Central de la Garantía de la Calidad es el Organismo técnico de elaboración y trabajo. en las áreas de Calidad Asistencial y Adecuación Tecnológica, como Organo de asesoramiento permanente a la Dirección Médica y a la Junta Técnico-Asistencial. La composición de la Comisión Central de Garantía de la Calidad es la siguiente:

- El Director Médico
- El Director de Enfermería
- Los Sudirectores de las Divisiones Médicas y de Enfermería
- Los Presidentes de las Comisiones Clínicas

Deberán constituirse como mínimo las siguientes Comisiones Clínicas, que dependeran de la Comisión Central de Garantía de la Calidad:

- Infección Hospitalaria, Profilaxis y Política Antibiótica

- Historias Clínicas, Tejidos y Mortalidad
- Farmacia y Terapéutica
- Tecnología y Adecuación de Medios Diagnósticos y Terapéuticos
- Investigación, Docencia y Formación Continuada.

Comisión de Mortalidad y Necropsias

Sus objetivos son por una parte, la revisión de los procesos clínicos de los pacientes fallecidos para identificar las complicaciones existentes y asegurar que el paciente ha recibido todas las medidas paliativas y de soporte necesarios y por otra, la impulsión de los estudios necrópsicos en el Centro.

Puede abarcar entre otros los siguientes temas:

- Monitorización de la tasa de mortalidad del Centro y por Servicios.
- Estudio de los procesos asistenciales de pacientes fallecidos para evaluar:
 - la causa del fallecimiento y si este era evitable.
 - las medidas asistenciales y de soporte clínico y psicológico realizadas durante el proceso que llevó al fallecimiento.
 - Estudio de los problemas que sean causa desencadenante o relevante en la muerte de los pacientes.
 - Monitorización del porcentaje de autopsias realizadas.
 - Monitorización de las correlaciones entre el diagnóstico clínico y el ananatomopatológico.

- Impulsar la realización de revisiones de la mortalidad en los Servicios para analizar y prevenir los problemas existentes a nivel del Servicio.
- Estudiar aspectos concretos de la mortalidad de determinado tipo de pacientes (mortalidad en determinados diagnósticos etc.)

LA MORTALIDAD INFANTIL COMO INDICADOR DEL NIVEL DE SALUD

La mortalidad infantil ha sido tradicionalmente considerada como uno de los indicadores mas específicos del nivel de desarrollo económico y sanitario de un país (30,32,48,49).

La mortalidad infantil está reconocida internacionalmente como indicador único de mejor calidad para el estudio en síntesis de los múltiples factores económicos, sociales (50,51,52,53,54) y puramente sanitarios que afectan a una determinada comunidad (32,55,56).

El descenso de la mortalidad sirve para medir el nivel de atención médica junto con las demás acciones de salud y desarrollo (30).

Todos estos factores se revelan cuando comparamos tasas de mortalidad infantil en distintos países.

Considerando que a lo largo del presente siglo la mortalidad infantil estaba profundamente influenciada por su componente postneonatal -reflejo de las condiciones higiénicas, sanitarias y sociales de una comunidad- era lógica su utilización como indicador del grado de desarrollo que estas variables habían alcanzado en la comunidad en estudio. Por otra parte el grupo de población de menores de 1 año constituye un segmento importante de la población general y es, además, un sector que absorbe una gran proporción de los servicios médico-asistenciales, por lo que constituye un grupo suficientemente adecuado para la evaluación de dichos servicios.

En la actualidad debido a un cambio en las circunstancias originales, la mortalidad infantil en su conjunto ha dejado de ser, en cierta medida, un indicador sensible a las variaciones económicas y sanitarias en los países desarrollados (57,58), ya que en ellos el componente neonatal y especialmente el neonatal precoz (profundamente influido por factores genéticos y hereditarios) ha adquirido un papel preponderante (48).

Con todo, la importancia epidemiológica de la mortalidad infantil no puede ser descartada, y ello por un triple motivo: En primer lugar por la importancia que reviste la identificación de grupos de riesgo en uno de los sectores más vulnerables de la población. En segundo lugar, es necesario su estudio para valorar la influencia que ejerce sobre la esperanza de vida, indicador que, pese a su escasa sensibilidad, es profusamente utilizado en los estudios comparativos de mortalidad. En tercer lugar, y pese a los inconvenientes anteriormente apuntados, las tendencias en la mortalidad infantil permiten todavía el estudio evaluativo de la asistencia sanitaria (48).

INDICES PARA MEDIR EL NIVEL DE SALUD

Ninguno de los problemas que se plantean al médico y al administrador sanitario es mas importante que la medición del nivel de salud de la población (33,59).

Por lo general las mediciones de la salud son indirectas y se hacen a través de la mortalidad, de la expectativa de vida y de la morbilidad. Esta última es difícil de obtener con excepción de las enfermedades transmisibles que son de declaración obligatoria.

En la experiencia médica, la salud se expresa por un grado de conformidad que no excede de límites de variación tolerables, con las normas establecidas para determinadas características, teniendo en cuenta ciertas condiciones fundamentales como la edad, el sexo, la colectividad, la región... Todo esto nos confirma que la salud es una noción relativa. Estrictamente hablando no cabe considerar a la mortalidad como índice de salud; sin embargo la experiencia ha enseñado que existe entre ambos términos una correspondencia cuantitativa que, por determinados valores de uno, permite inferir ciertos valores del otro (33).

El problema de la medición directa del nivel de salud de la población no está resuelto; deberá ser objeto de nuevas investigaciones no solo en los laboratorios de estudio sino también en los lugares donde la gente vive, trabaja, enferma y muere.

Mientras tanto habrá que usar diversos índices indirectos que lo que en realidad miden son las desviaciones del estado de salud

y no la salud misma. Estos indicadores podemos dividirlos en cuatro apartados:

a) Los que se refieren al estado de salud de las personas y y de los grupos de población que viven en una región.

b) Los que se refieren a las condiciones del medio que pueden influir de manera mas o menos directa sobre el estado de salud de la población.

c) Los que se refieren a las actividades y a los servicios de salud que tienen por objeto específico protegerla.

d) Indicadores economicosociales que miden el desarrollo económico y social de la comunidad y que indirectamente indican el nivel de salud.

EVOLUCION DE LA MORTALIDAD INFANTIL EN ESPAÑA

Para juzgar el estado de salud de la población infantil, tenemos el método directo que se obtiene mediante los datos recogidos en los exámenes sanitarios o controles en sus parámetros antropométricos, clínicos, psicológicos y sociales de cada niño, en los intervalos de tiempo que corresponde a los subperiodos de la primera, segunda y tercera infancia: cada semana, en el neonatal; cada mes en el postneonatal; cada trimestre en el segundo año de la vida; cada semestre en el tercero, y cada año hasta el final de la adolescencia.

Pero este método directo, para valorar el estado de salud es difícil llevarlo a la práctica dado su alto coste económico.

Por esta razón se recurre al método indirecto, es decir, el de los fenómenos demográficos de la mortalidad de la infancia, en particular del lactante o infantil propiamente dicha y de la mortalidad perinatal, preescolar, escolar, etc.

La mortalidad infantil en España durante el periodo de tiempo comprendido entre 1900 y 1976 sufre un importante descenso.

Las cifras absolutas, que en 1900 registraron un total de 128.395 defunciones, de las cuales 70.264 correspondían al sexo masculino y 58.131 al sexo femenino, en 1976 han dado un total de 11.590 defunciones infantiles, correspondiendo 6.735 a niños y 4.855 a niñas.

De esta forma las tasas de mortalidad infantil han caído a lo largo de este periodo: de 213.29 por 1000 nacidos vivos para el

sexo masculino y 194.69 por 1000 nacidos vivos para el sexo femenino en 1900, se ha pasado en 1976, a 19.29 y 14.79 por cada 1000 nacidos vivos, para niños y niñas, respectivamente (48).

Segun datos de la memoria estadística 1984-85 del Ministerio de Sanidad y Consumo (60) la mortalidad infantil en España estaba en un 14.27%

Segun Bolumar et al.(48) la mortalidad infantil en España durante el periodo comprendido entre 1900 y 1976 sufre un importante descenso, que podemos cuantificar en un 92% en el sexo femenino y en un 91% en el sexo masculino. Dicho descenso se ve unicamente interrumpido por la mortalidad producida por la gripe en 1918 y por las consecuencias que la guerra y postguerra civil española tuvieron en 1936-41 sobre la población española.

Esta disminución global se repite en todas y cada una de las regiones españolas con porcentajes de reducción que oscilan entre un 95% y un 85% en las niñas y entre un 93% y un 85% en los niños. Entre todas las regiones, las que mayor reducción han experimentado han sido Aragón, Extremadura, Madrid y Castilla-La Mancha y las que menor Baleares y Galicia. Los motivos de esta diversidad pueden entenderse como resultado de la conjunción de tres factores: la emigración, la concentración urbana y los niveles de mortalidad existentes en cada región a principios de siglo.

La contribución que cada región española ha realizado a la disminución de la mortalidad infantil a nivel nacional es el resultado de una interacción bastante compleja entre los niveles de reducción de mortalidad, las variaciones en la proporción de

la población que cada región suponía del total nacional a lo largo del siglo y las variaciones en el tamaño de la población propio de cada región. La conjunción de estas tres variables da como resultado que Andalucía, por su importante reducción en la mortalidad y por su considerable peso específico en el número de nacidos vivos que contribuye al total nacional, sea la región, que con un 25%, mas ha contribuido al descenso global de la mortalidad infantil en España. Castilla-León y Castilla-La Mancha son las otras dos regiones que mas han contribuido al descenso, hasta tal punto que si agrupamos estas dos regiones con Andalucía ellas tres suponen el 50% de la disminución de la mortalidad infantil española. (48)

Evolución de la Mortalidad Infantil, Neonatal, Postneonatal y Perinatal en España 1951-1979 (61).

(Fuente: Boletín Epidemiológico Semanal nº 1675)(20-3-85)

AÑOS	MORTALIDAD INFANTIL	MORTALIDAD NEONATAL	MORTALIDAD POSTNEONATAL	MORTALIDAD PERINATAL
1951	66,30	20,88	45,42	33,62
1952	58,73	20,56	38,17	35,81
1953	56,99	20,17	36,82	36,53
1954	53,17	19,10	34,07	36,95
1955	54,99	19,39	35,60	36,85
1956	50,47	18,54	31,93	35,91
1957	51,15	18,82	32,33	35,24
1958	46,27	16,78	29,48	35,29
1959	46,55	17,48	29,08	34,25
1960	41,91	18,44	23,47	36,64
1961	44,03	18,89	25,14	36,26
1962	39,32	18,23	21,10	35,62
1963	38,44	18,32	20,12	33,95
1964	37,23	18,58	18,65	31,68
1965	35,87	18,05	17,83	30,91
1966	34,11	17,59	16,52	29,43
1967	32,08	17,81	14,26	28,49
1968	30,55	17,23	13,32	28,04
1969	28,34	16,43	11,91	26,22
1970	26,31	15,63	10,68	25,48
1971	24,19	14,43	9,76	24,20
1972	21,40	13,37	8,03	23,41
1973	20,00	12,37	7,63	21,53
1974	18,46	11,69	6,76	19,95
1975	18,88	12,57	6,32	21,09
1976	17,11	11,76	5,35	20,06
1977	16,03	11,05	4,98	18,89
1978	15,25	10,54	4,71	17,43
1979	14,27	10,01	4,27	16,64

Comparación de la mortalidad infantil en España con otros países desarrollados en 1982

Pais	Mortalidad infantil 0/00 nacimientos
R.F.A.	10.9
Bélgica	11.3
Dinamarca	8.2
Francia	9.5
Grecia	15.1
Irlanda	10.5
Italia	13.1
Luxenburgo	12.1
Países Bajos	8.3
Reino Unido	11
Austria	12.8
España	9.5
Noruega	6.5 (1981)
Portugal	26 (1979)
Suecia	6.8
Suiza	7.7
Bulgaria	18.2
Hungría	20
Polonia	20.2
R.D.A.	11.4
Rumania	28.6 (1981)
Checoslovaquia	16.2
U.R.S.S.	27.7 (1978)
Yugoslavia	29.9
Canadá	9.1
Estados Unidos	11.3
Japón	6.6
Australia	10.3
Nueva Zelanda	11.8

Fuente: Population et Sociétés. N.º 184, Octubre, 1984

Comparación de la mortalidad infantil en Andalucía 1950-80

	1950	1960	1970	1980
Almería	64.81	46.87	35.95	13.07
Cádiz	67.21	40.20	26.10	14.4
Córdoba	83.05	43.06	34.24	14.45
Granada	75.71	43.74	32.64	12.41
Huelva	63.36	50.25	29.33	15.06
Jaén	81.62	46.84	31.29	13.16
Málaga	56.66	29.80	24.56	12.35
Sevilla	76.05	34.11	32.62	12.27
Andalucía	72.24	40.56	30.41	13.21
España	69.84	43.67	30.41	14.81

Fuente: Indicadores Demográficos de Andalucía. 1950-1981.
I.N.E.

En Andalucía la mortalidad infantil global presenta una tendencia decreciente al igual que en España. En el periodo 50-81 las tasas Andaluzas son superiores a las españolas. En 1980 es mas alta la tasa nacional (14.81) que la andaluza (13.21) (65).

Según el Boletín Epidemiológico de la Junta de Andalucía de Enero de 1987 (66) la mortalidad en Andalucía es mayor que en España en los menores de 1 año en ambos sexos.

La contribución de Andalucía a la reducción de la mortalidad



infantil en el periodo 1900-76 fue de un 25% (48).

A nivel provincial se pueden apreciar diferencias en la evolución de las tasas de mortalidad infantil durante el periodo 1950-79. Las provincias de Córdoba, Jaén y Granada han presentado tasas mas elevadas que Andalucía, mientras que Cádiz y Sevilla muestran valores inferiores.

En el año 1980 las provincias que presentaron las tasas mas elevadas fueron Huelva (15.06) y Córdoba (14.45) siendo la de Sevilla la mas baja (12.3) (65).

HIPOTESIS DE TRABAJO

Iniciamos nuestro trabajo sobre los exitus de 28 días a 7 años en el Hospital Infantil Universitario Virgen del Rocío de Sevilla en el año 1986, sirviendonos como punto de partida el trabajo publicado por Nézelof (67) sobre un estudio en l'Hôpital des Enfants-Malades de Paris sobre 1098 casos anatomo-clínicos.

Existen en la bibliografía estudios realizados sobre mortalidad en la población general (8,68,69) infantil (48,70,71), mortalidad por sexo (64,72,73), factores sociales (74,75,76,77), estudios necrópsicos (78), en unidades de cuidados intensivos pediátricas (79), pero no hemos encontrado estudios del tipo del que hemos realizado sobre los exitus y otros aspectos relacionados con los mismos en hospitales pediátricos.

Con motivo de la puesta en marcha en nuestro Hospital de los Controles de Calidad de Asistencia Sanitaria, desarrollados por las Comisiones de Garantía de la Calidad, es uno de los objetivos de nuestro estudio el aportar datos básicos referentes a los exitus con vista a la utilización de los mismos por la futura Comisión de Mortalidad en los parámetros que estime oportunos.

Hemos realizado un estudio descriptivo del fenómeno muerte, relacionándolo con una serie de factores ligados a ella, estudiando y clasificando los diagnósticos, comparando los resultados en los casos que ha sido factible con lo sucedido en otros tipos de estudios que en algún punto pudiera valorarse frente a los nuestros.

A continuación expondremos los distintos parámetros valorados en nuestro estudio y su justificación.

Duración del estudio

El periodo de 5 años recogido en nuestro estudio del 81 al 85, era el mas reciente que podiamos abordar y se tomó esta serie de tiempo recomendada por otros autores (70,80) para estudios de estas características.

Sexo

En todos los estudios consultados hemos encontrado un predominio de exitus en los varones respecto a las hembras (64,67,72,73,81,82,83) extremo este que teníamos que constatar en nuestros resultados.

Edad

El grupo de edad comprendido en nuestro estudio (de 28 dias a 7 años) abarca el periodo correspondiente a la mortalidad postneonatal que comprende a los mayores de 28 dias y menores de 1 año, y a los fallecidos entre 1 y 7 años de edad.

Hemos excluido a los menores de 28 dias que constituyen un grupo aparte (mortalidad neonatal) con una patología "sui generis" que sale fuera de los objetivos de este trabajo. Una vez superado los 28 dias entramos en un periodo en el cual las causas de muerte son mas variadas y estudiamos este periodo tambien conocido como de "mortalidad del lactante".

Es clásico encontrar en algunos estudios de mortalidad, el

periodo denominado "preescolar" que comprende las muertes ocurridas entre 1 y 4 años (35) también denominada "childhood mortality" por los anglosajones (36,37), o "mortalidad de 1 a 4 años" en los estudios de la OMS (4,38). Sin embargo otros autores amplian este periodo de tiempo hasta los 7 años, denominándolo "mortalidad de la pequeña infancia" (32), periodo este el cual hemos recogido en nuestro estudio.

Los objetivos de este apartado son que existe una patología predominante en los distintos grupos de edad como recogen otros autores (35,67,70,84).

Procedencia

El Hospital Infantil Universitario Virgen del Rocio, es un centro regional que recibe enfermos de otras provincias, en las cuales no se dispone de las distintas unidades especializadas que su patología requiere, por lo tanto algunos de los resultados no son extrapolables a otros centros que no reúnan las mismas características. Es por tanto completamente necesario el conocer la procedencia de los exitus y de los ingresos así como ver si existe diferencia en la mortalidad entre los procedentes del medio urbano y el rural como encuentran otros autores (16,85).

Servicio de ingreso

El objetivo de este apartado ha sido conocer la procedencia del servicio de exitus y saber si existen cambios en la utilización de los servicios en los distintos años.

Mes de defunción

Los cambios climatológicos tiene una acción sobre el enfermar de los sujetos (86,87,88), así como algunos tipos de enfermedades suelen presentarse con una predilección estacional, por eso nos ha parecido de interés la recogida de este apartado.

Hora de defunción

En el estudio de Nézelof (67) encontró un mayor predominio de exitus durante la noche, extremo este que quisimos comprobar en nuestro estudio.

Duración de la hospitalización

Desde el punto de vista administrativo del hospital, nos interesaba conocer este dato, así también, para conocer que tipo de enfermedades presentaban un mayor o menor tiempo de ingreso.

Causas de exitus

Desde el punto de vista clínico, es el capítulo más importante de nuestro trabajo, el cual, nos ha permitido conocer en una serie de 5 años las causas de los exitus ocurridos en el hospital, agrupados en los dos periodos de edad de menores y mayores de 1 año. Insistimos en que estos resultados no pueden extrapolarse a una población extrahospitalaria y aún dentro de los centros asistenciales a los que no correspondan a un nivel regional, por el sesgo que supone en los resultados.

Necropsias

Uno de los parámetros a considerar en la calidad científica de un hospital es el número de necropsias realizados, así como la correlación clínica-anatomopatológica de los diagnósticos.

MATERIAL Y METODOS

MATERIAL

El estudio se ha realizado en el Hospital Infantil Universitario Virgen del Rocio de Sevilla. Este centro dispone de un total de 293 camas distribuidas en los siguientes servicios (63):

Neonatología.....	25%
Lactantes.....	30%
Escolares.....	26%
Nefrología	
.....	6%
Oncología-hematología	
Infecciosos.....	7%
UCI.....	6%

	100%

más:

Observación.....	7%
Hospital de dia.....	2%

Cuenta el Hospital con un Departamento de cirugía pediátrica y un Departamento de pediatría organizados en los siguientes servicios y secciones (63):

Departamento de Cirugía

1 J.Dpto. cirugía.....	1 J. Serv.....	2 J. Sección....	8 Adjuntos
1 J. Ser. Anestesia.....		3 J. Sección....	6 Adjuntos
Traumatología y Ortopedia.....		1 J. Sección....	5 Adjuntos
Cirugía cardiovascular.....		1 J. Sección....	1 Adjunto
O.R.L.....		1 J. Sección....	1 Adjunto
Oftalmología.....			1 Adjunto
Neurocirugía.....			2 Adjuntos

Departamento de Pediatría

1 J. Serv. Neonatología.....	1 J. Sección.....		16 Adjuntos
1 J. Serv. Lactantes.....	1 J. Sección.....		9 Adjuntos
1 J. Serv. Escolares			
Pediatría general.....			2 Adjuntos
Endocrinología.....			1 Adjunto
U.C.I.....	1 J. Sección.....		4 Adjuntos
Infecciosos.....	1 J. Sección.....		2 Adjuntos
Nefrología.....	1 J. Sección.....		3 Adjuntos
Neurología.....	1 J. Sección.....		3 Adjuntos
Oncología.....	1 J. Sección.....		1 Adjunto
1 J. Servicio Urgencias/Observación			
Observación.....			1 Adjunto
Psiquiatría.....	1 J. Sección		
Cardiología.....	1 J. Sección.....		2 Adjuntos
Hemodinámica.....	1 J. Sección.....		1 Adjunto
Respiratorio.....	1 J. Sección.....		1 Adjunto
Inmunología.....	1 J. Sección		

Genética.....	1	Adjunto
Pediatría general.....	2	Adjuntos

Servicios Comunes

Radiología.....	1	J. Sección.....	6	Adjuntos
Hematología.....	1	J. Sección.....	2	Adjuntos
Laboratorio.....	1	J. Sección.....	4	Adjuntos
Microbiología.....	1	J. Sección.....	2	Adjuntos
E.E.G.....	1	J. Sección.....	1	Adjunto

Para el estudio se ha recogido un grupo control de los ingresos de 300 casos por año, obtenidos aleatoriamente, de los libros de registro de ingresos del hospital en los años 1981-85.

Hemos recogido los 263 exitus de 28 días a 7 años habidos en el hospital en el mismo periodo de tiempo y que al constituir la casuística de nuestro estudio recogemos a continuación:

NOMBRE: D.V.C. H.C.: 59949-81 PROTOCOLO No: 1
SEXO: V EDAD: 5 meses PROCEDENCIA: Urbana
PESO NAC.: 1.5 kg. PESO EXITUS: 4.1 kg. MES EXITUS: Febrero
HORA EXITUS: N.3.h. SERV. EXITUS: U.C.I. DUR. HOSPIT.: 2 M.
DIAG. CLIN. PRIN.: C.I.V.
DIAG. CLIN. SEC.: Insuficiencia cardiaca.
DIAG. A-P PRIM.: No concedida.
DIAG. A-P. SEC.:
CLASIFICACION: XIV-745.4

NOMBRE: R.A.M. H.C.: 30427-81 PROTOCOLO No: 2
SEXO: H EDAD: 5 Años PROCEDENCIA: Rural
PESO NAC.: 2.5 kg. PESO EXITUS: 18 kg. MES EXITUS: Marzo
HORA EXITUS: T. 17 h. SERV. EXITUS: U.C.I. DUR. HOSPIT.: 8 D.
DIAG. CLIN. PRIN.: Coma metabolico.
DIAG. CLIN. SEC.: Status convulsivo.
DIAG. A-P PRIM.: No concedida.
DIAG. A-P SEC.:
CLASIFICACION: XVI-780.0

NOMBRE: P.V.D. H.C.: 63967-81 PROTOCOLO No: 3
SEXO: H EDAD: 15 Meses PROCEDENCIA: Urb.Reg.
PESO NAC.: N.C PESO EXITUS: 10 kg. MES EXITUS: Diciembre
HORA EXITUS: T.17.30h.SERV. EXITUS: U.C.I. DUR. HOSPIT.: 3 H.
DIAG. CLIN. PRIN.: Sepsis meningococica.
DIAG. CLIN. SEC.: C.I.D. I.R.A.
DIAG. A-P PRIM.: No concedida.
DIAG. A-P SEC.:
CLASIFICACION: I-036.2

NOMBRE: M.R.P. H.C.: 30948-81 PROTOCOLO No 4
SEXO: V EDAD: 4 Años PROCEDENCIA: Rural
PESO NAC.: 2.9 kg. PESO EXITUS: 11.4 kg. MES EXITUS: Abril
HORA EXITUS: T.17.30h.SERV. EXITUS: U.C.I. DUR. HOSPIT.: 7 D.
DIAG. CLIN. PRIN.: Encefalopatia malformativa.
DIAG. CLIN. SEC.:
DIAG. A-P PRIM.: No concedida.
DIAG. A-P SEC.:
CLASIFICACION: XIV-742.9

NOMBRE: H.Ch.P. H.C.: 63887-81 PROTOCOLO No: 5
SEXO: H EDAD: 2 Meses PROCEDENCIA: Urbana
PESO NAC.: 1,640 kg. PESO EXITUS: 2 kg. MES EXITUS: Mayo
HORA EXITUS: N.2.45.h.SERV. EXITUS: Prem. DUR. HOSPIT.: 60 D.
DIAG. CLIN. PRIN.: G.E.A.
DIAG. CLIN. SEC.: Meningitis.
DIAG. A-P PRIM.: No concedida.
DIAG. A-P SEC.:
CLASIFICACION: I-009.1

NOMBRE: M.N.T. H.C.: 62933-81 PROTOCOLO No: 6
SEXO: H EDAD: 6 Meses PROCEDENCIA: Urbana
PESO NAC.: 6.060 kg. PESO EXITUS: 3.400 kg. MES EXITUS: Marzo
HORA EXITUS: T. 18. h.SERV. EXITUS: Lact. DUR. HOSPIT.: 52 D.
DIAG. CLIN. PRIN.: Encefalopatia.
DIAG. CLIN. SEC.: Desnutricion grave.
DIAG. A-P PRIM.: No concedida.
DIAG. A-P SEC.:
CLASIFICACION: XIV-742.9

NOMBRE: R.E.M. H.C.: 62574-81 PROTOCOLO No: 7
SEXO: V EDAD: 14 Meses PROCEDENCIA: Urbana
PESO NAC.: 3.250 kg. PESO EXITUS: 9.500 kg. MES EXITUS: Abril
HORA EXITUS: T. 20. h. SERV. EXITUS: U.C.I. DUR. HOSPIT.: 1 D.
DIAG. CLIN. PRIN.: Síndrome de Reye.
DIAG. CLIN. SEC.: Coma Neurológico.
DIAG. A-P PRIM.: Síndrome de Reye.
DIAG. A-P SEC.:
CLASIFICACION: VI-331.8

NOMBRE: P.V.S. H.C.: 65081-81 PROTOCOLO No: 8
SEXO: H EDAD: 23 Meses PROCEDENCIA: Urbana
PESO NAC.: N.C PESO EXITUS: 10. kg. MES EXITUS: Mayo
HORA EXITUS: T.17. h. SERV. EXITUS: U.C.I. DUR. HOSPIT.: 2 H.
DIAG. CLIN. PRIN.: Sepsis Meningocócica.
DIAG. CLIN. SEC.: C.I.D.
DIAG. A-P PRIM.: No concedida.
DIAG. A-P SEC.:
CLASIFICACION: I-036.2

NOMBRE: P.S.M. H.C.: 63835-81 PROTOCOLO No: 9
SEXO: H EDAD: 18 Meses PROCEDENCIA: Rur.Reg.
PESO NAC.: N.C. PESO EXITUS: 12 kg. MES EXITUS: Marzo
HORA EXITUS: N.1.30 h.SERV. EXITUS: U.C.I. DUR. HOSPIT.: 2 D.
DIAG. CLIN. PRIN.: Gran quemado.
DIAG. CLIN. SEC.: Shock hipovolemico.
DIAG. A-P PRIM.: No concedida.
DIAG. A-P SEC.:
CLASIFICACION: XVII-949.3

NOMBRE: E.S.H. H.C.: 56141-81 PROTOCOLO No: 10
SEXO: V EDAD: 14 Meses PROCEDENCIA: Rural
PESO NAC.: 2.350 kg. PESO EXITUS: 5.870 kg. MES EXITUS: Abril
HORA EXITUS: N.1.15 h.SERV. EXITUS: Lact. DUR. HOSPIT.: 5 H.
DIAG. CLIN. PRIN.: Bronquiolitis aguda.
DIAG. CLIN. SEC.: Sind. de Holt-Oram G.E.A. C.I.A.
DIAG. A-P PRIM.: Bronconeumonia bilateral.
DIAG. A-P SEC.: Polimalformado.
CLASIFICACION: VIII-485

NOMBRE: V.S.F. H.C.: 63826-81 PROTOCOLO No: 11
SEXO: V EDAD: 49 Dias PROCEDENCIA: Rur.Reg.
PESO NAC.: 1.400 kg. PESO EXITUS: 1.580 kg. MES EXITUS: Abril
HORA EXITUS: N.0.15 h. SERV. EXITUS: Prem. DUR. HOSPIT.: 48 D.
DIAG. CLIN. PRIN.: Prematuridad
DIAG. CLIN. SEC.: Sepsis Candida
DIAG. A-P PRIM.: No concedida.
DIAG. A-P SEC.:
CLASIFICACION: XV-765.1

NOMBRE: M.B.P. H.C.: 50.321-81 PROTOCOLO No: 12
SEXO: H EDAD: 2 Años PROCEDENCIA: Urbana
PESO NAC.: 6.450 kg. PESO EXITUS: 14. kg. MES EXITUS: Junio
HORA EXITUS: T.18.30h. SERV. EXITUS: U.C.I. DUR. HOSPIT.: 3 H.
DIAG. CLIN. PRIN.: Sindrome de Rubinsteyn-Taybi
DIAG. CLIN. SEC.: Insuficiencia cardiorrespiratoria
DIAG. A-P PRIM.: No concedida.
DIAG. A-P SEC.:
CLASIFICACION: XIV-759.8

NOMBRE: A.C.C. H.C.: 64291-81 PROTOCOLO No: 13
SEXO: V EDAD: 18 Meses PROCEDENCIA: Urbana
PESO NAC.: 2.800 kg. PESO EXITUS: 3. kg. MES EXITUS: Abril
HORA EXITUS: N.C. SERV. EXITUS: U.C.I. DUR. HOSPIT.: 20 D.
DIAG. CLIN. PRIN.: Toxoplasmosis congenita.
DIAG. CLIN. SEC.: Hidrocefalia.
DIAG. A-P PRIM.: Toxoplasmosis.
DIAG. A-P SEC.: Hidrocefalia.
CLASIFICACION: XV-771.2

NOMBRE: A.B.C. H.C.: 64621-81 PROTOCOLO No: 14
SEXO: V EDAD: 18 Meses PROCEDENCIA: Rural
PESO NAC.: 3.200 kg. PESO EXITUS: 6.100 kg. MES EXITUS: Junio
HORA EXITUS: T. 18. h. SERV. EXITUS: Lact.C DUR. HOSPIT.: 60 D.
DIAG. CLIN. PRIN.: Bronconeumonia aspirativa.
DIAG. CLIN. SEC.: Fistula Traqueo Esofagica.
DIAG. A-P PRIM.: Bronconeumonia aspirativa.
DIAG. A-P SEC.: Fistula Traqueoesofagica.
CLASIFICACION: VIII-507.0

NOMBRE: J.R.L. H.C.: 63353-81 PROTOCOLO No: 15
SEXO: V EDAD: 8 Meses PROCEDENCIA: Rural
PESO NAC.: 4.450 kg. PESO EXITUS: 6.350 kg. MES EXITUS: Octubre
HORA EXITUS: T. 20. h. SERV. EXITUS: Lact. DUR. HOSPIT.: 4 D.
DIAG. CLIN. PRIN.: T.G.V. con septo integro.
DIAG. CLIN. SEC.: Neumonia.
DIAG. A-P PRIM.: No concedida.
DIAG. A-P SEC.:
CLASIFICACION: XIV-745.1

NOMBRE: V.L.B. H.C.: 65489-81 PROTOCOLO No: 16
SEXO: V EDAD: 3 Meses PROCEDENCIA: Urbana
PESO NAC.: 3.350 kg. PESO EXITUS: 4.920 kg. MES EXITUS: Sept.
HORA EXITUS: M.13 h. SERV. EXITUS: Lact. DUR. HOSPIT.: 106 D.
DIAG. CLIN. PRIN.: Polimalformado.
DIAG. CLIN. SEC.: Cardiopatia Congenita.
DIAG. A-P PRIM.: No concedida.
DIAG. A-P SEC.:
CLASIFICACION: XIV-759.9

NOMBRE: R.P.M. H.C.: 57100-81 PROTOCOLO Nº: 17
SEXO: V EDAD: 14 Meses PROCEDENCIA: Rural
PESO NAC.: 4.100 kg. PESO EXITUS: 6.250 kg. MES EXITUS: Julio
HORA EXITUS: M. 14 h. SERV. EXITUS: Lact. DUR. HOSPIT.: 16 D.
DIAG. CLIN. PRIN.: Atresia vias biliares.
DIAG. CLIN. SEC.: Cardiopatía Congenita.
DIAG. A-P PRIM.: Atresia vias biliares.
DIAG. A-P SEC.: Cardiomegalia.
CLASIFICACION: XIV-751.6

NOMBRE: M J.A.G. H.C.: 30255-81 PROTOCOLO Nº: 18
SEXO: H EDAD: 5 Años PROCEDENCIA: Rural
PESO NAC.: 2.900 kg. PESO EXITUS: 17.700kg. MES EXITUS: Noviembre
HORA EXITUS: M.9.30h. SERV. EXITUS: U.C.I. DUR. HOSPIT.: 5 D.
DIAG. CLIN. PRIN.: Síndr. Convulsivo Metabólico.
DIAG. CLIN. SEC.: Paro Cardíaco.
DIAG. A-P PRIM.: No concedida.
DIAG. A-P SEC.:
CLASIFICACION: XVI-788.9

NOMBRE: R.G.B. H.C.: 64996-81 PROTOCOLO Nº: 19
SEXO: V EDAD: 4 Años PROCEDENCIA: Urbana
PESO NAC.: 4.500 kg. PESO EXITUS: 17 kg. MES EXITUS: Mayo
HORA EXITUS: M. 8 h. SERV. EXITUS: U.C.I. DUR. HOSPIT.: 3 D.
DIAG. CLIN. PRIN.: Sepsis Meningococica.
DIAG. CLIN. SEC.: C.I.D.
DIAG. A-P PRIM.: No concedida.
DIAG. A-P SEC.:
CLASIFICACION: I-036.2

NOMBRE: M.B.F. H.C.: 64016-81 PROTOCOLO Nº: 20
SEXO: H EDAD: 4 Meses PROCEDENCIA: Rural
PESO NAC.: 3.350 kg. PESO EXITUS: 5.765 kg. MES EXITUS: Abril
HORA EXITUS: M. 12 h. SERV. EXITUS: U.C.I. DUR. HOSPIT.: 1 D.
DIAG. CLIN. PRIN.: Acidosis Metabolica.
DIAG. CLIN. SEC.:
DIAG. A-P PRIM.: Sindrome de Reye.
DIAG. A-P SEC.: Infarto de Miocardio.
CLASIFICACION: VI-331.8

NOMBRE: C.S.C. H.C.: 64094-81 PROTOCOLO Nº: 21
SEXO: H EDAD: 5 Meses PROCEDENCIA: Urbana
PESO NAC.: 1.560 kg. PESO EXITUS: 3.100 kg. MES EXITUS: Agosto
HORA EXITUS: M.10.45h. SERV. EXITUS: Lact. DUR. HOSPIT.: 5 M.
DIAG. CLIN. PRIN.: Sind. de Dandy-Walker.
DIAG. CLIN. SEC.: Meningitis Purulenta.
DIAG. A-P PRIM.: No concedida.
DIAG. A-P SEC.:
CLASIFICACION: XIV-742.3

NOMBRE: M.C.M. H.C.: 40849-81 PROTOCOLO Nº: 22
SEXO: V EDAD: 3 Años PROCEDENCIA: Urbana
PESO NAC.: 3.050 kg. PESO EXITUS: 12 kg. MES EXITUS: Noviembre
HORA EXITUS: M. 10 h. SERV. EXITUS: Preesc. DUR. HOSPIT.: 22 D.
DIAG. CLIN. PRIN.: Tetralogia de Fallot.
DIAG. CLIN. SEC.: Hiperplasia rama pulmonar derecha.
DIAG. A-P PRIM.: No concedida.
DIAG. A-P SEC.:
CLASIFICACION: XIV-745.2

NOMBRE: J.A.F. H.C.: 62300-81 PROTOCOLO Nº: 23
SEXO: V EDAD: 9 Meses PROCEDENCIA: Urbana
PESO NAC.: 3.200 kg. PESO EXITUS: 4.800 kg. MES EXITUS: Sept.
HORA EXITUS: T. 15 h. SERV. EXITUS: U.C.I. DUR. HOSPIT.: 20 D.
DIAG. CLIN. PRIN.: Estenosis pulmonar severa.
DIAG. CLIN. SEC.:
DIAG. A-P PRIM.: Estenosis pulmonar severa.
DIAG. A-P SEC.:
CLASIFICACION: XIV-747.3

NOMBRE: J.P.H. H.C.: 63683-81 PROTOCOLO Nº: 24
SEXO: V EDAD: 6 Meses PROCEDENCIA: Rur.Reg.
PESO NAC.: 2.600 kg. PESO EXITUS: 4.300 kg. MES EXITUS: Sept.
HORA EXITUS: N. 3 h. SERV. EXITUS: U.C.I. DUR. HOSPIT.: 91 D.
DIAG. CLIN. PRIN.: Atresia esofágica
DIAG. CLIN. SEC.: Insuficiencia respiratoria
DIAG. A-P PRIM.: No concedida.
DIAG. A-P SEC.:
CLASIFICACION: XIV-750.3

NOMBRE: V.L.S. H.C.: 65476-81 PROTOCOLO No: 25
SEXO: V EDAD: 3 Meses PROCEDENCIA: Urb.Reg.
PESO NAC.: 1.800 kg. PESO EXITUS: 2.210 kg. MES EXITUS: Julio
HORA EXITUS: N. 3. h. SERV. EXITUS: U.C.I. DUR. HOSPIT.: 60 D.
DIAG. CLIN. PRIN.: Gastrosquisis.
DIAG. CLIN. SEC.: Perforacion ileal.
DIAG. A-P PRIM.: Gastrosquisis.
DIAG. A-P SEC.: Edema y hemorragia pulmonar bilateral.
CLASIFICACION: XIV-756.7

NOMBRE: V.R.C. H.C.: 62084-81 PROTOCOLO No: 26
SEXO: H EDAD: 2 Meses PROCEDENCIA: Urbana
PESO NAC.: 3.500 kg. PESO EXITUS: 4.450 kg. MES EXITUS: Febrero
HORA EXITUS: M.9.20 h. SERV. EXITUS: Lact. DUR. HOSPIT.: 63 D.
DIAG. CLIN. PRIN.: Sind. de Rubinstein-Taybi.
DIAG. CLIN. SEC.: Miocardiopatia.
DIAG. A-P PRIM.: Sind. de Rubinstein-Taybi.
DIAG. A-P SEC.: Miocardiopatia.
CLASIFICACION: XIV-759.8

NOMBRE: F.S.S. H.C.: 42839-81 PROTOCOLO Nº: 27
SEXO: V EDAD: 4 Años PROCEDENCIA: Urbana
PESO NAC.: 3.250 kg. PESO EXITUS: N.C. MES EXITUS: Marzo
HORA EXITUS: N. 13. h.SERV. EXITUS: Preesc. DUR. HOSPIT.: 4 D.
DIAG. CLIN. PRIN.: Neuroblastoma.
DIAG. CLIN. SEC.: Sepsis.
DIAG. A-P PRIM.: Neuroblastoma.
DIAG. A-P SEC.: Sepsis.
CLASIFICACION: II-194.0

NOMBRE: M.C.L. H.C.: 65870-81 PROTOCOLO Nº: 28
SEXO: V EDAD: 52 Dias PROCEDENCIA: Urbana
PESO NAC.: 4 kg. PESO EXITUS: 3.800 kg. MES EXITUS: Agosto
HORA EXITUS: N. 2 h. SERV. EXITUS: Lact. DUR. HOSPIT.: 23 D.
DIAG. CLIN. PRIN.: Hipertension pulmonar primaria.
DIAG. CLIN. SEC.: Ductus arterioso persistente.
DIAG. A-P PRIM.: Hipertension pulmonar primaria.
DIAG. A-P SEC.: Ductus arterioso persistente.
CLASIFICACION: VII-416.0

NOMBRE: A.M.R. H.C.: 66511-81 PROTOCOLO Nº: 29
SEXO: V EDAD: 6 Años PROCEDENCIA: Rur.Reg.
PESO NAC.: N.C. PESO EXITUS: N.C. MES EXITUS: Julio
HORA EXITUS: N.O.30h. SERV. EXITUS: U.C.I. DUR. HOSPIT.: 0 H.
DIAG. CLIN. PRIN.: Invaginacion Intestinal.
DIAG. CLIN. SEC.: Diverticulo de Meckel.
DIAG. A-P PRIM.: Perforacion Intestinal.
DIAG. A-P SEC.: Necrosis hemorragica.
CLASIFICACION: IX-569.6

NOMBRE: J.M.F. H.C.: 66511-81 PROTOCOLO Nº: 30
SEXO: V EDAD: 56 Dias PROCEDENCIA: Urbana
PESO NAC.: 3.700 kg. PESO EXITUS: 3.650 kg. MES EXITUS: Octubre
HORA EXITUS: T. 15 h. SERV. EXITUS: Lact. DUR. HOSPIT.: 56 D.
DIAG. CLIN. PRIN.: Polimalformado.
DIAG. CLIN. SEC.: Hemorragia pulmonar.
DIAG. A-P PRIM.: Polimalformado.
DIAG. A-P SEC.: Hemorragia pulmonar.
CLASIFICACION: XIV-759.9

NOMBRE: H.M.P. H.C.: 67724-81 PROTOCOLO No: 31
SEXO: H EDAD: 56 Dias PROCEDENCIA: Urbana
PESO NAC.: 1.500 kg. PESO EXITUS: 1.550 kg. MES EXITUS: Noviembre
HORA EXITUS: N.O.15h. SERV. EXITUS: Prem. DUR. HOSPIT.: 56 D.
DIAG. CLIN. PRIN.: Prematuridad.
DIAG. CLIN. SEC.: Bronconeumonia.
DIAG. A-P PRIM.: Prematuridad.
DIAG. A-P SEC.: Bronconeumonia.
CLASIFICACION: XV-765.1

NOMBRE: M A.H.M. H.C.: 43015-81 PROTOCOLO No: 32
SEXO: H EDAD: 2 Años PROCEDENCIA: Rural
PESO NAC.: 3.470 kg. PESO EXITUS: 5.500 kg. MES EXITUS: Marzo
HORA EXITUS: T.17.15h. SERV. EXITUS: Preesc. DUR. HOSPIT.: 2 D.
DIAG. CLIN. PRIN.: Encefalopatia connatal.
DIAG. CLIN. SEC.: Neumonia.
DIAG. A-P PRIM.: No concedida.
DIAG. A-P SEC.:
CLASIFICACION: XIV-742.9

NOMBRE: F.R.R. H.C.: N.C. PROTOCOLO No: 33

SEXO: V EDAD: 23 Meses PROCEDENCIA: Urbana

PESO NAC.: N.C. PESO EXITUS: 10. kg. MES EXITUS: Enero

HORA EXITUS: N. 5. h. SERV. EXITUS: U.C.I. DUR. HOSPIT.: 6 D.

DIAG. CLIN. PRIN.: Asfixia por sofocacion.

DIAG. CLIN. SEC.: Coma neurologico.

DIAG. A-P PRIM.:

DIAG. A-P SEC.:

CLASIFICACION: XVII-994.7

NOMBRE: M J.S.B. H.C.: 59965-81 PROTOCOLO No: 34

SEXO: H EDAD: 4 Meses PROCEDENCIA: Rural

PESO NAC.: 4.250 kg. PESO EXITUS: 5.360 kg. MES EXITUS: Enero

HORA EXITUS: N. 4. h. SERV. EXITUS: Lact. DUR. HOSPIT.: 1 D.

DIAG. CLIN. PRIN.: Sepsis, Aspiracion.

DIAG. CLIN. SEC.:

DIAG. A-P PRIM.: No concedida.

DIAG. A-P SEC.:

CLASIFICACION: I-038.9

NOMBRE: D.M.B. H.C.: 61070-81 PROTOCOLO No: 35
SEXO: V EDAD: 1 Año PROCEDENCIA: Urbana
PESO NAC.: 3.150 kg. PESO EXITUS: 8.900 kg. MES EXITUS: Enero
HORA EXITUS: M.11.30h. SERV. EXITUS: U.C.I. DUR. HOSPIT.: 1 D.
DIAG. CLIN. PRIN.: Sepsis meningococica.
DIAG. CLIN. SEC.:
DIAG. A-P PRIM.: No concedida.
DIAG. A-P SEC.:
CLASIFICACION: I-036.2

NOMBRE: R.A.J. H.C.: 45503-81 PROTOCOLO No: 36
SEXO: V EDAD: 3 Años PROCEDENCIA: Rural
PESO NAC.: 3.450 kg. PESO EXITUS: 13.800kg. MES EXITUS: Mayo
HORA EXITUS: N.7.30.h. SERV. EXITUS: Preesc. DUR. HOSPIT.: 4 D.
DIAG. CLIN. PRIN.: Cardiopatía congenita.
DIAG. CLIN. SEC.: Shock cardiogenico.
DIAG. A-P PRIM.: No concedida.
DIAG. A-P SEC.:
CLASIFICACION: XIV-745.3

NOMBRE: R.A.J. H.C.: 45503-81 PROTOCOLO No: 37
SEXO: V EDAD: 3 Años PROCEDENCIA: Rur.Reg.
PESO NAC.: 3.450 kg. PESO EXITUS: 13.800kg. MES EXITUS: Mayo
HORA EXITUS: N.7.30.h.SERV. EXITUS: U.C.I. DUR. HOSPIT.: 4 D.
DIAG. CLIN. PRIN.: Cardiopatía congénita.
DIAG. CLIN. SEC.: Shock cardiogénico.
DIAG. A-P PRIM.: No concedida.
DIAG. A-P SEC.:
CLASIFICACION: XIV-746.9

NOMBRE: H.J.M. H.C.: 63903-81 PROTOCOLO No: 38
SEXO: H EDAD: 2 Meses PROCEDENCIA: Urb.Reg.
PESO NAC.: 2.580 kg. PESO EXITUS: 3.400 kg. MES EXITUS: Mayo
HORA EXITUS: T.16.30h.SERV. EXITUS: U.C.I. DUR. HOSPIT.: 5 D.
DIAG. CLIN. PRIN.: Ureterohidronefrosis bilateral.
DIAG. CLIN. SEC.: Sepsis Klebsiella.
DIAG. A-P PRIM.: No concedida.
DIAG. A-P SEC.:
CLASIFICACION: XIV-753.2

NOMBRE: V.J.M. H.C.: 65008-81 PROTOCOLO No: 39
SEXO: V EDAD: 1 Mes PROCEDENCIA: Urbana
PESO NAC.: 2.400 kg. PESO EXITUS: 3.900 kg. MES EXITUS: Junio
HORA EXITUS: N. 22 h. SERV. EXITUS: U.C.I. DUR. HOSPIT.: 35 D.
DIAG. CLIN. PRIN.: Polimalformado.
DIAG. CLIN. SEC.: Neumotorax.
DIAG. A-P PRIM.: Polimalformado.
DIAG. A-P SEC.: Neumotorax.
CLASIFICACION: XIV-759.9

NOMBRE: V M.M.B. H.C.: 63780-81 PROTOCOLO No: 40
SEXO: V EDAD: 2 Meses PROCEDENCIA: Rural
PESO NAC.: 3.650 kg. PESO EXITUS: 3 kg. MES EXITUS: Mayo
HORA EXITUS: T. 20 h. SERV. EXITUS: U.C.I. DUR. HOSPIT.: 17 D.
DIAG. CLIN. PRIN.: Sindrome de Down.
DIAG. CLIN. SEC.: Cardiopatia congenita.
DIAG. A-P PRIM.: No concedida.
DIAG. A-P SEC.:
CLASIFICACION: XIV-758.0

NOMBRE: A.V.C. H.C.: 62763-81 PROTOCOLO Nº: 41
SEXO: V EDAD: 18 Meses PROCEDENCIA: Urbana
PESO NAC.: N.C. PESO EXITUS: 13 kg. MES EXITUS: Enero
HORA EXITUS: T. 20 h. SERV. EXITUS: U.C.I. DUR. HOSPIT.: 7 H.
DIAG. CLIN. PRIN.: Sepsis meningococica.

DIAG. CLIN. SEC.: C.I.D.

DIAG. A-P PRIM.: No concedida.

DIAG. A-P SEC.:

CLASIFICACION: I-036.2

NOMBRE: I.P.G. H.C.: 60418-81 PROTOCOLO Nº: 42
SEXO: V EDAD: 4 Meses PROCEDENCIA: Rur.Reg.
PESO NAC.: 4.250 kg. PESO EXITUS: 6.230 kg. MES EXITUS: Enero
HORA EXITUS: N. 3.30h. SERV. EXITUS: U.C.I. DUR. HOSPIT.: 45 D.

DIAG. CLIN. PRIN.: T.G.V.

DIAG. CLIN. SEC.: Dificultad retorno venoso.

DIAG. A-P PRIM.: No concedida.

DIAG. A-P SEC.:

CLASIFICACION: XIV-745.1

NOMBRE: A.L.C. H.C.: 63509-81 PROTOCOLO No: 43
SEXO: H EDAD: 3 Meses PROCEDENCIA: Rural
PESO NAC.: 3.750 kg. PESO EXITUS: 5.620 kg. MES EXITUS: Febrero

HORA EXITUS: N. 6.15h. SERV. EXITUS: U.C.I. DUR. HOSPIT.: 5 D.

DIAG. CLIN. PRIN.: Meningoencefalitis postvacunal.

DIAG. CLIN. SEC.:

DIAG. A-P PRIM.: No concedida.

DIAG. A-P SEC.:

CLASIFICACION: VI-323.5

NOMBRE: S.R.F. H.C.: 62529-81 PROTOCOLO No: 44
SEXO: V EDAD: 2 Meses PROCEDENCIA: Urbana
PESO NAC.: 4.200 kg. PESO EXITUS: 6 kg. MES EXITUS: Enero

HORA EXITUS: N. 7 h. SERV. EXITUS: U.C.I. DUR. HOSPIT.: 1 D.

DIAG. CLIN. PRIN.: Muerte súbita infantil

DIAG. CLIN. SEC.:

DIAG. A-P PRIM.: No concedida.

DIAG. A-P SEC.:

CLASIFICACION: XVI-798.0

NOMBRE: M.S.P. H.C.: 64303-81 PROTOCOLO Nº: 45
SEXO: H EDAD: 9 Meses PROCEDENCIA: Urbana
PESO NAC.: N.C. PESO EXITUS: 9.550 kg. MES EXITUS: Marzo
HORA EXITUS: T.16.30h. SERV. EXITUS: U.C.I. DUR. HOSPIT.: 1 D.
DIAG. CLIN. PRIN.: Sepsis meningococica.
DIAG. CLIN. SEC.: C.I.D.
DIAG. A-P PRIM.: No concedida.
DIAG. A-P SEC.:
CLASIFICACION: I-036.2

NOMBRE: D.Z.F. H.C.: 49091-81 PROTOCOLO Nº: 46
SEXO: V EDAD: 2 Años PROCEDENCIA: Urbana
PESO NAC.: 3.300 kg. PESO EXITUS: 13.500kg. MES EXITUS: Enero
HORA EXITUS: M.9.30 h. SERV. EXITUS: U.C.I. DUR. HOSPIT.: 13 D.
DIAG. CLIN. PRIN.: Sepsis meningococica.
DIAG. CLIN. SEC.: Shock septico.
DIAG. A-P PRIM.: No concedida.
DIAG. A-P SEC.:
CLASIFICACION: I-036.2

NOMBRE: J J.S.G. H.C.: 49450-81 PROTOCOLO No: 47
SEXO: V EDAD: 22 Meses PROCEDENCIA: Rural
PESO NAC.: 3.600 kg. PESO EXITUS: 7.600 kg. MES EXITUS: Enero
HORA EXITUS: N.C. SERV. EXITUS: UCI DUR. HOSPIT.: 70 D.
DIAG. CLIN. PRIN.: T.G.V.
DIAG. CLIN. SEC.: Insuficiencia cardiaca.
DIAG. A-P PRIM.: T.G.V.
DIAG. A-P SEC.: Insuficiencia cardiaca.
CLASIFICACION: XIV-745.1

NOMBRE: I.V.L. H.C.: 68207-81 PROTOCOLO No: 48
SEXO: H EDAD: 80 Dias PROCEDENCIA: Rural
PESO NAC.: 3.750 kg. PESO EXITUS: 5.060 kg. MES EXITUS: Octubre
HORA EXITUS: M.9.30 h. SERV. EXITUS: Lact. DUR. HOSPIT.: 21 D.
DIAG. CLIN. PRIN.: Miocardiopatia.
DIAG. CLIN. SEC.: Shock cardiogenico.
DIAG. A-P PRIN.: Fibroelastosis subendocardica congenita.
DIAG. A-P SEC.:
CLASIFICACION: VII-425.3

NOMBRE: R.C.B. H.C.: 69436-81 PROTOCOLO No: 49
SEXO: H EDAD: 22 Meses PROCEDENCIA: Rural
PESO NAC.: N.C. PESO EXITUS: 13.kg. MES EXITUS: Diciemb.
HORA EXITUS: T.17.30h.SERV. EXITUS: U.C.I. DUR. HOSPIT.: 8 D.
DIAG. CLIN. PRIN.: Gran quemado.
DIAG. CLIN. SEC.: Insuficiencia renal.
DIAG. A-P PRIM.: No concedida.
DIAG. A-P SEC.:

CLASIFICACION: XVII-949.3

NOMBRE: F.C.L. H.C.: 65870-81 PROTOCOLO No: 50
SEXO: V EDAD: 52 Dias PROCEDENCIA: Urbana
PESO NAC.: 4. kg. PESO EXITUS: 3.800 kg. MES EXITUS: Agosto
HORA EXITUS: N. 2. h. SERV. EXITUS: Lact. DUR. HOSPIT.: 24 D.
DIAG. CLIN. PRIN.: Hipertension pulmonar.
DIAG. CLIN. SEC.: Ductus arterioso persistente.
DIAG. A-P PRIM.: Hipertension pulmonar.
DIAG. A-P SEC.: Ductus arterioso persistente.

CLASIFICACION: VII-416.0

NOMBRE: J.A.C. H.C.: 68690-81 PROTOCOLO Nº: 51
SEXO: V EDAD: 2 Años PROCEDENCIA: Urbana
PESO NAC.: N.C. PESO EXITUS: 11.600kg.MES EXITUS: Octubre
HORA EXITUS: T.17.30h.SERV. EXITUS: U.C.I. DUR. HOSPIT.: 8 H.
DIAG. CLIN. PRIN.: Sepsis meningococica.
DIAG. CLIN. SEC.: Shock hipovolemico.
DIAG. A-P PRIM.: No concedida.
DIAG. A-P SEC.:
CLASIFICACION: I-036.2

NOMBRE: J.L.M. H.C.: 68164-81 PROTOCOLO Nº: 52
SEXO: V EDAD: 4 Meses PROCEDENCIA: Urbana
PESO NAC.: 3.700 kg. PESO EXITUS: 3.930 kg.MES EXITUS: Enero
HORA EXITUS: T.15.30h.SERV. EXITUS: U.C.I. DUR. HOSPIT.: 36 D.
DIAG. CLIN. PRIN.: Coartación de aorta.
DIAG. CLIN. SEC.: C.I.V.
DIAG. A-P PRIM.: No concedida.
DIAG. A-P SEC.:
CLASIFICACION: XIV-747.1

NOMBRE: R.A.A. H.C.: 67076-81 PROTOCOLO Nº: 53
SEXO: H EDAD: 2 Años PROCEDENCIA: Urb.Reg.
PESO NAC.: 2.700 kg. PESO EXITUS: 8.800 kg. MES EXITUS: Agosto
HORA EXITUS: M. 8 h. SERV. EXITUS: U.C.I. DUR. HOSPIT.: 11 D.
DIAG. CLIN. PRIN.: Bronconeumonía por aspiración
DIAG. CLIN. SEC.:
DIAG. A-P PRIM.: No concedida.
DIAG. A-P SEC.:
CLASIFICACION: VIII-507.0

NOMBRE: V.A.M. H.C.: 67460-81 PROTOCOLO Nº: 54
SEXO: V EDAD: 2 Meses PROCEDENCIA: Urbana
PESO NAC.: 2.550 kg. PESO EXITUS: 3.180 kg. MES EXITUS: Noviembre
HORA EXITUS: N.C. SERV. EXITUS: Neonat. DUR. HOSPIT.: 60 D.
DIAG. CLIN. PRIN.: Sidrome de Edwards.
DIAG. CLIN. SEC.: Canal A.V.
DIAG. A-P PRIM.: No concedida.
DIAG. A-P SEC.:
CLASIFICACION: XIV-758.2

NOMBRE: F J.G.P. H.C.: 66548-81 PROTOCOLO N°: 55
SEXO: V EDAD: 14 Meses PROCEDENCIA: Urbana
PESO NAC.: 3.400 kg. PESO EXITUS: 10.500kg. MES EXITUS: Julio
HORA EXITUS: N.23.15h. SERV. EXITUS: U.C.I. DUR. HOSPIT.: 9 H.
DIAG. CLIN. PRIN.: Sepsis meningococica.
DIAG. CLIN. SEC.: Coagulacion intravascular.
DIAG. A-P PRIM.: No concedida.
DIAG. A-P SEC.:

CLASIFICACION: I-036.2

NOMBRE: J I.M.G. H.C.: 66833-81 PROTOCOLO N°: 56
SEXO: V EDAD: 40 Dias PROCEDENCIA: Rural
PESO NAC.: 3.500 kg. PESO EXITUS: 3.150 kg. MES EXITUS: Julio
HORA EXITUS: N. 7 h. SERV. EXITUS: U.C.I. DUR. HOSPIT.: 2 D.
DIAG. CLIN. PRIN.: Bronconeumonía por aspiración
DIAG. CLIN. SEC.: Deshidratacion.
DIAG. A-P PRIM.: No concedida.
DIAG. A-P SEC.:

CLASIFICACION: VIII-507.0

NOMBRE: E.P.R. H.C.: 68659-81 PROTOCOLO No: 57
SEXO: H EDAD: 16 Meses PROCEDENCIA: Urbana
PESO NAC.: 2.950 kg. PESO EXITUS: 8.440 kg. MES EXITUS: Octubre
HORA EXITUS: T. 17 h. SERV. EXITUS: U.C.I. DUR. HOSPIT.: 1 D.
DIAG. CLIN. PRIN.: Sepsis meningococica.
DIAG. CLIN. SEC.: C.I.D.
DIAG. A-P PRIM.: Sepsis meningococica.
DIAG. A-P SEC.: C.I.D.
CLASIFICACION: I-036.2

NOMBRE: V.M.F. H.C.: 67468-81 PROTOCOLO No: 58
SEXO: V EDAD: 56 Dias PROCEDENCIA: Urbana
PESO NAC.: 3.700 kg. PESO EXITUS: 3.750 kg. MES EXITUS: Octubre
HORA EXITUS: N.C. SERV. EXITUS: Neonat. DUR. HOSPIT.: 56 D.
DIAG. CLIN. PRIN.: Polimalformado.
DIAG. CLIN. SEC.: Parada respiratoria.
DIAG. A-P PRIM.: Polimalformado.
DIAG. A-P SEC.: Bronconeumonia.
CLASIFICACION: XIV-759.9

NOMBRE: M.F.S. H.C.: 64967-81 PROTOCOLO N°: 59
SEXO: V EDAD: 5 Meses PROCEDENCIA: Rur.Reg.
PESO NAC.: 4. kg. PESO EXITUS: 5.600 kg.MES EXITUS: Julio
HORA EXITUS: T. 16.h. SERV. EXITUS: U.C.I. DUR. HOSPIT.: 52 D.
DIAG. CLIN. PRIN.: Cardiopatía congénita.
DIAG. CLIN. SEC.: Bronconeumonía.
DIAG. A-P PRIM.: Cardiopatía congénita.
DIAG. A-P SEC.: Bronconeumonía.
CLASIFICACION: XIV-746.8

NOMBRE: J M.P.L. H.C.: 64901-81 PROTOCOLO N°: 60
SEXO: V EDAD: 2 Meses PROCEDENCIA: Urb.Reg.
PESO NAC.: N.C. PESO EXITUS: 3.450 kg.MES EXITUS: Julio
HORA EXITUS: M. 12.h. SERV. EXITUS: U.C.I. DUR. HOSPIT.: 30 D.
DIAG. CLIN. PRIN.: Cardiopatía congénita.
DIAG. CLIN. SEC.: Insuficiencia Renal.
DIAG. A-P PRIM.: No concedida.
DIAG. A-P SEC.:
CLASIFICACION: XIV-745.1

NOMBRE: H.G.P. H.C.: 62026-81 PROTOCOLO No: 61
SEXO: H EDAD: 1 Mes PROCEDENCIA: Rural
PESO NAC.: 1.900 kg. PESO EXITUS: 1.960 kg. MES EXITUS: Enero
HORA EXITUS: N.7.45 h. SERV. EXITUS: Prem. DUR. HOSPIT.: 25 D.
DIAG. CLIN. PRIN.: Síndrome de Edwards
DIAG. CLIN. SEC.: Cardiopatía congénita.
DIAG. A-P PRIM.: No concedida.
DIAG. A-P SEC.:
CLASIFICACION: XIV.758.2

NOMBRE: H.O.P. H.C.: 62563-81 PROTOCOLO No: 62
SEXO: H EDAD: 1 Mes PROCEDENCIA: Urbana
PESO NAC.: 1.840 kg. PESO EXITUS: 1.690 kg. MES EXITUS: Febrero
HORA EXITUS: T. 18.h. SERV. EXITUS: Prem. DUR. HOSPIT.: 26 D.
DIAG. CLIN. PRIN.: Síndrome de Edwards.
DIAG. CLIN. SEC.: Cardiopatía congénita.
DIAG. A-P PRIM.: No concedida.
DIAG. A-P SEC.:
CLASIFICACION: XIV-758.2

NOMBRE: J R.C.L. H.C.: 69853-82 PROTOCOLO Nº: 63
SEXO: V EDAD: 5 Meses PROCEDENCIA: Urbana
PESO NAC.: N.C PESO EXITUS: 5.600 kg.MES EXITUS: Enero
HORA EXITUS: M. 11. h.SERV. EXITUS: Lact. DUR. HOSPIT.: 18 D.
DIAG. CLIN. PRIN.: Miocardiopatia.
DIAG. CLIN. SEC.: Coronaria anomala.
DIAG. A-P PRIM.: S. ganglionar-mucocutaneo Enf. de Kawasaki.
DIAG. A-P SEC.: Infartos agudos de miocardio.
CLASIFICACION: XVI-785

NOMBRE: J.M.M. H.C.: 70404-82 PROTOCOLO Nº: 64
SEXO: V EDAD: 3 Meses PROCEDENCIA: Rural
PESO NAC.: N.C. PESO EXITUS: 7.350 kg.MES EXITUS: Febrero
HORA EXITUS: N.22.30h.SERV. EXITUS: U.C.I. DUR. HOSPIT.: 18 D.
DIAG. CLIN. PRIN.: Sepsis meningococica.
DIAG. CLIN. SEC.: C.I.D.
DIAG. A-P PRIN.: No concedida.
DIAG. A-P SEC.:
CLASIFICACION: I-036.2

NOMBRE: E M.I.D. H.C.: 70929-82 PROTOCOLO Nº: 65
SEXO: H EDAD: 5 Años PROCEDENCIA: Urbana
PESO NAC.: N.C. PESO EXITUS: 20. kg. MES EXITUS: Marzo
HORA EXITUS: N.1.30.h.SERV. EXITUS: U.C.I. DUR. HOSPIT.: 2 D.
DIAG. CLIN. PRIN.: Sepsis meningococica.
DIAG. CLIN. SEC.: C.I.D.
DIAG. A-P PRIM.: No concedida.
DIAG. A-P SEC.:
CLASIFICACION: I-036.2

NOMBRE: J L.M.H. H.C.: 62227-82 PROTOCOLO Nº: 66
SEXO: V EDAD: 14 Meses PROCEDENCIA: Urbana
PESO NAC.: 2.200 kg. PESO EXITUS: 8.500 kg. MES EXITUS: Marzo
HORA EXITUS: N.23.40h.SERV. EXITUS: Lact. DUR. HOSPIT.: 1 D.
DIAG. CLIN. PRIN.: Síndrome de Down.
DIAG. CLIN. SEC.: Cardiopatía congénita.
DIAG. A-P PRIM.: No concedida.
DIAG. A-P SEC.:
CLASIFICACION: XIV-758.0

NOMBRE: A J.CH.B. H.C.: 57389-82 PROTOCOLO Nº: 67
SEXO: V EDAD: 3 Años PROCEDENCIA: Rural
PESO NAC.: N.C. PESO EXITUS: 14. kg. MES EXITUS: Febrero
HORA EXITUS: M. 9. h. SERV. EXITUS: U.C.I. DUR. HOSPIT.: 1 D.
DIAG. CLIN. PRIN.: Sepsis meningococica.

DIAG. CLIN. SEC.: C.I.D.

DIAG. A-P PRIM.: No concedida.

DIAG. A-P SEC.:

CLASIFICACION: I-036.2

NOMBRE: M D.P.S. H.C.: 48929-82 PROTOCOLO Nº: 68
SEXO: H EDAD: 6 Años PROCEDENCIA: Rur.Reg.
PESO NAC.: N.C. PESO EXITUS: 12.700kg. MES EXITUS: Enero
HORA EXITUS: T. 16. h. SERV. EXITUS: Nefro. DUR. HOSPIT.: 28 D.
DIAG. CLIN. PRIN.: Síndrome hemolítico uremico.

DIAG. CLIN. SEC.: I.R.C.

DIAG. A-P PRIM.: No concedida.

DIAG. A-P SEC.:

CLASIFICACION: IV-283.1

NOMBRE: A.S.L. H.C.: 76658-82 PROTOCOLO No: 69
SEXO: V EDAD: 2 Años PROCEDENCIA: Urb.Reg
PESO NAC.: 3.750 kg. PESO EXITUS: 13. kg. MES EXITUS: Diciemb.
HORA EXITUS: T. 17. h.SERV. EXITUS: U.C.I. DUR. HOSPIT.: 11 H.
DIAG. CLIN. PRIN.: Sepsis meningococica.
DIAG. CLIN. SEC.: C.I.D.
DIAG. A-P PRIM.: No concedida.
DIAG. A-P SEC.:
CLASIFICACION: I-036.2

NOMBRE: L.C.T. H.C.: 74817-82 PROTOCOLO No: 70
SEXO: H EDAD: 3 Meses PROCEDENCIA: Urbana
PESO NAC.: 2.730 kg. PESO EXITUS: 2.080 kg. MES EXITUS: Diciemb.
HORA EXITUS: T.19.30h.SERV. EXITUS: Lact. DUR. HOSPIT.: 19 D.
DIAG. CLIN. PRIN.: Cardiopatia congenita.
DIAG. CLIN. SEC.: Wolf-Parkinson White.
DIAG. A-P PRIM.: No concedida.
DIAG. A-P SEC.:
CLASIFICACION: XIV-746.9

NOMBRE: M.C.S. H.C.: 59860-82 PROTOCOLO No: 71
SEXO: V EDAD: 2 Años PROCEDENCIA: Rural
PESO NAC.: 3.200 kg. PESO EXITUS: 11.350kg. MES EXITUS: Diciemb.
HORA EXITUS: M.10.30h. SERV. EXITUS: U.C.I. DUR. HOSPIT.: 7 D.
DIAG. CLIN. PRIN.: Meningocele.
DIAG. CLIN. SEC.: Hipertension intracraneal secund. Hidrocefalia
DIAG. A-P PRIM.: No concedida.
DIAG. A-P SEC.:
CLASIFICACION: XIV-741.0

NOMBRE: JG.V.I. H.C.: 59553-82 PROTOCOLO No: 72
SEXO: V EDAD: 4 Años PROCEDENCIA: Urb.Reg.
PESO NAC.: N.C. PESO EXITUS: 12.600kg. MES EXITUS: Diciemb.
HORA EXITUS: N. 7. h. SERV. EXITUS: U.C.I. DUR. HOSPIT.: 5 D.
DIAG. CLIN. PRIN.: Encefalopatía Post-anoxica.
DIAG. CLIN. SEC.: Atrofia cerebral.
DIAG. A-P PRIM.: No concedida.
DIAG. A-P SEC.:
CLASIFICACION: VI-348.3

NOMBRE: M I.E.V. H.C.: 70024-82 PROTOCOLO No: 73
SEXO: H EDAD: 4 Meses PROCEDENCIA: Rur.Reg.
PESO NAC.: N.C. PESO EXITUS: 4.490 kg.MES EXITUS: Abril
HORA EXITUS: T.15.05h.SERV. EXITUS: Lact. DUR. HOSPIT.: 9 D.
DIAG. CLIN. PRIN.: Cardiopatía congenita.
DIAG. CLIN. SEC.: Conducto arterioso persistente.
DIAG. A-P PRIM.: Neumonía intersticial bilateral.
DIAG. A-P SEC.: Conducto arterioso persistente.
CLASIFICACION: VIII-516.8

NOMBRE: V.R.D. H.C.: 74689-82 PROTOCOLO No: 74
SEXO: V EDAD: 1 Mes PROCEDENCIA: Urbana
PESO NAC.: 2.600 kg. PESO EXITUS: 2.670 kg.MES EXITUS: Octubre
HORA EXITUS: N. 5. h. SERV. EXITUS: Neonat. DUR. HOSPIT.: 28 D.
DIAG. CLIN. PRIN.: Drenaje venoso pulmonar.
DIAG. CLIN. SEC.:
DIAG. A-P PRIM.: No concedida.
DIAG. A-P SEC.:
CLASIFICACION: XIV-747.4



NOMBRE: V.S.G H.C.: 69084-82 PROTOCOLO No: 75
SEXO: H EDAD: 4 Meses PROCEDENCIA: Urbana
PESO NAC.: 3.300 kg. PESO EXITUS: 4.350 kg. MES EXITUS: Marzo
HORA EXITUS: T.19.40h. SERV. EXITUS: Lact. DUR. HOSPIT.: 84 D.
DIAG. CLIN. PRIN.: Reticuloendoteliosis.
DIAG. CLIN. SEC.: Anemia, hepatoesplenomegalia.
DIAG. A-P PRIN.: Displasia timica.
DIAG. A-P SEC.: Neumonia por pnemocistis carini.
CLASIFICACION: III-279.2

NOMBRE: P.V.M. H.C.: 71391-82 PROTOCOLO No: 76
SEXO: V EDAD: 7 Meses PROCEDENCIA: Urb.Reg.
PESO NAC.: 3.900 kg. PESO EXITUS: N.C. MES EXITUS: Abril
HORA EXITUS: T. 18. h. SERV. EXITUS: Infec. DUR. HOSPIT.: 21 D.
DIAG. CLIN. PRIN.: Meningitis tuberculosa.
DIAG. CLIN. SEC.:
DIAG. A-P PRIN.: Meningitis tuberculosa.
DIAG. A-P SEC.:
CLASIFICACION: I-13.0

NOMBRE: J.A.G H.C.: 69755-82 PROTOCOLO No: 77
SEXO: V EDAD: 6 Meses PROCEDENCIA: Rural
PESO NAC.: N.C. PESO EXITUS: 6.190 kg. MES EXITUS: Junio
HORA EXITUS: T.21.30h. SERV. EXITUS: U.C.I. DUR. HOSPIT.: 20 D.

DIAG. CLIN. PRIN.: Transposición grandes vasos.

DIAG. CLIN. SEC.: Insuficiencia renal.

DIAG. A-P PRIN.: No concedida.

DIAG. A-P SEC.:

CLASIFICACION: XIV-745.1

NOMBRE: R.V.R. H.C.: 70004-82 PROTOCOLO No: 78
SEXO: H EDAD: 4 Años PROCEDENCIA: Urb.Reg.
PESO NAC.: 3.500 kg. PESO EXITUS: N.C. MES EXITUS: Abril
HORA EXITUS: N.4.30.h. SERV. EXITUS: U.C.I. DUR. HOSPIT.: 87 D.

DIAG. CLIN. PRIN.: Schwannoma maligno ponto-cerebeloso.

DIAG. CLIN. SEC.: Bronconeumonía.

DIAG. A-P PRIN.: No concedida.

DIAG. A-P SEC.:

CLASIFICACION: II-191.6

NOMBRE: AI.A.F. H.C.: 69381-82 PROTOCOLO No: 79

SEXO: H EDAD: 11 Meses PROCEDENCIA: Rural

PESO NAC.: 3.100 kg. PESO EXITUS: 2.950 kg. MES EXITUS: Octubre

HORA EXITUS: N.0.30.h.SERV. EXITUS: Lact. DUR. HOSPIT.: 37 D.

DIAG. CLIN. PRIN.: Atresia vias biliares.

DIAG. CLIN. SEC.: Ascitis.

DIAG. A-P PRIN.: Biopsia hepatica: fibrosis masiva.

DIAG. A-P SEC.: Inflamacion cronica y proliferacion ductular.

CLASIFICACION: XIV-751.6

NOMBRE: A.H.C. H.C.: 70618-81 PROTOCOLO No: 80

SEXO: V EDAD: 6 Meses PROCEDENCIA: Rur.Reg.

PESO NAC.: N.C. PESO EXITUS: 6.150 kg. MES EXITUS: Abril

HORA EXITUS: T.20.15h.SERV. EXITUS: U.C.I. DUR. HOSPIT.: 72 D.

DIAG. CLIN. PRIN.: Mucoviscidosis.

DIAG. CLIN. SEC.: Sepsis E. Coli.

DIAG. A-P PRIN.: No concedida.

DIAG. A-P SEC.:

CLASIFICACION: III-277.0

NOMBRE: N.M.H. H.C.: 68623-82 PROTOCOLO No: 81
SEXO: H EDAD: 21 Meses PROCEDENCIA: Rural
PESO NAC.: 3.700 kg. PESO EXITUS: 10. kg. MES EXITUS: Junio
HORA EXITUS: N. 5. h. SERV. EXITUS: U.C.I. DUR. HOSPIT.: 13 D.
DIAG. CLIN. PRIN.: Neumonia.
DIAG. CLIN. SEC.: Acidosis metabolica.
DIAG. A-P PRIN.: No concedida.
DIAG. A-P SEC.:
CLASIFICACION: VIII-486

NOMBRE: H.R.P. H.C.: 71423-82 PROTOCOLO No: 82
SEXO: H EDAD: 33 Dias PROCEDENCIA: Urbana
PESO NAC.: 1.760 kg. PESO EXITUS: 2. kg. MES EXITUS: Abril
HORA EXITUS: N. 1. h. SERV. EXITUS: Prem. DUR. HOSPIT.: 33 D.
DIAG. CLIN. PRIN.: Prematuridad.
DIAG. CLIN. SEC.: Sepsis.
DIAG. A-P PRIN.: No concedida.
DIAG. A-P SEC.:
CLASIFICACION: XV-765.1

NOMBRE: R.H.F. H.C.: 71390-82 PROTOCOLO Nº: 83
SEXO: H EDAD: 3 Años PROCEDENCIA: Rural
PESO NAC.: 4.200 kg. PESO EXITUS: 15. kg. MES EXITUS: Marzo
HORA EXITUS: M. 12. h. SERV. EXITUS: U.C.I. DUR. HOSPIT.: 1 D.
DIAG. CLIN. PRIN.: Sepsis meningococica.
DIAG. CLIN. SEC.: I.R.A. edema agudo de pulmon.
DIAG. A-P PRIN.: No concedida.
DIAG. A-P SEC.:

CLASIFICACION: I-036.2

NOMBRE: V.C.O. H.C.: 67013-82 PROTOCOLO Nº: 84
SEXO: H EDAD: 8 Meses PROCEDENCIA: Rural
PESO NAC.: 2.970 kg. PESO EXITUS: 4.650 kg. MES EXITUS: Marzo
HORA EXITUS: N. 6. h. SERV. EXITUS: Lact. DUR. HOSPIT.: 28 D.
DIAG. CLIN. PRIN.: Miopatia congenita.
DIAG. CLIN. SEC.: Insuficiencia respiratoria.
DIAG. A-P PRIN.: Miopatia congenita.
DIAG. A-P SEC.: Bronconeumonia.

CLASIFICACION: VI-359.0

NOMBRE: M.P.C. H.C.: 52143-82 PROTOCOLO Nº: 85
SEXO: V EDAD: 3 Años PROCEDENCIA: Rural
PESO NAC.: 4. kg. PESO EXITUS: 15. kg. MES EXITUS: Noviembre
HORA EXITUS: M. 8. h. SERV. EXITUS: U.C.I. DUR. HOSPIT.: 2 H.
DIAG. CLIN. PRIN.: Sepsis meningococica.
DIAG. CLIN. SEC.: Sindr. de Waterhouse-Friderichsen.
DIAG. A-P PRIN.: No concedida.
DIAG. A-P SEC.:
CLASIFICACION: I-036.2

NOMBRE: M D.L.C. H.C.: 76201-82 PROTOCOLO Nº: 86
SEXO: H EDAD: 13 Meses PROCEDENCIA: Rural
PESO NAC.: N.C. PESO EXITUS: N.C. MES EXITUS: Noviembre
HORA EXITUS: N.3.45.h.SERV. EXITUS: U.C.I. DUR. HOSPIT.: 23 H.
DIAG. CLIN. PRIN.: Sepsis meningococica.
DIAG. CLIN. SEC.: Sindr. de Waterhouse-Friderichsen.
DIAG. A-P PRIN.: No concedida.
DIAG. A-P SEC.:
CLASIFICACION: I-036.2

NOMBRE: A M.M.L. H.C.: 75680-82 PROTOCOLO No: 87
SEXO: H EDAD: 1 Mes PROCEDENCIA: Rural
PESO NAC.: N.C. PESO EXITUS: 3.470 kg.MES EXITUS: Noviembre
HORA EXITUS: M.13.50h.SERV. EXITUS: Neonat. DUR. HOSPIT.: 20 D.
DIAG. CLIN. PRIN.: Cardiopatia congenita compleja.
DIAG. CLIN. SEC.:
DIAG. A-P PRIN.: Cardiopatia congenita compleja.
DIAG. A-P SEC.:
CLASIFICACION: XIV-747.0

NOMBRE: F.H.C. H.C.: 71604-82 PROTOCOLO No: 88
SEXO: V EDAD: 21 Mes PROCEDENCIA: Urbana
PESO NAC.: 3.200 kg. PESO EXITUS: 2.250 kg.MES EXITUS: Julio
HORA EXITUS: T.17.20h.SERV. EXITUS: Preesc. DUR. HOSPIT.: 1 D.
DIAG. CLIN. PRIN.: Meduloblastoma.
DIAG. CLIN. SEC.: Acidosis metabolica.
DIAG. A-P PRIN.: Meduloblastoma.
DIAG. A-P SEC.: Lesiones neoplasicas en cerebelo y tronco.
CLASIFICACION: II-191.6

NOMBRE: H.P.G. H.C.: 72664-82 PROTOCOLO No: 89
SEXO: H EDAD: 32 Dias PROCEDENCIA: Urbana
PESO NAC.: 2.170 kg. PESO EXITUS: 2.250 kg. MES EXITUS: Junio
HORA EXITUS: N.2.30.h.SERV. EXITUS: Premt. DUR. HOSPIT.: 32 D.
DIAG. CLIN. PRIN.: Sindrome de Edwards.
DIAG. CLIN. SEC.: Cardiopatia congenita.
DIAG. A-P PRIN.: Sindr. de Edward.
DIAG. A-P SEC.: Tetralogia de Fallot.
CLASIFICACION: XIV-758.2

NOMBRE: PI.R.G. H.C.: 75404-82 PROTOCOLO No: 90
SEXO: V EDAD: 1 Mes PROCEDENCIA: N.C.
PESO NAC.: N.C. PESO EXITUS: 3. kg. MES EXITUS: Octubre
HORA EXITUS: N.22.15h.SERV. EXITUS: U.C.I. DUR. HOSPIT.: 1 D.
DIAG. CLIN. PRIN.: Sifilis neonatal.
DIAG. CLIN. SEC.: Aspiracion masiva.Hemorragia pulmonar.
DIAG. A-P PRIN.: Sifilis neonatal.
DIAG. A-P SEC.: Neumonia intersticial.
CLASIFICACION: I-090.9

NOMBRE: V.G.G. H.C.: 72960-82 PROTOCOLO No: 91
SEXO: V EDAD: 52 Dias PROCEDENCIA: Urb.Reg.
PESO NAC.: 3.050 kg. PESO EXITUS: 2.960 kg.MES EXITUS: Julio
HORA EXITUS: N.1.45.h.SERV. EXITUS: Neonat. DUR. HOSPIT.: 49 D.
DIAG. CLIN. PRIN.: Sidrome nefrotico.
DIAG. CLIN. SEC.: Riñon microquistico.
DIAG. A-P PRIN.: Sindrome nefrotico congenito.
DIAG. A-P SEC.: Riñon microquistico. Edema pulmonar.
CLASIFICACION: X-581.9

NOMBRE: G.L.R. H.C.: 73326-82 PROTOCOLO No: 92
SEXO: H EDAD: 5 Meses PROCEDENCIA: Urbana
PESO NAC.: 3.500 kg. PESO EXITUS: 5.900 kg.MES EXITUS: Julio
HORA EXITUS: M. 14. h.SERV. EXITUS: Lact. DUR. HOSPIT.: 26 D.
DIAG. CLIN. PRIN.: Enfermedad de Gaucher.
DIAG. CLIN. SEC.: Neumonia.
DIAG. A-P PRIN.: Enfermedad de Newman-Pick.
DIAG. A-P SEC.: Neumonia necrosante.
CLASIFICACION: III-272.7

NOMBRE: A.M.A. H.C.: 73686-82 PROTOCOLO No: 93
SEXO: V EDAD: 3 Meses PROCEDENCIA: Rural
PESO NAC.: 3.200 kg. PESO EXITUS: 5.530 kg. MES EXITUS: Julio
HORA EXITUS: N.23.30h. SERV. EXITUS: Lact. DUR. HOSPIT.: 9 D.
DIAG. CLIN. PRIN.: Enfermedad de Wernig-Hoffman.
DIAG. CLIN. SEC.:
DIAG. A-P PRIN.: Enfermedad de Wernig-Hoffman.
DIAG. A-P SEC.:
CLASIFICACION: VI-335.0

NOMBRE: V.J.V. H.C.: 73182-82 PROTOCOLO No: 94
SEXO: V EDAD: 32 Dias PROCEDENCIA: Urbana
PESO NAC.: 3.300 kg. PESO EXITUS: 3.900 kg. MES EXITUS: Julio
HORA EXITUS: T.18. h. SERV. EXITUS: U.C.I. DUR. HOSPIT.: 32 D.
DIAG. CLIN. PRIN.: Enfermedad de Hirschsprung.
DIAG. CLIN. SEC.: Sepsis.
DIAG. A-P PRIN.: Enfermedad de Hirschsprung.
DIAG. A-P SEC.:
CLASIFICACION: XIV-751.3

NOMBRE: F.P.G. H.C.: 74694-82 PROTOCOLO No: 95
SEXO: V EDAD: 48 Dias PROCEDENCIA: Urbana
PESO NAC.: N.C. PESO EXITUS: 4.250kg.MES EXITUS: Sept.
HORA EXITUS: T. 17. h.SERV. EXITUS: Lact. DUR. HOSPIT.: 30 D.
DIAG. CLIN. PRIN.: Cardiopatía congénita.
DIAG. CLIN. SEC.: Dextrocardia y shunt izquierda derecha.
DIAG. A-P PRIN.: Cardiopatía congénita compleja.
DIAG. A-P SEC.: Corazón univentricular.Dextrocardia.
CLASIFICACION: XIV-745.3

NOMBRE: H.R.S. H.C.: 73652-82 PROTOCOLO No: 96
SEXO: H EDAD: 44 Dias PROCEDENCIA: Rural
PESO NAC.: 1.750 kg. PESO EXITUS: 2.030 kg.MES EXITUS: Agosto
HORA EXITUS: T. 15. h.SERV. EXITUS: Prem. DUR. HOSPIT.: 43 D.
DIAG. CLIN. PRIN.: Síndrome de Down.
DIAG. CLIN. SEC.: Cardiopatía congénita y C.I.A.
DIAG. A-P PRIN.: No concedida.
DIAG. A-P SEC.:
CLASIFICACION: XIV-758.0

NOMBRE: R.L.M. H.C.: 73757-82 PROTOCOLO N°: 97
SEXO: V EDAD: 2 Meses PROCEDENCIA: Urb.Reg.
PESO NAC.: N.C. PESO EXITUS: 3.550 ,kg.MES EXITUS: Agosto
HORA EXITUS: T. 19. h.SERV. EXITUS: Lact. DUR. HOSPIT.: 40 D.
DIAG. CLIN. PRIN.: Cardiopatía congénita T.G.V. septo íntegro.
DIAG. CLIN. SEC.: Rasking.
DIAG. A-P PRIN.: Cardiopatía congénita T.G.V septo íntegro.
DIAG. A-P SEC.: Rasking. Infarto de tabique interventricular.
CLASIFICACION: XIV-745.1

NOMBRE: A.F.L. H.C.: 74364-82 PROTOCOLO N°: 98
SEXO: H EDAD: 2 Años PROCEDENCIA: Rural
PESO NAC.: 3.600 kg. PESO EXITUS: 15. kg. MES EXITUS: Agosto
HORA EXITUS: M. 8. h. SERV. EXITUS: U.C.I. DUR. HOSPIT.: 4 D.
DIAG. CLIN. PRIN.: Asfixia por inmersión.
DIAG. CLIN. SEC.: Neumotorax bilateral.
DIAG. A-P PRIN.: No concedida.
DIAG. A-P SEC.:
CLASIFICACION: XVII-994.1

NOMBRE: I.A.R. H.C.: 74303-82 PROTOCOLO No: 99
SEXO: V EDAD: 15 Meses PROCEDENCIA: Urb.Reg.
PESO NAC.: 4. kg. PESO EXITUS: N.C. MES EXITUS: Agosto
HORA EXITUS: M. 10. h.SERV. EXITUS: U.C.I. DUR. HOSPIT.: 6 D.
DIAG. CLIN. PRIN.: Cuerpo extraño intrabronquial.
DIAG. CLIN. SEC.: Neumotorax.
DIAG. A-P PRIN.: No concedida.
DIAG. A-P SEC.:
CLASIFICACION: XVII-934.1

NOMBRE: A.F.H. H.C.: 73041-82 PROTOCOLO No: 100
SEXO: V EDAD: 3 Meses PROCEDENCIA: Urbana
PESO NAC.: 3.820 kg. PESO EXITUS: 4.500 kg. MES EXITUS: Octubre
HORA EXITUS: N. 6. h. SERV. EXITUS: U.C.I. DUR. HOSPIT.: 6 H.
DIAG. CLIN. PRIN.: Polimalformado.
DIAG. CLIN. SEC.: Parada respiratoria.
DIAG. A-P PRIN.: No concedida.
DIAG. A-P SEC.:
CLASIFICACION: XIV-759.9

NOMBRE: M B.R.D. H.C.: 73411-82 PROTOCOLO No: 101
SEXO: H EDAD: 2 Meses PROCEDENCIA: Rur.Reg.
PESO NAC.: 3.850 kg PESO EXITUS: 3.500 kg MES EXITUS: Agosto
HORA EXITUS: M.12.15h.SERV. EXITUS: U.C.I. DUR. HOSPIT.: 60 D.
DIAG. CLIN. PRIN.: Cardiopatía congénita.
DIAG. CLIN. SEC.: Insuficiencia cardíaca.
DIAG. A-P PRIN.: Atresia pulmonar con septo íntegro.
DIAG. A-P SEC.:
CLASIFICACION: XIV-746.0

NOMBRE: H.R.D. H.C.: 70301-82 PROTOCOLO No: 102
SEXO: H EDAD: 39 Dias PROCEDENCIA: Urbana
PESO NAC.: 2.300 kg. PESO EXITUS: 2.750 kg. MES EXITUS: Marzo
HORA EXITUS: T.20.45h.SERV. EXITUS: Neonat. DUR. HOSPIT.: 39 D.
DIAG. CLIN. PRIN.: Cardiopatía congénita.
DIAG. CLIN. SEC.: Crisis de apnea con braquicardia.
DIAG. A-P PRIN.: No concedida.
DIAG. A-P SEC.:
CLASIFICACION: XIV-745.1

NOMBRE: V.B.F. H.C.: 69759-82 PROTOCOLO No: 103
SEXO: V EDAD: 3 Meses PROCEDENCIA: Urbana
PESO NAC.: 900 Gr. PESO EXITUS: 2.340 kg.MES EXITUS: Marzo
HORA EXITUS: T. 18. h.SERV. EXITUS: Prem. DUR. HOSPIT.: 90 D.
DIAG. CLIN. PRIN.: Gran Inmaduro.
DIAG. CLIN. SEC.: Bronconeumonia. Displasia bronco pulmonar.
DIAG. A-P PRIN.: No concedida.
DIAG. A-P SEC.:
CLASIFICACION: XV-765.0

NOMBRE: V.I.M. H.C.: 69716-82 PROTOCOLO No: 104
SEXO: V EDAD: 2 Meses PROCEDENCIA: Urbana
PESO NAC.: 1.600 kg. PESO EXITUS: 3.050 kg.MES EXITUS: Marzo
HORA EXITUS: N.23.30h.SERV. EXITUS: U.C.I. DUR. HOSPIT.: 19 D.
DIAG. CLIN. PRIN.: Mucoviscidosis.
DIAG. CLIN. SEC.: Bronconeumonia, sepsis.
DIAG. A-P PRIN.: Bronconeumonia, sepsis.
DIAG. A-P SEC.: Fistula traqueoesofagica.
CLASIFICACION: VIII-485

NOMBRE: M.C.S. H.C.: 74610-82 PROTOCOLO No: 105
SEXO: V EDAD: 40 Dias PROCEDENCIA: Rur.Reg.
PESO NAC.: N.C. PESO EXITUS: N.C. MES EXITUS: Sept.
HORA EXITUS: M. 11. h.SERV. EXITUS: U.C.I. DUR. HOSPIT.: 1 D.
DIAG. CLIN. PRIN.: Cardiopatía congénita sin catalogar
DIAG. CLIN. SEC.: Parada cardiorrespiratoria
DIAG. A-P PRIN.: No concedida.
DIAG. A-P SEC.:
CLASIFICACION: XIV- 746.9

NOMBRE: A.R.G. H.C.: 74473-82 PROTOCOLO No: 106
SEXO: V EDAD: 34 Dias PROCEDENCIA: Rur.Reg.
PESO NAC.: 2.380 kg. PESO EXITUS: 2.500 kg. MES EXITUS: Sept.
HORA EXITUS: N.22.30h.SERV. EXITUS: U.C.I. DUR. HOSPIT.: 15 D.
DIAG. CLIN. PRIN.: Enterocolitis necrotizante
DIAG. CLIN. SEC.: Sepsis E. Coli.
DIAG. A-P PRIN.: No concedida.
DIAG. A-P SEC.:
CLASIFICACION: XV-777.5

NOMBRE: M.E.V. H.C.: 70124-82 PROTOCOLO No: 107
SEXO: H EDAD: 4 Meses PROCEDENCIA: Rur.Reg.
PESO NAC.: N.C. PESO EXITUS: 4.490 kg.MES EXITUS: Abril
HORA EXITUS: T. 15. h.SERV. EXITUS: Lact. DUR. HOSPIT.: 9 D.
DIAG. CLIN. PRIN.: Cardiopatía congénita.
DIAG. CLIN. SEC.:
DIAG. A-P PRIN.: Neumonía intersticial bilateral.
DIAG. A-P SEC.: Conducto arterioso persistente.
CLASIFICACION: VIII-480.9

NOMBRE: V.M.G. H.C.: 78035-83 PROTOCOLO No: 108
SEXO: V EDAD: 1 Mes PROCEDENCIA: Rural
PESO NAC.: 2.800 kg. PESO EXITUS: 2.950 kg.MES EXITUS: Marzo
HORA EXITUS: N.C. SERV. EXITUS: Lact. DUR. HOSPIT.: 1 D.
DIAG. CLIN. PRIN.: Polimalformado.
DIAG. CLIN. SEC.: Ectopia renal bilateral.
DIAG. A-P PRIN.: Polimalformado.
DIAG. A-P SEC.: Bronconeumonía por aspiración.
CLASIFICACION: XIV-759.9

NOMBRE: M C.P.F. H.C.: 77874-83 PROTOCOLO No: 109
SEXO: H EDAD: 3 Meses PROCEDENCIA: Rural
PESO NAC.: 3. kg. PESO EXITUS: 3.570 kg. MES EXITUS: Marzo
HORA EXITUS: T. 20. h. SERV. EXITUS: Lact. DUR. HOSPIT.: 39 D.
DIAG. CLIN. PRIN.: Cardiopatía congénita.
DIAG. CLIN. SEC.: Insuficiencia cardíaca.
DIAG. A-P PRIN.: No consta.
DIAG. A-P SEC.:
CLASIFICACION: XIV-745.4

NOMBRE: M C.A.P. H.C.: 77276-83 PROTOCOLO No: 110
SEXO: H EDAD: 38 Dias PROCEDENCIA: Urbana
PESO NAC.: 2.950 kg. PESO EXITUS: 2.400 kg. MES EXITUS: Febrero
HORA EXITUS: M.13.30h. SERV. EXITUS: Neonat. DUR. HOSPIT.: 38 D.
DIAG. CLIN. PRIN.: Enterocolitis necrotizante.
DIAG. CLIN. SEC.: Obstrucción intestinal por perforación.
DIAG. A-P PRIN.: Sepsis E. Coli.
DIAG. A-P SEC.:
CLASIFICACION: I-038.4

NOMBRE: A.V.B. H.C.: 73506-83 PROTOCOLO N°: 111
SEXO: V EDAD: 5 Años PROCEDENCIA: Urbana
PESO NAC.: 3. kg. PESO EXITUS: 15. kg. MES EXITUS: Enero
HORA EXITUS: N. 23. h.SERV. EXITUS: Infec. DUR. HOSPIT.: 27 D.
DIAG. CLIN. PRIN.: Encefalitis virica.
DIAG. CLIN. SEC.: Síndrome de Down.
DIAG. A-P PRIN.: No concedida.
DIAG. A-P SEC.:

CLASIFICACION: I-049.9

NOMBRE: M A.B.P. H.C.: 76630-83 PROTOCOLO N°: 112
SEXO: H EDAD: 5 Años PROCEDENCIA: Rur.Reg.
PESO NAC.: 2.800 kg. PESO EXITUS: 10.400kg. MES EXITUS: Enero
HORA EXITUS: M. 14. h.SERV. EXITUS: Preesc. DUR. HOSPIT.: 10 D.
DIAG. CLIN. PRIN.: Anorexia nerviosa.
DIAG. CLIN. SEC.: Hemorragia digestiva.
DIAG. A-P PRIN.: No concedida.
DIAG. A-P SEC.:

CLASIFICACION: V-307.1

NOMBRE: P.C.S. H.C.: 76632-83 PROTOCOLO No: 113
SEXO: V EDAD: 23 Meses PROCEDENCIA: Urbana
PESO NAC.: 2.700 kg. PESO EXITUS: 5.900 kg. MES EXITUS: Marzo
HORA EXITUS: M.14.30h. SERV. EXITUS: Preesc. DUR. HOSPIT.: 50 D.
DIAG. CLIN. PRIN.: Enf. Veno-oclusiva pulmonar.
DIAG. CLIN. SEC.: Neumonia intersticial.
DIAG. A-P PRIN.: Hemosiderosis pulmonar difusa.
DIAG. A-P SEC.: Insuficiencia respiratoria.
CLASIFICACION: VIII-516.1

NOMBRE: M P.L.H. H.C.: 77054-83 PROTOCOLO No: 114
SEXO: H EDAD: 5 Años PROCEDENCIA: Rural
PESO NAC.: 3.400 kg. PESO EXITUS: 15. kg. MES EXITUS: Enero
HORA EXITUS: T.16.30h. SERV. EXITUS: U.C.I. DUR. HOSPIT.: 3 D.
DIAG. CLIN. PRIN.: Meningoencefalitis aguda.
DIAG. CLIN. SEC.: Coma neurologico.
DIAG. A-P PRIN.: No concedida.
DIAG. A-P SEC.:
CLASIFICACION: I-049.8

NOMBRE: M J.A.C. H.C.: 77004-83 PROTOCOLO No: 115
SEXO: H EDAD: 3 Años PROCEDENCIA: Urb.Reg.
PESO NAC.: 4.250 kg. PESO EXITUS: 13. kg. MES EXITUS: Febrero
HORA EXITUS: T.20.30h.SERV. EXITUS: Preesc. DUR. HOSPIT.: 39 D.
DIAG. CLIN. PRIN.: Neumonia intersticial severa.
DIAG. CLIN. SEC.: Insuficiencia respiratoria.
DIAG. A-P PRIN.: Neumonia intersticial cronica.
DIAG. A-P SEC.:

CLASIFICACION: VIII-515

NOMBRE: A M.L.M. H.C.: N.C.-83 PROTOCOLO No: 116
SEXO: H EDAD: 7 Meses PROCEDENCIA: Rural
PESO NAC.: 2.450 kg. PESO EXITUS: 4.730 kg. MES EXITUS: Diciemb.
HORA EXITUS: N.C. SERV. EXITUS: Lact. DUR. HOSPIT.: 5 M.
DIAG. CLIN. PRIN.: Sepsis, I.R.A.
DIAG. CLIN. SEC.: C.I.D.
DIAG. A-P PRIN.: No concedida.
DIAG. A-P SEC.:
CLASIFICACION: I-038.9

NOMBRE: C.V.F. H.C.: 81996-83 PROTOCOLO No: 117
SEXO: H EDAD: 5 Años PROCEDENCIA: Rural
PESO NAC.: 3.800 kg. PESO EXITUS: 18. kg. MES EXITUS: Sept.
HORA EXITUS: T. 21. h.SERV. EXITUS: U.C.I. DUR. HOSPIT.: 10 H.
DIAG. CLIN. PRIN.: Sepsis meningococica.
DIAG. CLIN. SEC.: Shock septico. Hemorragia I.C.
DIAG. A-P PRIN.: No concedida.
DIAG. A-P SEC.:

CLASIFICACION: I-036.2

NOMBRE: I M.R.L. H.C.: 82015-83 PROTOCOLO No: 118
SEXO: H EDAD: 17 Meses PROCEDENCIA: Rural
PESO NAC.: 3.600 kg. PESO EXITUS: 10. kg. MES EXITUS: Sept.
HORA EXITUS: T. 20. h.SERV. EXITUS: U.C.I. DUR. HOSPIT.:30 Min.
DIAG. CLIN. PRIN.: Sepsis meningococica.
DIAG. CLIN. SEC.: Shock septico.
DIAG. A-P PRIN.: No concedida.
DIAG. A-P SEC.:

CLASIFICACION: I-036.2

NOMBRE: J.N.L. H.C.: 81140-83 PROTOCOLO No: 119

SEXO: V EDAD: 5 Años PROCEDENCIA: Urb.Reg.

PESO NAC.: 3.700 kg. PESO EXITUS: 19.500kg. MES EXITUS: Julio

HORA EXITUS: M.10.30h. SERV. EXITUS: U.C.I. DUR. HOSPIT.: 8 D.

DIAG. CLIN. PRIN.: Hepatitis aguda.

DIAG. CLIN. SEC.: Fallo hepatico. Coma profundo.

DIAG. A-P PRIN.: No concedida.

DIAG. A-P SEC.:

CLASIFICACION: I-070.1

NOMBRE: A.L.C. H.C.: 81210-83 PROTOCOLO No: 120

SEXO: H EDAD: 15 Meses PROCEDENCIA: Urb.Reg.

PESO NAC.: 2.700 kg. PESO EXITUS: 10. kg. MES EXITUS: Julio

HORA EXITUS: M.11.30h. SERV. EXITUS: U.C.I. DUR. HOSPIT.: N.C.

DIAG. CLIN. PRIN.: Muerte cerebral, traumatismo craneoencefalico

DIAG. CLIN. SEC.:

DIAG. A-P PRIN.: No concedida.

DIAG. A-P SEC.:

CLASIFICACION: XVII-840

NOMBRE: D.G.R. H.C.: 83247-83 PROTOCOLO No: 121
SEXO: H EDAD: 2 Meses PROCEDENCIA: Rural
PESO NAC.: 4.810 kg. PESO EXITUS: 5.850 kg. MES EXITUS: Noviembre
HORA EXITUS: M.9.30.h. SERV. EXITUS: U.C.I. DUR. HOSPIT.: 20 D.
DIAG. CLIN. PRIN.: Hepatitis fulminante.
DIAG. CLIN. SEC.: Sepsis por citomegalovirus.
DIAG. A-P PRIN.: Hepatitis aguda colostatica.
DIAG. A-P SEC.: Diatesis hemorragica generalizada.

CLASIFICACION: I-070.1

NOMBRE: H.D.M. H.C.: 83184-83 PROTOCOLO No: 122
SEXO: H EDAD: 35 Dias PROCEDENCIA: Urbana
PESO NAC.: 2.650 kg. PESO EXITUS: 2.400 kg. MES EXITUS: Diciemb.
HORA EXITUS: N. 7. h. SERV. EXITUS: Neonat. DUR. HOSPIT.: 35 D.
DIAG. CLIN. PRIN.: Sindrome de Edwards.
DIAG. CLIN. SEC.: Sepsis. Cardiopatia.
DIAG. A-P PRIN.: No concedida.
DIAG. A-P SEC.:

CLASIFICACION: XIV-758.2

NOMBRE: V.N.S. H.C.: 82805-83 PROTOCOLO No: 123
SEXO: V EDAD: 56 Dias PROCEDENCIA: Urbana
PESO NAC.: 3.800 Kg. PESO EXITUS: 4.590 kg. MES EXITUS: Diciemb.
HORA EXITUS: N.C. SERV. EXITUS: Neonat. DUR. HOSPIT.: 56 D.
DIAG. CLIN. PRIN.: Mielomeningocele.
DIAG. CLIN. SEC.: Hidrocefalia. Bronconeumonia.
DIAG. A-P PRIN.: No concedida.
DIAG. A-P SEC.:

CLASIFICACION: XIV-741.0

NOMBRE: V.R.O. H.C.: 82240-83 PROTOCOLO No: 124
SEXO: V EDAD: 36 Dias PROCEDENCIA: Urbana
PESO NAC.: 2.140 kg. PESO EXITUS: 2.550 kg. MES EXITUS: Noviembre
HORA EXITUS: N.22.45h. SERV. EXITUS: Prem. DUR. HOSPIT.: 36 D.
DIAG. CLIN. PRIN.: S. Edwards.
DIAG. CLIN. SEC.: Cardiopatia congenita.
DIAG. A-P PRIN.: S. de Edwards.
DIAG. A-P SEC.: Cardiopatia congenita compleja.
CLASIFICACION: XIV-758.2

NOMBRE: V.V.B. H.C.: 79971-83 PROTOCOLO No: 125
SEXO: H EDAD: 6 Meses PROCEDENCIA: Urbana
PESO NAC.: 3. kg. PESO EXITUS: 4.500 kg. MES EXITUS: Diciemb.
HORA EXITUS: N.O.40.h. SERV. EXITUS: Infec. DUR. HOSPIT.: 6 M.
DIAG. CLIN. PRIN.: Sepsis.
DIAG. CLIN. SEC.: C.I.V.
DIAG. A-P PRIN.: No concedida.
DIAG. A-P SEC.:

CLASIFICACION: I-038.9

NOMBRE: M.M.M. H.C.: 73410-83 PROTOCOLO No: 126
SEXO: V EDAD: 17 Meses PROCEDENCIA: Urb.Reg.
PESO NAC.: 2.670 kg. PESO EXITUS: N.C. MES EXITUS: Noviembre
HORA EXITUS: N.C. SERV. EXITUS: U.C.I. DUR. HOSPIT.: 9 D.
DIAG. CLIN. PRIN.: Mucoviscidosis.
DIAG. CLIN. SEC.: Insuficiencia respiratoria.
DIAG. A-P PRIN.: NO concedida.
DIAG. A-P SEC.:
CLASIFICACION: III-277.0

NOMBRE: D.G.M. H.C.: 67905-83 PROTOCOLO Nº: 127

SEXO: V EDAD: 32 Meses PROCEDENCIA: Rural

PESO NAC.: 2.950 kg. PESO EXITUS: 9. kg. MES EXITUS: Noviembre

HORA EXITUS: M. 10. h.SERV. EXITUS: U.C.I. DUR. HOSPIT.: 2 D.

DIAG. CLIN. PRIN.:Transposición de grandes vasos

DIAG. CLIN. SEC.: Plaquetopenia

DIAG. A-P PRIN.: No concedida.

DIAG. A-P SEC.:

CLASIFICACION: XIV-745.1

NOMBRE: M I.Q.G. H.C.: 76752-83 PROTOCOLO Nº: 128

SEXO: H EDAD: 11 Meses PROCEDENCIA: Rural

PESO NAC.: N.C. PESO EXITUS: 7.050 kg.MES EXITUS: Noviembre

HORA EXITUS: T. 18. h.SERV. EXITUS: Lact. DUR. HOSPIT.: 10 D.

DIAG. CLIN. PRIN.: Sindrome de Down.

DIAG. CLIN. SEC.: Tetralogia de Fallot.

DIAG. A-P PRIN.: No concedida.

DIAG. A-P SEC.:

CLASIFICACION: XIV-758.0

NOMBRE: J.C.C. H.C.: 78684-83 PROTOCOLO No: 129

SEXO: V EDAD: 30 Dias PROCEDENCIA: Rural

PESO NAC.: 2.950 kg. PESO EXITUS: 2.500 kg. MES EXITUS: Marzo

HORA EXITUS: N. 6. h. SERV. EXITUS: U.C.I. DUR. HOSPIT.: 7 D.

DIAG. CLIN. PRIN.: Neumonia

DIAG. CLIN. SEC.: Ductus.

DIAG. A-P PRIN.: Neumonia

DIAG. A-P SEC.: Ductus.

CLASIFICACION: VIII-486

NOMBRE: M A.D.V. H.C.: 68672-83 PROTOCOLO No: 130

SEXO: H EDAD: 18 Meses PROCEDENCIA: Rural

PESO NAC.: 2.700 kg. PESO EXITUS: 12.800kg. MES EXITUS: Febrero

HORA EXITUS: N.3.15.h.SERV. EXITUS: U.C.I. DUR. HOSPIT.: 3 H.

DIAG. CLIN. PRIN.: Sepsis meningococica.

DIAG. CLIN. SEC.: C/I.D.

DIAG. A-P PRIN.: No concedida.

DIAG. A-P SEC.:

CLASIFICACION: I-036.2

NOMBRE: V.B.Z. H.C.: 78773-83 PROTOCOLO No: 131

SEXO: V EDAD: 19 Meses PROCEDENCIA: Rural

PESO NAC.: 3.550 kg. PESO EXITUS: 10.560kg. MES EXITUS: Marzo

HORA EXITUS: N.O.30.h.SERV. EXITUS: U.C.I. DUR. HOSPIT.: 2 D.

DIAG. CLIN. PRIN.: Asfixia por inmersión.

DIAG. CLIN. SEC.: Anoxia cerebral.

DIAG. A-P PRIN.: No concedida.

DIAG. A-P SEC.:

CLASIFICACION: XVII-994.1

NOMBRE: A.P.C. H.C.: 73665-83 PROTOCOLO No: 132

SEXO: H EDAD: 19 Meses PROCEDENCIA: Rural

PESO NAC.: 2.800 kg. PESO EXITUS: 11. kg. MES EXITUS: Marzo

HORA EXITUS: N.O.2. h.SERV. EXITUS: U.C.I. DUR. HOSPIT.: 25 D.

DIAG. CLIN. PRIN.: Artritis reumatoide juvenil

DIAG. CLIN. SEC.: Bronconeumonía.

DIAG. A-P PRIN.: No concedida.

DIAG. A-P SEC.:

CLASIFICACION: XIII-714.0

NOMBRE: S.B.M. H.C.: 79094-83 PROTOCOLO No: 133

SEXO: H EDAD: 6 Años PROCEDENCIA: Urbana

PESO NAC.: 3.200 kg. PESO EXITUS: 30. kg. MES EXITUS: Mayo

HORA EXITUS: M.9.15.h.SERV. EXITUS: Preesc. DUR. HOSPIT.: 13 D.

DIAG. CLIN. PRIN.: Tumor cerebral.

DIAG. CLIN. SEC.: Coma neurologico.

DIAG. A-P PRIN.: No concedida.

DIAG. A-P SEC.:

CLASIFICACION: II-191.9

NOMBRE: B.D.H. H.C.: 81652-83 PROTOCOLO No: 134

SEXO: H EDAD: 27 Dias PROCEDENCIA: Rur.Reg.

PESO NAC.: 4.480 kg. PESO EXITUS: 4.380 kg. MES EXITUS: Sept.

HORA EXITUS: N.2.45.h.SERV. EXITUS: Nefro. DUR. HOSPIT.: 14 D.

DIAG. CLIN. PRIN.: Riñon poliquistico.

DIAG. CLIN. SEC.: Cardiopatia congenita.

DIAG. A-P PRIN.: No concedida.

DIAG. A-P SEC.:

CLASIFICACION: XIV-753.1

NOMBRE: P.C.M. H.C.: 74534-83 PROTOCOLO Nº: 135
SEXO: V EDAD: 8 Meses PROCEDENCIA: Urbana
PESO NAC.: 2.850 kg. PESO EXITUS: 6.130 kg. MES EXITUS: Mayo
HORA EXITUS: M. 10. h. SERV. EXITUS: Neonat. DUR. HOSPIT.: 8 M.
DIAG. CLIN. PRIN.: Encefalopatia connatal.
DIAG. CLIN. SEC.: Bronconeumonia esclerosante.
DIAG. A-P PRIN.: No concedida.
DIAG. A-P SEC.:

CLASIFICACION: XIV.742.9

NOMBRE: C.T.C. H.C.: 75589-83 PROTOCOLO Nº: 136
SEXO: H EDAD: 2 Meses PROCEDENCIA: Urb.Reg.
PESO NAC.: 3.600 kg. PESO EXITUS: N.C. MES EXITUS: Abril
HORA EXITUS: M.9.15.h. SERV. EXITUS: U.C.I. DUR. HOSPIT.: 6 M.
DIAG. CLIN. PRIN.: Hemorragia intracraneal
DIAG. CLIN. SEC.: Hidrocefalia.
DIAG. A-P PRIN.: No concedida.
DIAG. A-P SEC.:

CLASIFICACION: VII-432.9

NOMBRE: H.C.G. H.C.: 79063-83 PROTOCOLO No: 137
SEXO: H EDAD: 29 Dias PROCEDENCIA: Rur.Reg.
PESO NAC.: 1.760 kg. PESO EXITUS: 2.180 kg. MES EXITUS: Mayo
HORA EXITUS: T. 16. h. SERV. EXITUS: Neonat. DUR. HOSPIT.: 12 D.
DIAG. CLIN. PRIN.: Cardiopatía congenita.
DIAG. CLIN. SEC.: Ductus arterioso persistente.
DIAG. A-P PRIN.: No concedida.
DIAG. A-P SEC.:

CLASIFICACION: XIV-745.0

NOMBRE: H.P.S. H.C.: N.C.-83 PROTOCOLO No: 138
SEXO: H EDAD: 2 Meses PROCEDENCIA: Urbana
PESO NAC.: 3. kg. PESO EXITUS: 3.800 kg. MES EXITUS: Mayo
HORA EXITUS: N.1.15.h. SERV. EXITUS: Neonat. DUR. HOSPIT.: 7 D.
DIAG. CLIN. PRIN.: Transposición de grandes vasos
DIAG. CLIN. SEC.:

DIAG. A-P PRIN.: No concedida.
DIAG. A-P SEC.:

CLASIFICACION: XIV-745.1

NOMBRE: A.C.A. H.C.: 67994-83 PROTOCOLO No: 139
SEXO: H EDAD: 2 Años PROCEDENCIA: Urbana
PESO NAC.: 2.800 kg. PESO EXITUS: 9.400 kg. MES EXITUS: Junio
HORA EXITUS: T. 18. h. SERV. EXITUS: Preesc. DUR. HOSPIT.: 3 D.
DIAG. CLIN. PRIN.: Tetralogia de Fallot.
DIAG. CLIN. SEC.: Hipoxia.
DIAG. A-P PRIN.: C.I.V. multiples.
DIAG. A-P SEC.: Estenosis pulmonar. Dextroposicion aorta.
CLASIFICACION: XIV-745.4

NOMBRE: M.R.C. H.C.: 83203-83 PROTOCOLO No: 140
SEXO: H EDAD: 40 Dias PROCEDENCIA: Rur.Reg.
PESO NAC.: 3.750 kg. PESO EXITUS: 4. kg. MES EXITUS: Noviembre
HORA EXITUS: N.23.40h. SERV. EXITUS: U.C.I. DUR. HOSPIT.: 10 H.
DIAG. CLIN. PRIN.: T.G.V.
DIAG. CLIN. SEC.: Insuficiencia cardiaca C.I.V.
DIAG. A-P PRIN.: No concedida.
DIAG. A-P SEC.:
CLASIFICACION: XIV-745.1

NOMBRE: O.C.G. H.C.: 73237-83 PROTOCOLO No: 141
SEXO: H EDAD: 29 Meses PROCEDENCIA: Urbana
PESO NAC.: 2.500 kg. PESO EXITUS: 6.300 kg MES EXITUS: Agosto
HORA EXITUS: M. 14. h.SERV. EXITUS: Preesc. DUR. HOSPIT.: 70 D.
DIAG. CLIN. PRIN.: Enfer. Tay-Sachs.
DIAG. CLIN. SEC.: Bronconeumonia.
DIAG. A-P PRIN.: Gangliosidosis GM2.
DIAG. A-P SEC.: Bronconeumonia severa. Desnutricion.
CLASIFICACION: VI-330.1

NOMBRE: J.G.J. H.C.: 52993-83 PROTOCOLO No: 142
SEXO: V EDAD: 4 Años PROCEDENCIA: Rural
PESO NAC.: 3.800 kg. PESO EXITUS: 15.500kg. MES EXITUS: Julio
HORA EXITUS: N.1.30.h.SERV. EXITUS: U.C.I. DUR. HOSPIT.: 10 D.
DIAG. CLIN. PRIN.: Meningoencefalitis.
DIAG. CLIN. SEC.: Hemorragia pulmonar.
DIAG. A-P PRIN.: No concedida.
DIAG. A-P SEC.:
CLASIFICACION: I-049.0

NOMBRE: E.M.CH. H.C.: 48878-83 PROTOCOLO Nº: 143
SEXO: H EDAD: 4 Años PROCEDENCIA: Urbana
PESO NAC.: 3.300 kg. PESO EXITUS: 20. kg. MES EXITUS: Junio
HORA EXITUS: T.15.30h.SERV. EXITUS: Preesc. DUR. HOSPIT.: 8 D.
DIAG. CLIN. PRIN.: Angiomatosis multiple.
DIAG. CLIN. SEC.: Infarto cerebral.
DIAG. A-P PRIN.: No concedida.
DIAG. A-P SEC.:

CLASIFICACION: XIV-757.3

NOMBRE: M.D.M. H.C.: 81348-83 PROTOCOLO Nº: 144
SEXO: H EDAD: 2 Meses PROCEDENCIA: Rural
PESO NAC.: 3.280 kg. PESO EXITUS: 5.500 kg. MES EXITUS: Agosto
HORA EXITUS: T.20.45h.SERV. EXITUS: U.C.I. DUR. HOSPIT.: 14 D.
DIAG. CLIN. PRIN.: Hepatitis fulminante.
DIAG. CLIN. SEC.: Coma hepatico.
DIAG. A-P PRIN.: No concedida.
DIAG. A-P SEC.:

CLASIFICACION: I.070.1

NOMBRE: V.V.F. H.C.: 80277-83 PROTOCOLO No: 145
SEXO: V EDAD: 71 Dias PROCEDENCIA: Urbana
PESO NAC.: 3.950 kg. PESO EXITUS: 3.260 kg. MES EXITUS: Agosto
HORA EXITUS: N.C. SERV. EXITUS: Lact. DUR. HOSPIT.: 71 D.
DIAG. CLIN. PRIN.: Tetralogia de Fallot.
DIAG. CLIN. SEC.: Polimalformado. Aspiracion.
DIAG. A-P PRIN.: No concedida.
DIAG. A-P SEC.:
CLASIFICACION: XIV-745.2

NOMBRE: V.S.M. H.C.: 81568-83 PROTOCOLO No: 146
SEXO: V EDAD: 68 Dias PROCEDENCIA: Urbana
PESO NAC.: 1.400 kg. PESO EXITUS: 2.950 kg. MES EXITUS: Agosto
HORA EXITUS: T.19.15h. SERV. EXITUS: Lact. DUR. HOSPIT.: 68 D.
DIAG. CLIN. PRIN.: Prematuro.
DIAG. CLIN. SEC.: Hemorragia cerebral.
DIAG. A-P PRIN.: No concedida.
DIAG. A-P SEC.:
CLASIFICACION: XV-765.1

NOMBRE: A.R.P. H.C.: 81625-83 PROTOCOLO No: 147
SEXO: H EDAD: 2 Meses PROCEDENCIA: Urbana
PESO NAC.: 3.100 kg. PESO EXITUS: 5.350 kg. MES EXITUS: Noviembre
HORA EXITUS: M. 8.30h. SERV. EXITUS: U.C.I. DUR. HOSPIT.: 76 D.
DIAG. CLIN. PRIN.: Hemorragia intracraneal.
DIAG. CLIN. SEC.: Bronconeumonia aspirativa.
DIAG. A-P PRIN.: Encefalomalacia multiquistica.
DIAG. A-P SEC.: Momificacion de neuronas talamicas.

CLASIFICACION: VII-434.9

NOMBRE: S.D.A. H.C.: 47671-83 PROTOCOLO No: 148
SEXO: H EDAD: 4 Años PROCEDENCIA: Urbana
PESO NAC.: 3.200 kg. PESO EXITUS: 7. kg. MES EXITUS: Julio
HORA EXITUS: N.4.20.h. SERV. EXITUS: U.C.I. DUR. HOSPIT.: 6 H.
DIAG. CLIN. PRIN.: Bronconeumonia aspirativa.
DIAG. CLIN. SEC.: Polimalformado. Encefalopatia connatal.
DIAG. A-P PRIN.: Polimalformado.
DIAG. A-P SEC.: Astrogliosis de sustancia blanca.

CLASIFICACION: XIV-759.9

NOMBRE: JC.R.G. H.C.: 73114-84 PROTOCOLO No: 149

SEXO: V EDAD: 20 Meses PROCEDENCIA: Urbana

PESO NAC.: 2.600 kg. PESO EXITUS: 9.600 kg. MES EXITUS: Enero

HORA EXITUS: N.C. SERV. EXITUS: U.C.I. DUR. HOSPIT.: 12 D.

DIAG. CLIN. PRIN.: Tetralogia de Fallot.

DIAG. CLIN. SEC.: Shock cardiogenico por intervencion.

DIAG. A-P PRIN.: No concedida.

DIAG. A-P SEC.:

CLASIFICACION: XIV-745.2

NOMBRE: JA.P.O. H.C.: 80748-84 PROTOCOLO No: 150

SEXO: V EDAD: 9 Meses PROCEDENCIA: Rural

PESO NAC.: 3.150 kg. PESO EXITUS: 9.300 kg. MES EXITUS: Enero

HORA EXITUS: M. 11. h. SERV. EXITUS: U.C.I. DUR. HOSPIT.: 7 H.

DIAG. CLIN. PRIN.: Sindrome de Reye.

DIAG. CLIN. SEC.: Esteatosis microtubular

DIAG. A-P PRIN.: No concedida.

DIAG. A-P SEC.:

CLASIFICACION: VI-331.8

NOMBRE: C.G.A. H.C.: 85467-84 PROTOCOLO Nº: 151
SEXO: V EDAD: 3 Meses PROCEDENCIA: Urbana
PESO NAC.: 2.800 kg. PESO EXITUS: 6.060 kg. MES EXITUS: Febrero
HORA EXITUS: T. 18. h. SERV. EXITUS: U.C.I. DUR. HOSPIT.: 6 H.
DIAG. CLIN. PRIN.: Sepsis meningococica.
DIAG. CLIN. SEC.: C.I.D.
DIAG. A-P PRIN.: No concedida.
DIAG. A-P SEC.:

CLASIFICACION: I-036.2

NOMBRE: M C.G.E. H.C.: 84886-84 PROTOCOLO Nº: 152
SEXO: H EDAD: 37 Dias PROCEDENCIA: Rur.Reg.
PESO NAC.: 2.930 kg. PESO EXITUS: 2.900 kg. MES EXITUS: Febrero
HORA EXITUS: N.22.15h. SERV. EXITUS: U.C.I. DUR. HOSPIT.: 25 D.
DIAG. CLIN. PRIN.: Canal atrio-ventricular
DIAG. CLIN. SEC.: Insuficiencia cardiaca.
DIAG. A-P PRIN.: No concedida.
DIAG. A-P SEC.:
CLASIFICACION: XIV-745.6

NOMBRE: J M.J.C. H.C.: 76997-84 PROTOCOLO No: 153

SEXO: V EDAD: 14 Meses PROCEDENCIA: Rural

PESO NAC.: 4.050 kg. PESO EXITUS: 9. kg. MES EXITUS: Febrero

HORA EXITUS: T.21.06h.SERV. EXITUS: Lact. DUR. HOSPIT.: 2 D.

DIAG. CLIN. PRIN.: Cirrosis biliar.

DIAG. CLIN. SEC.: Insuficiencia cardiaca.

DIAG. A-P PRIN.: No concedida.

DIAG. A-P SEC.:

CLASIFICACION: IX-571.6

NOMBRE: C.A.B. H.C.: 77001-84 PROTOCOLO No: 154

SEXO: V EDAD: 14 Meses PROCEDENCIA: Urb.Reg.

PESO NAC.: 3.850 kg. PESO EXITUS: 6. kg. MES EXITUS: Febrero

HORA EXITUS: N.C. SERV. EXITUS: U.C.I. DUR. HOSPIT.: 21 D.

DIAG. CLIN. PRIN.: Canal atrio-ventricular completo.

DIAG. CLIN. SEC.: Shock cardiogenico.

DIAG. A-P PRIN.: No concedida.

DIAG. A-P SEC.:

CLASIFICACION: XIV-745.6

NOMBRE: L.R.S. H.C.: 83696-84 PROTOCOLO Nº: 155
SEXO: V EDAD: 17 Meses PROCEDENCIA: Rural
PESO NAC.: 3.900 kg. PESO EXITUS: 8. kg. MES EXITUS: Febrero
HORA EXITUS: T.21.15h.SERV. EXITUS: U.C.I. DUR. HOSPIT.: 33 D.
DIAG. CLIN. PRIN.: Síndrome de Down.
DIAG. CLIN. SEC.: Cardiopatía congénita.
DIAG. A-P PRIN.: No concedida.
DIAG. A-P SEC.:

CLASIFICACION: XIV-758.0

NOMBRE: MA.B.B. H.C.: 86220-84 PROTOCOLO Nº: 156
SEXO: V EDAD: 6 Años PROCEDENCIA: Rural
PESO NAC.: 3. kg. PESO EXITUS: 20. kg. MES EXITUS: Abril
HORA EXITUS: T. 15. h.SERV. EXITUS: U.C.I. DUR. HOSPIT.: 5 D.
DIAG. CLIN. PRIN.: Sepsis meningocócica.
DIAG. CLIN. SEC.: C.I.D.
DIAG. A-P PRIN.: No concedida.
DIAG. A-P SEC.:

CLASIFICACION: I-036.2

NOMBRE: R.C.G. H.C.: 63162-84 PROTOCOLO No: 157

SEXO: V EDAD: 5 Años PROCEDENCIA: Rural

PESO NAC.: 3. kg. PESO EXITUS: 14. kg. MES EXITUS: Marzo

HORA EXITUS: N.7.30.h.SERV. EXITUS: Preesc. DUR. HOSPIT.: 2 D.

DIAG. CLIN. PRIN.: Miocardiopatía congénita.

DIAG. CLIN. SEC.: E.A.P.

DIAG. A-P PRIN.: No concedida.

DIAG. A-P SEC.:

CLASIFICACION: XIV-746.8

NOMBRE: I.A.A. H.C.: 85055-84 PROTOCOLO No: 158

SEXO: V EDAD: 3 Meses PROCEDENCIA: Rural

PESO NAC.: 2. kg. PESO EXITUS: 5.600 kg. MES EXITUS: Mayo

HORA EXITUS: M. 14. h.SERV. EXITUS: U.C.I. DUR. HOSPIT.: 12 H.

DIAG. CLIN. PRIN.: Sepsis meningocócica.

DIAG. CLIN. SEC.: C.I.D.

DIAG. A-P PRIN.: Sepsis meningocócica.

DIAG. A-P SEC.: C.I.D.

CLASIFICACION: I-036.2

NOMBRE: H.O.M. H.C.: 84792-84 PROTOCOLO No: 159
SEXO: H EDAD: 51 Dias PROCEDENCIA: Urbana
PESO NAC.: 2.900 kg. PESO EXITUS: 2.620 kg. MES EXITUS: Marzo
HORA EXITUS: N.1.30.h. SERV. EXITUS: Neonat. DUR. HOSPIT.: 51 D.
DIAG. CLIN. PRIN.: Síndrome de Edwards.
DIAG. CLIN. SEC.: Neumonía.
DIAG. A-P PRIN.: No concedida.
DIAG. A-P SEC.:

CLASIFICACION: XIV-758.2

NOMBRE: A.L.J. H.C.: 90886-84 PROTOCOLO No: 160
SEXO: V EDAD: 6 Meses PROCEDENCIA: Rural
PESO NAC.: 3.600 kg. PESO EXITUS: N.C. MES EXITUS: Diciemb.
HORA EXITUS: N.C. SERV. EXITUS: U.C.I. DUR. HOSPIT.: 4 H.
DIAG. CLIN. PRIN.: Sepsis meningocócica.
DIAG. CLIN. SEC.: Síndrome de Waterhouse-Friderichsen
DIAG. A-P PRIN.: No concedida.
DIAG. A-P SEC.:
CLASIFICACION: I-036.2

NOMBRE: C.T.F. H.C.: 90866-84 PROTOCOLO Nº: 161
SEXO: H EDAD: 20 Meses PROCEDENCIA: Rural
PESO NAC.: N.C. PESO EXITUS: 12. kg. MES EXITUS: Noviembre
HORA EXITUS: T.20.25h.SERV. EXITUS: U.C.I. DUR. HOSPIT.: 7 H.
DIAG. CLIN. PRIN.: Sepsis meningococica.
DIAG. CLIN. SEC.: C.I.D.
DIAG. A-P PRIN.: No concedida.
DIAG. A-P SEC.:

CLASIFICACION: I-036.2

NOMBRE: H.R.B. H.C.: 90507-84 PROTOCOLO Nº: 162
SEXO: H EDAD: 35 Dias PROCEDENCIA: Urbana
PESO NAC.: 2.350 kg. PESO EXITUS: 2.600 kg. MES EXITUS: Noviembre
HORA EXITUS: M.11.45h.SERV. EXITUS: U.C.I. DUR. HOSPIT.: 35 D.
DIAG. CLIN. PRIN.: Mucoviscidosis.
DIAG. CLIN. SEC.: Sepsis.
DIAG. A-P PRIN.: Mucoviscidosis.
DIAG. A-P SEC.: Sepsis.

CLASIFICACION: III-277.0

NOMBRE: M C.E.G. H.C.: 59318-84 PROTOCOLO No: 163
SEXO: H EDAD: 4 Años PROCEDENCIA: Rural
PESO NAC.: 2.650 kg. PESO EXITUS: 12. kg. MES EXITUS: Noviembre
HORA EXITUS: M. 10. h.SERV. EXITUS: Preesc. DUR. HOSPIT.: 1 D.
DIAG. CLIN. PRIN.: Síndrome de Down.
DIAG. CLIN. SEC.: Cardiopatía congénita.
DIAG. A-P PRIN.: No concedida.
DIAG. A-P SEC.:
CLASIFICACION: XIV-758.0

NOMBRE: F.CH.V. H.C.: 87745-84 PROTOCOLO No: 164
SEXO: V EDAD: 4 Meses PROCEDENCIA: Rural
PESO NAC.: 3.600 kg. PESO EXITUS: 4.250 kg. MES EXITUS: Noviembre
HORA EXITUS: N. 23. h.SERV. EXITUS: Lact. DUR. HOSPIT.: 6 D.
DIAG. CLIN. PRIN.: Holoprosencefalia.
DIAG. CLIN. SEC.: Bronconeumonía.
DIAG. A-P PRIN.: No concedida.
DIAG. A-P SEC.:
CLASIFICACION: XIV-743

NOMBRE: S.F.L. H.C.: 91281-84 PROTOCOLO Nº: 165
SEXO: V EDAD: 17 Meses PROCEDENCIA: Urbana
PESO NAC.: 3.400 kg PESO EXITUS: N.C. MES EXITUS: Diciemb.
HORA EXITUS: N. 6. h. SERV. EXITUS: U.C.I. DUR. HOSPIT.: 5 H.
DIAG. CLIN. PRIN.: Sepsis meningococica.
DIAG. CLIN. SEC.: C.I.D.
DIAG. A-P PRIN.: No concedida.
DIAG. A-P SEC.:

CLASIFICACION: I-036.2

NOMBRE: M D.M.G. H.C.: 84633-84 PROTOCOLO Nº: 166
SEXO: H EDAD: 16 Meses PROCEDENCIA: Rural
PESO NAC.: N.C. PESO EXITUS: 7.900 kg. MES EXITUS: Diciemb.
HORA EXITUS: N. 22. h. SERV. EXITUS: U.C.I. DUR. HOSPIT.: 1 D.
DIAG. CLIN. PRIN.: Inmunodeficiencia celular
DIAG. CLIN. SEC.: Bronconeumonia.
DIAG. A-P PRIN.: No concedida.
DIAG. A-P SEC.:
CLASIFICACION: III-279.1

NOMBRE: H.M.M. H.C.: 88762-84 PROTOCOLO Nº: 167
SEXO: H EDAD: 2 Meses PROCEDENCIA: Urbana
PESO NAC.: 2.260 kg. PESO EXITUS: 3.160 kg. MES EXITUS: Noviembre
HORA EXITUS: M. 11. h. SERV. EXITUS: Prem. DUR. HOSPIT.: 9 D.
DIAG. CLIN. PRIN.: Síndrome Patau.
DIAG. CLIN. SEC.: Crisis de apnea.
DIAG. A-P PRIN.: No concedida.
DIAG. A-P SEC.:

CLASIFICACION: XIV-758.1

NOMBRE: JM.P.G. H.C.: 90520-84 PROTOCOLO Nº: 168
SEXO: V EDAD: 8 Meses PROCEDENCIA: Rur.Reg.
PESO NAC.: N.C. PESO EXITUS: N.C. MES EXITUS: Noviembre
HORA EXITUS: T. 16. h. SERV. EXITUS: U.C.I. DUR. HOSPIT.: 1 H.
DIAG. CLIN. PRIN.: Meningitis purulenta.
DIAG. CLIN. SEC.: Coma infeccioso.
DIAG. A-P PRIN.: No concedida.
DIAG. A-P SEC.:

CLASIFICACION: I-049.0

NOMBRE: D.R.V. H.C.: 76410-84 PROTOCOLO Nº: 169
SEXO: H EDAD: 22 Meses PROCEDENCIA: Urb.Reg.
PESO NAC.: 2.520 kg. PESO EXITUS: 7.900 kg. MES EXITUS: Noviembre
HORA EXITUS: N. 3. h. SERV. EXITUS: U.C.I. DUR. HOSPIT.: 16 D.
DIAG. CLIN. PRIN.: Tetralogia de Fallot.
DIAG. CLIN. SEC.: Polimalformado.
DIAG. A-P PRIN.: No concedida.
DIAG. A-P SEC.:

CLASIFICACION: XIV-745.2

NOMBRE: D.G.P. H.C.: 84103-84 PROTOCOLO Nº: 170
SEXO: V EDAD: 11 Meses PROCEDENCIA: Rur.Reg.
PESO NAC.: 1.600 kg. PESO EXITUS: N.C. MES EXITUS: Octubre
HORA EXITUS: N.C. SERV. EXITUS: Lact. DUR. HOSPIT.: 11 M.
DIAG. CLIN. PRIN.: Estenosis pulmonar
DIAG. CLIN. SEC.: Parada cardiórrespiratoria
DIAG. A-P PRIN.: No concedida.
DIAG. A-P SEC.:

CLASIFICACION: XIV- 747.3

NOMBRE: L.S.M. H.C.: 86664-84 PROTOCOLO No: 171
SEXO: V EDAD: 5 Meses PROCEDENCIA: Rural
PESO NAC.: 2.900 kg. PESO EXITUS: N.C. MES EXITUS: Octubre
HORA EXITUS: M.12.30h.SERV. EXITUS: U.C.I. DUR. HOSPIT.: 5 M.
DIAG. CLIN. PRIN.: Sindrome de Down.
DIAG. CLIN. SEC.: Cardiopatía congénita.
DIAG. A-P PRIN.: No concedida.
DIAG. A-P SEC.:
CLASIFICACION: XIV-758.0

NOMBRE: H.G.M. H.C.: 89513-84 PROTOCOLO No: 172
SEXO: H EDAD: 1 Mes PROCEDENCIA: Urb.Reg.
PESO NAC.: 2.880 kg. PESO EXITUS: 2.800 kg. MES EXITUS: Sept.
HORA EXITUS: M.8.35.h.SERV. EXITUS: U.C.I. DUR. HOSPIT.: 36 D.
DIAG. CLIN. PRIN.: Sindrome de Edwards.
DIAG. CLIN. SEC.: Cardiopatía congénita.
DIAG. A-P PRIN.: No concedida.
DIAG. A-P SEC.:
CLASIFICACION: XIV-758.2

NOMBRE: R.F.R. H.C.: 81158-84 PROTOCOLO No: 173

SEXO: H EDAD: 15 Meses PROCEDENCIA: Rural

PESO NAC.: 2.400 kg. PESO EXITUS: 5.610 kg. MES EXITUS: Agosto

HORA EXITUS: T. 18. h. SERV. EXITUS: Lact. DUR. HOSPIT.: 26 D.

DIAG. CLIN. PRIN.: Bronconeumonia.

DIAG. CLIN. SEC.: Cirrosis hepatica.

DIAG. A-P PRIN.: Bronconeumonia.

DIAG. A-P SEC.: Cirrosis hepatica.

CLASIFICACION: VIII-485

NOMBRE: H.N.J. H.C.: 86048-84 PROTOCOLO No: 174

SEXO: H EDAD: 2 Meses PROCEDENCIA: Urbana

PESO NAC.: 1.100 kg. PESO EXITUS: 2.200 kg. MES EXITUS: Junio

HORA EXITUS: N. 3. h. SERV. EXITUS: Prem. DUR. HOSPIT.: 63 D.

DIAG. CLIN. PRIN.: Gran inmaduro.

DIAG. CLIN. SEC.: Hemorragia pulmonar.

DIAG. A-P PRIN.: Gran inmaduro.

DIAG. A-P SEC.: Hemorragia pulmonar.

CLASIFICACION: XV-765.0

NOMBRE: J.L.C.M. H.C.: 80807-84 PROTOCOLO Nº: 175
SEXO: V EDAD: 11 Meses PROCEDENCIA: Rur.Reg.
PESO NAC.: 2.700 kg. PESO EXITUS: 6.800 kg. MES EXITUS: Junio
HORA EXITUS: N. 6. h. SERV. EXITUS: U.C.I. DUR. HOSPIT.: 27 D.
DIAG. CLIN. PRIN.: Atresia tricuspidea.
DIAG. CLIN. SEC.: Hipoxia miocardio.
DIAG. A-P PRIN.: No concedida.
DIAG. A-P SEC.:

CLASIFICACION: XIV-746.1

NOMBRE: A.C.P. H.C.: 83995-84 PROTOCOLO Nº: 176
SEXO: V EDAD: 5 Meses PROCEDENCIA: Rural
PESO NAC.: 3.900 kg. PESO EXITUS: 5.360 kg. MES EXITUS: Diciemb.
HORA EXITUS: N. 3. h. SERV. EXITUS: U.C.I. DUR. HOSPIT.: 105 D.
DIAG. CLIN. PRIN.: Enfermedad Wernig-Hoffman.
DIAG. CLIN. SEC.: Inflamacion pulmonar, atelectasia.
DIAG. A-P PRIN.: No concedida.
DIAG. A-P SEC.:
CLASIFICACION: VI-335.0

NOMBRE: S.B.S. H.C.: 83729-84 PROTOCOLO Nº: 177
SEXO: V EDAD: 3 Meses PROCEDENCIA: Rural
PESO NAC.: 3.550 kg. PESO EXITUS: 3.800 kg. MES EXITUS: Marzo
HORA EXITUS: T. 19. h. SERV. EXITUS: U.C.I. DUR. HOSPIT.: 106 D.
DIAG. CLIN. PRIN.: Quilotorax R.N.
DIAG. CLIN. SEC.: Neumonia.
DIAG. A-P PRIN.: Insuficiencia cardiorrespiratoria.
DIAG. A-P SEC.:

CLASIFICACION: VII-457.8

NOMBRE: G.G.M. H.C.: 63122-84 PROTOCOLO Nº: 178
SEXO: H EDAD: 3 Años PROCEDENCIA: Rural
PESO NAC.: 3. kg. PESO EXITUS: 12.5 kg. MES EXITUS: Abril
HORA EXITUS: M. 12. h. SERV. EXITUS: Preesc. DUR. HOSPIT.: 8 D.
DIAG. CLIN. PRIN.: Bronconeumonia.
DIAG. CLIN. SEC.: Encefalopatía.
DIAG. A-P PRIN.: No concedida.
DIAG. A-P SEC.:

CLASIFICACION: VIII-485

NOMBRE: C.M.L. H.C.: 83410-84 PROTOCOLO No: 179
SEXO: H EDAD: 6 Meses PROCEDENCIA: Urb.Reg.
PESO NAC.: 3.200 kg. PESO EXITUS: 5.010 kg. MES EXITUS: Mayo
HORA EXITUS: M. 12. h. SERV. EXITUS: U.C.I. DUR. HOSPIT.: 6 M.
DIAG. CLIN. PRIN.: Atresia de esofago.
DIAG. CLIN. SEC.: Bronconeumonia por aspiracion.
DIAG. A-P PRIN.: Atresia esofagica
DIAG. A-P SEC.: Bronconeumonia.
CLASIFICACION: XIV-750.3

NOMBRE: H.E.P. H.C.: 81410-84 PROTOCOLO No: 180
SEXO: H EDAD: 14 Meses PROCEDENCIA: Rural
PESO NAC.: 2.400 kg. PESO EXITUS: 6.500 kg. MES EXITUS: Julio
HORA EXITUS: T.17.30h. SERV. EXITUS: U.C.I. DUR. HOSPIT.: 25 D.
DIAG. CLIN. PRIN.: Bronconeumonía.
DIAG. CLIN. SEC.: Insuficiencia cardio respiratoria.
DIAG. A-P PRIN.: No concedida.
DIAG. A-P SEC.:
CLASIFICACION: VIII-485

NOMBRE: FJ.T.F. H.C.: 54943-84 PROTOCOLO Nº: 181
SEXO: V EDAD: 4 Años PROCEDENCIA: Urbana
PESO NAC.: 5. kg. PESO EXITUS: 24. kg. MES EXITUS: Junio
HORA EXITUS: N.22.45h.SERV. EXITUS: Preesc. DUR. HOSPIT.: 1 D.
DIAG. CLIN. PRIN.: Astroglioma.
DIAG. CLIN. SEC.: Hemorragia cerebral e hidrocefalia.
DIAG. A-P PRIN.: No concedida.
DIAG. A-P SEC.:

CLASIFICACION: II-191.9

NOMBRE: FJ.S.C. H.C.: 88226-84 PROTOCOLO Nº: 182
SEXO: V EDAD: 4 Meses PROCEDENCIA: Rural
PESO NAC.: 3.540 kg. PESO EXITUS: 7.860 kg. MES EXITUS: Agosto
HORA EXITUS: T. 19. h.SERV. EXITUS: U.C.I. DUR. HOSPIT.: 17 D.
DIAG. CLIN. PRIN.: Hepatitis aguda.
DIAG. CLIN. SEC.: Sepsis, Inmunodeficiencia.
DIAG. A-P PRIN.: Atresia vias biliares.
DIAG. A-P SEC.: Sindrome Inmunodeficiencia.
CLASIFICACION: XIV-751.6

NOMBRE: E.G.G. H.C.: 88715-84 PROTOCOLO No: 183
SEXO: H EDAD: 17 Meses PROCEDENCIA: Urb.Reg.
PESO NAC.: 3.250 kg. PESO EXITUS: 9.300 kg. MES EXITUS: Agosto
HORA EXITUS: N. 1. h. SERV. EXITUS: U.C.I. DUR. HOSPIT.: 5 D.
DIAG. CLIN. PRIN.: Coma diabetico.
DIAG. CLIN. SEC.: Status convulsivo.
DIAG. A-P PRIN.: No concedida.
DIAG. A-P SEC.:

CLASIFICACION: III-250.2

NOMBRE: J.N.V. H.C.: 88692-84 PROTOCOLO No: 184
SEXO: V EDAD: 7 Años PROCEDENCIA: Urbana
PESO NAC.: 4.800 kg. PESO EXITUS: 25. kg. MES EXITUS: Agosto
HORA EXITUS: N.C. SERV. EXITUS: U.C.I. DUR. HOSPIT.: 5 D.
DIAG. CLIN. PRIN.: Glioma de tronco.
DIAG. CLIN. SEC.: Crisis de enclavamiento.
DIAG. A-P PRIN.: No concedida.
DIAG. A-P SEC.:

CLASIFICACION: II-191.8

NOMBRE: H.M.M. H.C.: 86980-84 PROTOCOLO No: 185
SEXO: H EDAD: 1 Mes PROCEDENCIA: Rur.Reg.
PESO NAC.: 2.630 kg. PESO EXITUS: 3.540 kg. MES EXITUS: Julio
HORA EXITUS: M. 10. h. SERV. EXITUS: U.C.I. DUR. HOSPIT.: 53 D.
DIAG. CLIN. PRIN.: Estenosis yeyunal.
DIAG. CLIN. SEC.: I.R.A.
DIAG. A-P PRIN.: No concedida.
DIAG. A-P SEC.:

CLASIFICACION: XIV-751.1

NOMBRE: F.G.R. H.C.: 82302-84 PROTOCOLO No: 186
SEXO: V EDAD: 9 Meses PROCEDENCIA: Rural
PESO NAC.: 4.900 kg. PESO EXITUS: N.C. MES EXITUS: Julio
HORA EXITUS: N. 5. h. SERV. EXITUS: U.C.I. DUR. HOSPIT.: 42 D.
DIAG. CLIN. PRIN.: Hemorragia subaracnoidea
DIAG. CLIN. SEC.: Status convulsivo.
DIAG. A-P PRIN.: No concedida.
DIAG. A-P SEC.:

CLASIFICACION: XV-772.2

NOMBRE: H.R.P. H.C.: 88220-84 PROTOCOLO Nº: 187
SEXO: V EDAD: 1 Mes PROCEDENCIA: Rural
PESO NAC.: 1.700 kg. PESO EXITUS: 1.900 kg. MES EXITUS: Julio
HORA EXITUS: T.16.05h. SERV. EXITUS: U.C.I. DUR. HOSPIT.: 30 D.
DIAG. CLIN. PRIN.: Enterocolitis necrotizante.
DIAG. CLIN. SEC.: Sepsis estreptococo no hemolitico.
DIAG. A-P PRIN.: Enterocolitis necrotizante.
DIAG. A-P SEC.: Sepsis.

CLASIFICACION: XV-777.5

NOMBRE: H.C.G. H.C.: 86784-84 PROTOCOLO Nº: 188
SEXO: H EDAD: 2 Meses PROCEDENCIA: Urbana
PESO NAC.: 3. kg. PESO EXITUS: 3.340 kg. MES EXITUS: Julio
HORA EXITUS: T. 21. h. SERV. EXITUS: Neonat. DUR. HOSPIT.: 73 D.
DIAG. CLIN. PRIN.: Sepsis E. Coli.
DIAG. CLIN. SEC.: Anoxia fetoneonatal.
DIAG. A-P PRIN.: No concedida.
DIAG. A-P SEC.:
CLASIFICACION: I-038.4

NOMBRE: F.G.M. H.C.: 89603-84 PROTOCOLO No: 189
SEXO: V EDAD: 2 Meses PROCEDENCIA: Rural
PESO NAC.: 3.500 kg. PESO EXITUS: 4. kg. MES EXITUS: Diciemb.
HORA EXITUS: T.16.30h.SERV. EXITUS: U.C.I. DUR. HOSPIT.: 65 D.
DIAG. CLIN. PRIN.: Síndrome de Down.
DIAG. CLIN. SEC.: C.I.V. cardiopatía congénita.
DIAG. A-P PRIN.: No concedida.
DIAG. A-P SEC.:

CLASIFICACION: XIV-758.0

NOMBRE: R.G.P. H.C.: 90554-84 PROTOCOLO No: 190
SEXO: V EDAD: 2 Años PROCEDENCIA: Rur.Reg.
PESO NAC.: 3.500 kg. PESO EXITUS: 15. kg. MES EXITUS: Noviembre
HORA EXITUS: N. 2. h. SERV.EXITUS: Nefro. DUR.HOSPIT.: 30 Min.
DIAG. CLIN. PRIN.: Síndrome hemolítico-urémico.
DIAG. CLIN. SEC.: Insuficiencia cardíaca. Insuf. renal aguda.
DIAG. A-P PRIN.: No concedida.
DIAG. A-P SEC.:

CLASIFICACION: IV-283.1

NOMBRE: T.E.E. H.C.: 90607-84 PROTOCOLO Nº: 191
SEXO: V EDAD: 5 Años PROCEDENCIA: Urb.Reg
PESO NAC.: N.C. PESO EXITUS: 17. kg. MES EXITUS: Noviembre
HORA EXITUS: N. 2. h. SERV. EXITUS: U.C.I. DUR. HOSPIT.: 2 D.
DIAG. CLIN. PRIN.: Sepsis meningococica
DIAG. CLIN. SEC.: I.R.A.
DIAG. A-P PRIN.: No concedida.
DIAG. A-P SEC.:

CLASIFICACION: I-036.2

NOMBRE: I.S.O. H.C.: 90736-84 PROTOCOLO Nº: 192
SEXO: H EDAD: 20 Meses PROCEDENCIA: Rural
PESO NAC.: 2.900 kg. PESO EXITUS: N.C. MES EXITUS: Noviembre
HORA EXITUS: N. 2. h. SERV. EXITUS: U.C.I. DUR. HOSPIT.: 1 D.
DIAG. CLIN. PRIN.: Sepsis meningococica.
DIAG. CLIN. SEC.: C.I.D.
DIAG. A-P PRIN.: No concedida.
DIAG. A-P SEC.:
CLASIFICACION: I-036.2

NOMBRE: J.R.CH. H.C.: 95450-85 PROTOCOLO No: 193
SEXO: V EDAD: 1 Mes PROCEDENCIA: Urbana
PESO NAC.: 3.600 kg. PESO EXITUS: 3.640 kg. MES EXITUS: Sept.
HORA EXITUS: N.1.30.h.SERV. EXITUS: U.C.I. DUR. HOSPIT.: 30 D.
DIAG. CLIN. PRIN.: Cardiopatía congénita compleja.
DIAG. CLIN. SEC.: C.I.D.
DIAG. A-P PRIN.: No concedida.
DIAG. A-P SEC.:
CLASIFICACION: XIV-746.9

NOMBRE: M A.G.R. H.C.: 97253-85 PROTOCOLO No: 194
SEXO: H EDAD: 17 Meses PROCEDENCIA: Rural
PESO NAC.: 3.300 kg. PESO EXITUS: 12 kg. MES EXITUS: Noviembre
HORA EXITUS: T. 15. h.SERV. EXITUS: U.C.I. DUR. HOSPIT.: 1 D.
DIAG. CLIN. PRIN.: Sepsis meningocócica.
DIAG. CLIN. SEC.:
DIAG. A-P PRIN.: No concedida.
DIAG. A-P SEC.:
CLASIFICACION: I-036.2

NOMBRE: R.G.Z. H.C.: 97450-85 PROTOCOLO No: 195
SEXO: H EDAD: 7 Meses PROCEDENCIA: Urbana
PESO NAC.: 3.300 kg. PESO EXITUS: 8.400 kg. MES EXITUS: Diciemb.
HORA EXITUS: M. 12. h. SERV. EXITUS: U.C.I. DUR. HOSPIT.: 10 D.
DIAG. CLIN. PRIN.: Sepsis meningococica.
DIAG. CLIN. SEC.: I.R.A.
DIAG. A-P PRIN.: No concedida.
DIAG. A-P SEC.:
CLASIFICACION: I-036.2

NOMBRE: Y.C.R. H.C.: 96879-85 PROTOCOLO No: 196
SEXO: H EDAD: 43 Dias PROCEDENCIA: Rural
PESO NAC.: 3.250 kg. PESO EXITUS: 3.100 kg. MES EXITUS: Noviembre
HORA EXITUS: N.3.45.h. SERV. EXITUS: Lact. DUR. HOSPIT.: 3 D.
DIAG. CLIN. PRIN.: T.G.V.
DIAG. CLIN. SEC.:
DIAG. A-P PRIN.: T.G.V.
DIAG. A-P SEC.:
CLASIFICACION: XIV-745.1

NOMBRE: G.C.M. H.C.: 95432-85 PROTOCOLO No: 197
SEXO: H EDAD: 2 Meses PROCEDENCIA: Rur.Reg.
PESO NAC.: 3.300 kg. PESO EXITUS: 3.600 kg. MES EXITUS: Sept.
HORA EXITUS: T. 15. h. SERV. EXITUS: U.C.I. DUR. HOSPIT.: 26 D.
DIAG. CLIN. PRIN.: T.G.V.
DIAG. CLIN. SEC.: Insuficiencia cardiaca.
DIAG. A-P PRIN.: No concedida.
DIAG. A-P SEC.:
CLASIFICACION: XIV-745.1

NOMBRE: C.F.D. H.C.: 95369-85 PROTOCOLO No: 198
SEXO: H EDAD: 7 Años PROCEDENCIA: Urb.Reg.
PESO NAC.: 2. kg. PESO EXITUS: N.C. MES EXITUS: Agosto
HORA EXITUS: N.24.15h. SERV. EXITUS: U.C.I. DUR. HOSPIT.: 10 D.
DIAG. CLIN. PRIN.: Meningoencefalitis.
DIAG. CLIN. SEC.: Coma neurologico.
DIAG. A-P PRIN.: No concedida.
DIAG. A-P SEC.:
CLASIFICACION: VI-323.5

NOMBRE: M C.F.G. H.C.: 94634-85 PROTOCOLO No: 199
SEXO: H EDAD: 43 Dias PROCEDENCIA: Urb.Reg.
PESO NAC.: 2.300 kg. PESO EXITUS: 2.670 kg. MES EXITUS: Agosto
HORA EXITUS: N. 1. h. SERV. EXITUS: Neonat. DUR. HOSPIT.: 39 D.
DIAG. CLIN. PRIN.: Dextrocardia. Situs inversus.
DIAG. CLIN. SEC.: Cardiopatia congenita.
DIAG. A-P PRIN.: Situs inversus.
DIAG. A-P SEC.: Cardiopatia congenita.
CLASIFICACION: XIV-759.3

NOMBRE: MA.J.F. H.C.: 94508-85 PROTOCOLO No: 200
SEXO: V EDAD: 38 Dias PROCEDENCIA: Rural
PESO NAC.: 3.300 kg. PESO EXITUS: 3.300 kg. MES EXITUS: Agosto
HORA EXITUS: M.10.30h. SERV. EXITUS: U.C.I. DUR. HOSPIT.: 38 D.
DIAG. CLIN. PRIN.: Tumor cardiaco V.D.
DIAG. CLIN. SEC.: C.I.A.
DIAG. A-P PRIN.: No concedida.
DIAG. A-P SEC.:
CLASIFICACION: II-164.1

NOMBRE: M.C.F. H.C.: 77562-85 PROTOCOLO No: 201
SEXO: H EDAD: 4 Años PROCEDENCIA: Urbana
PESO NAC.: 3.500 kg. PESO EXITUS: N.C. MES EXITUS: Agosto
HORA EXITUS: M. 12. h.SERV. EXITUS: U.C.I. DUR. HOSPIT.: 7 D.

DIAG. CLIN. PRIN.: Status epileptico convulsivo.

DIAG. CLIN. SEC.: Coma neurologico. Insuficiencia renal.

DIAG. A-P PRIN.: No concedida.

DIAG. A-P SEC.:

CLASIFICACION: VI-345.3

NOMBRE: C.D.D. H.C.: 96250-85 PROTOCOLO No: 202
SEXO: H EDAD: 52 Dias PROCEDENCIA: Rural
PESO NAC.: 3.100 kg. PESO EXITUS: 3. kg. MES EXITUS: Diciemb.
HORA EXITUS: M.13.30h.SERV. EXITUS: Lact. DUR. HOSPIT.: 26 D.

DIAG. CLIN. PRIN.: Holoprosencefalia.

DIAG. CLIN. SEC.: Neumonia.

DIAG. A-P PRIN.: No concedida.

DIAG. A-P SEC.:

CLASIFICACION: XIV-743

NOMBRE: L.O.M. H.C.: 50402-85 PROTOCOLO No: 203
SEXO: V EDAD: 7 Años PROCEDENCIA: Rur.Reg.
PESO NAC.: 3.200 kg. PESO EXITUS: 21. kg. MES EXITUS: Noviembre
HORA EXITUS: N.23.45h.SERV. EXITUS: U.C.I. DUR. HOSPIT.: 5 D.
DIAG. CLIN. PRIN.: Síndrome de Down
DIAG. CLIN. SEC.: Cardiopatía congénita. Hemorragia operatoria
DIAG. A-P PRIN.: No concedida.
DIAG. A-P SEC.:
CLASIFICACION: XIV-758.0

NOMBRE: ME.M.C. H.C.: 61025-85 PROTOCOLO No: 204
SEXO: H EDAD: 5 Años PROCEDENCIA: Rural
PESO NAC.: 3.580 kg. PESO EXITUS: 10 kg. MES EXITUS: Noviembre
HORA EXITUS: T. 16. h.SERV. EXITUS: U.C.I. DUR. HOSPIT.: 5 D.
DIAG. CLIN. PRIN.: Inmunodeficiencia.
DIAG. CLIN. SEC.: Sepsis.
DIAG. A-P PRIN.: No concedida.
DIAG. A-P SEC.:
CLASIFICACION: III-279.9

NOMBRE: V.H.M. H.C.: 92313-85 PROTOCOLO No: 205

SEXO: H EDAD: 2 Meses PROCEDENCIA: Urbana

PESO NAC.: 2.800 kg. PESO EXITUS: 4.510 kg. MES EXITUS: Marzo

HORA EXITUS: N. 2.45h. SERV. EXITUS: U.C.I. DUR. HOSPIT.: 19 D.

DIAG. CLIN. PRIN.: Traumatismo craneo encefalico.

DIAG. CLIN. SEC.: Edema cerebral.

DIAG. A-P PRIN.: No concedida.

DIAG. A-P SEC.:

CLASIFICACION: XVII-840

NOMBRE: FJ.B.C. H.C.: 92535-85 PROTOCOLO No: 206

SEXO: V EDAD: 13 Meses PROCEDENCIA: Rural

PESO NAC.: N.C. PESO EXITUS: 10. kg. MES EXITUS: Marzo

HORA EXITUS: N.23.30h. SERV. EXITUS: U.C.I. DUR. HOSPIT.: 1 H.

DIAG. CLIN. PRIN.: Sepsis meningococica.

DIAG. CLIN. SEC.: Shock septico.

DIAG. A-P PRIN.: No concedida.

DIAG. A-P SEC.:

CLASIFICACION: I-036.2

NOMBRE: JM.G.G. H.C.: 92158-85 PROTOCOLO No: 207
SEXO: V EDAD: 19 Meses PROCEDENCIA: Urb.Reg.
PESO NAC.: N.C. PESO EXITUS: N.C. MES EXITUS: Febrero
HORA EXITUS: T.15.30h.SERV. EXITUS: U.C.I. DUR. HOSPIT.: 0 H.
DIAG. CLIN. PRIN.: Ingestion de aguarras.
DIAG. CLIN. SEC.: Shock.
DIAG. A-P PRIN.: No concedida.
DIAG. A-P SEC.:
CLASIFICACION: XVII-981

NOMBRE: JF.G.G. H.C.: 91958-85 PROTOCOLO No: 208
SEXO: V EDAD: 7 Meses PROCEDENCIA: Rural
PESO NAC.: 3.600 kg. PESO EXITUS: 7. kg. MES EXITUS: Febrero
HORA EXITUS: M.14.30h.SERV. EXITUS: U.C.I. DUR. HOSPIT.: 1 H.
DIAG. CLIN. PRIN.: Sepsis meningococica.
DIAG. CLIN. SEC.: Shock hipovolemico.
DIAG. A-P PRIN.: Sepsis meningococica.
DIAG. A-P SEC.: C.I.D. Waterhause-Friderichsen
CLASIFICACION: I-036.2

NOMBRE: A.A.G. H.C.: 91674-85 PROTOCOLO No: 209
SEXO: V EDAD: 53 Dias PROCEDENCIA: Rural
PESO NAC.: 2.500 kg. PESO EXITUS: 2.910 kg. MES EXITUS: Marzo
HORA EXITUS: T. 16. h. SERV. EXITUS: Nefro. DUR. HOSPIT.: 53 D.
DIAG. CLIN. PRIN.: Síndrome nefrotico congenito.
DIAG. CLIN. SEC.:
DIAG. A-P PRIN.: No concedida.
DIAG. A-P SEC.:
CLASIFICACION: X-581.9

NOMBRE: F.H.R. H.C.: 91341-85 PROTOCOLO No: 210
SEXO: V EDAD: 15 Meses PROCEDENCIA: Rur.Reg.
PESO NAC.: N.C. PESO EXITUS: 12. kg. MES EXITUS: Enero
HORA EXITUS: N. 22. h. SERV. EXITUS: U.C.I. DUR. HOSPIT.: 1 D.
DIAG. CLIN. PRIN.: Shock septico.
DIAG. CLIN. SEC.: Quemaduras tercer grado.
DIAG. A-P PRIN.: No concedida.
DIAG. A-P SEC.:
CLASIFICACION: I-038.9

NOMBRE: MC.P.N. H.C.: 86103-85 PROTOCOLO Nº: 211

SEXO: H EDAD: 10 Meses PROCEDENCIA: Urbana

PESO NAC.: 3.400 kg. PESO EXITUS: 8.300 kg. MES EXITUS: Febrero

HORA EXITUS: N.3.55 h. SERV. EXITUS: U.C.I. DUR. HOSPIT.: 1 D.

DIAG. CLIN. PRIN.: Sepsis meningococica.

DIAG. CLIN. SEC.: Shock septico.

DIAG. A-P PRIN.: No concedida.

DIAG. A-P SEC.:

CLASIFICACION: I-036.2

NOMBRE: A.H.H. H.C.: 90315-85 PROTOCOLO Nº: 212

SEXO: V EDAD: 4 Meses PROCEDENCIA: Rur.Reg.

PESO NAC.: 2.150 kg. PESO EXITUS: 4.180 kg. MES EXITUS: Marzo

HORA EXITUS: M. 9.20h. SERV. EXITUS: Neonat. DUR. HOSPIT.: 4 M.

DIAG. CLIN. PRIN.: Síndrome nefrótico congénito.

DIAG. CLIN. SEC.: Hipotiroidismo congénito.

DIAG. A-P PRIN.: No concedida.

DIAG. A-P SEC.:

CLASIFICACION: X-581.9

NOMBRE: H.N.F. H.C.: 91301-85 PROTOCOLO No: 213
SEXO: H EDAD: 1 Mes PROCEDENCIA: Rural
PESO NAC.: 1.050 kg. PESO EXITUS: 1.510 kg. MES EXITUS: Febrero
HORA EXITUS: T.20.30h. SERV. EXITUS: U.C.I. DUR. HOSPIT.: 30 D.
DIAG. CLIN. PRIN.: Sindrome membrana hialina
DIAG. CLIN. SEC.: Sepsis.
DIAG. A-P PRIN.: No concedida.
DIAG. A-P SEC.:
CLASIFICACION: XV-769

NOMBRE: C.B.S. H.C.: 90316-85 PROTOCOLO No: 214
SEXO: V EDAD: 2 Meses PROCEDENCIA: Urbana
PESO NAC.: 3.650 kg. PESO EXITUS: 5.780 kg. MES EXITUS: Enero
HORA EXITUS: T. 18. h. SERV. EXITUS: Neonat. DUR. HOSPIT.: 60 D.
DIAG. CLIN. PRIN.: Sindrome de Patau.
DIAG. CLIN. SEC.: Cardiopatia congenita.
DIAG. A-P PRIN.: Sindrome de Patau.
DIAG. A-P SEC.: Cardiopatia congenita.
CLASIFICACION: XIV-758.1

NOMBRE: M.A.L. H.C.: 90052-85 PROTOCOLO No: 215

SEXO: V EDAD: 4 Meses PROCEDENCIA: Rural

PESO NAC.: 3.900 kg. PESO EXITUS: 6.250 kg. MES EXITUS: Marzo

HORA EXITUS: M. 10. h. SERV. EXITUS: Lact. DUR. HOSPIT.: 2 D.

DIAG. CLIN. PRIN.: Neumonía

DIAG. CLIN. SEC.: Atrofia muscular progresiva. Hidrocefalia.

DIAG. A-P PRIN.: No concedida.

DIAG. A-P SEC.:

CLASIFICACION: VIII-486

NOMBRE: SJ.R.G. H.C.: 89779-85 PROTOCOLO No: 216

SEXO: V EDAD: 7 Meses PROCEDENCIA: Urbana

PESO NAC.: 3.700 kg. PESO EXITUS: 6.600 kg. MES EXITUS: Febrero

HORA EXITUS: T. 15.30h. SERV. EXITUS: Nefro. DUR. HOSPIT.: 6 D.

DIAG. CLIN. PRIN.: Síndrome nefrotico congenito.

DIAG. CLIN. SEC.: Sepsis . Glomerulonefritis

DIAG. A-P PRIN.: No concedida.

DIAG. A-P SEC.:

CLASIFICACION: X-581.9

NOMBRE: MJ.G.F. H.C.: 90390-85 PROTOCOLO No: 217
SEXO: H EDAD: 8 Meses PROCEDENCIA: Urb.Reg.
PESO NAC.: 2.300 kg. PESO EXITUS: 3.425 kg. MES EXITUS: Julio
HORA EXITUS: M.12.45h. SERV. EXITUS: U.C.I. DUR. HOSPIT.: 105 D.
DIAG. CLIN. PRIN.: Bronconeumonia.
DIAG. CLIN. SEC.: Sindrome nefrotico.
DIAG. A-P PRIN.: No concedida.
DIAG. A-P SEC.:
CLASIFICACION: VIII-485

NOMBRE: V.J.C. H.C.: 90673-85 PROTOCOLO No: 218
SEXO: V EDAD: 16 Meses PROCEDENCIA: Urbana
PESO NAC.: N.C. PESO EXITUS: 7.700 kg. MES EXITUS: Junio
HORA EXITUS: T. 21. h. SERV. EXITUS: Preesc. DUR. HOSPIT.: 5 M.
DIAG. CLIN. PRIN.: Encefalitis connatal.
DIAG. CLIN. SEC.: Sindrome malformativo
DIAG. A-P PRIN.: No concedida.
DIAG. A-P SEC.:
CLASIFICACION: XIV-742.9

NOMBRE: AM.R.D. H.C.: 93274-85 PROTOCOLO No: 219

SEXO: H EDAD: 1 Año PROCEDENCIA: Rural

PESO NAC.: 3.300 kg. PESO EXITUS: 10. kg. MES EXITUS: Abril

HORA EXITUS: N.3.45.h.SERV. EXITUS: U.C.I. DUR. HOSPIT.: 14 H.

DIAG. CLIN. PRIN.: Sepsis meningococica.

DIAG. CLIN. SEC.: C.I.D.

DIAG. A-P PRIN.: No concedida.

DIAG. A-P SEC.:

CLASIFICACION: I-036.2

NOMBRE: B.G.C. H.C.: 93539-85 PROTOCOLO No: 220

SEXO: V EDAD: 70 Dias PROCEDENCIA: Urbana

PESO NAC.: 1.540 kg. PESO EXITUS: 4. kg. MES EXITUS: Octubre

HORA EXITUS: N. 3. h. SERV. EXITUS: U.C.I. DUR. HOSPIT.: 5 H.

DIAG. CLIN. PRIN.: Bronconeumonía por broncoaspiración

DIAG. CLIN. SEC.: Coma anoxico.

DIAG. A-P PRIN.: No concedida.

DIAG. A-P SEC.:

CLASIFICACION: VIII-507.0

NOMBRE: I.S.R. H.C.: 92714-85 PROTOCOLO No: 221
SEXO: H EDAD: 6 Meses PROCEDENCIA: Urbana
PESO NAC.: 3.300 kg. PESO EXITUS: 6.750 kg. MES EXITUS: Noviembre
HORA EXITUS: T. 16. h. SERV. EXITUS: U.C.I. DUR. HOSPIT.: 14 D.
DIAG. CLIN. PRIN.: T.G.V.
DIAG. CLIN. SEC.: Shock hipovolemico.
DIAG. A-P PRIN.: No concedida.
DIAG. A-P SEC.:
CLASIFICACION: XIV-745.1

NOMBRE: V.D.R. H.C.: 94242-85 PROTOCOLO No: 222
SEXO: V EDAD: 75 Dias PROCEDENCIA: Urbana
PESO NAC.: 770 gr. PESO EXITUS: 1.210 kg. MES EXITUS: Agosto
HORA EXITUS: N. 7. h. SERV. EXITUS: U.C.I. DUR. HOSPIT.: 75 D.
DIAG. CLIN. PRIN.: Gran inmaduro.
DIAG. CLIN. SEC.: Sepsis.
DIAG. A-P PRIN.: No concedida.
DIAG. A-P SEC.:
CLASIFICACION: XV-765.0

NOMBRE: H.T.G. H.C.: 96789-85 PROTOCOLO No: 223

SEXO: H EDAD: 31 Dias PROCEDENCIA: Urbana

PESO NAC.: 800 gr. PESO EXITUS: 1.180 kg. MES EXITUS: Diciemb.

HORA EXITUS: N.C. SERV. EXITUS: U.C.I. DUR. HOSPIT.: 31 D.

DIAG. CLIN. PRIN.: Gran inmaduro.

DIAG. CLIN. SEC.: Sepsis Klebsiella.

DIAG. A-P PRIN.: No concedida.

DIAG. A-P SEC.:

CLASIFICACION: XV-765.0

NOMBRE: R.P.L. H.C.: 89721-85 PROTOCOLO No: 224

SEXO: H EDAD: 4 Años PROCEDENCIA: Urbana

PESO NAC.: 2.700 kg. PESO EXITUS: 23. kg. MES EXITUS: Octubre

HORA EXITUS: N.23.50h. SERV. EXITUS: U.C.I. DUR. HOSPIT.: 90 D.

DIAG. CLIN. PRIN.: Sindrome de disfuncion diencefalica.

DIAG. CLIN. SEC.:

DIAG. A-P PRIN.: No concedida.

DIAG. A-P SEC.:

CLASIFICACION: VI-348.3

NOMBRE: B.M.G. H.C.: 94151-85 PROTOCOLO Nº: 225
SEXO: V EDAD: 6 Meses PROCEDENCIA: Urb.Reg.
PESO NAC.: N.C. PESO EXITUS: 4. kg. MES EXITUS: Diciemb.
HORA EXITUS: N. 2. h. SERV. EXITUS: U.C.I. DUR. HOSPIT.: 30 D.
DIAG. CLIN. PRIN.: C.I.A.
DIAG. CLIN. SEC.: Hipertensión pulmonar.
DIAG. A-P PRIN.: Síndrome de Lutembacher
DIAG. A-P SEC.:
CLASIFICACION: XIV-745.5

NOMBRE: H.S.H. H.C.: 97279-85 PROTOCOLO Nº: 226
SEXO: H EDAD: 30 Dias PROCEDENCIA: Urbana
PESO NAC.: 2.710 kg. PESO EXITUS: 3.350 kg. MES EXITUS: Diciemb.
HORA EXITUS: M. 13. h. SERV. EXITUS: Neonat. DUR. HOSPIT.: 30 D.
DIAG. CLIN. PRIN.: Mielomeningocele.
DIAG. CLIN. SEC.: Hidrocefalia.
DIAG. A-P PRIN.: No concedida.
DIAG. A-P SEC.:
CLASIFICACION: XIV-741.0



NOMBRE: JL.R.S. H.C.: 96435-85 PROTOCOLO No: 227
SEXO: V EDAD: 5 Meses PROCEDENCIA: Rural
PESO NAC.: 3.150 kg. PESO EXITUS: 4. kg. MES EXITUS: Diciemb.
HORA EXITUS: N. 7. h. SERV. EXITUS: U.C.I. DUR. HOSPIT.: 2 D.
DIAG. CLIN. PRIN.: Síndrome de Down.
DIAG. CLIN. SEC.: Canal atrio-ventricular comun.
DIAG. A-P PRIN.: No concedida.
DIAG. A-P SEC.:
CLASIFICACION: XIV-758.0

NOMBRE: JM.M.F. H.C.: 93849-85 PROTOCOLO No: 228
SEXO: V EDAD: 8 Meses PROCEDENCIA: Urbana
PESO NAC.: 3.100 kg. PESO EXITUS: 6.650 kg. MES EXITUS: Sept.
HORA EXITUS: N.10.30h. SERV. EXITUS: U.C.I. DUR. HOSPIT.: 41 D.
DIAG. CLIN. PRIN.: Absceso cerebral.
DIAG. CLIN. SEC.: Coma
DIAG. A-P PRIN.: No concedida
DIAG. A-P SEC.:
CLASIFICACION: VI-324.0

NOMBRE: M.S.C. H.C.: 96947-85 PROTOCOLO No: 229
SEXO: H EDAD: 2 Meses PROCEDENCIA: Rural
PESO NAC.: 3.500 kg. PESO EXITUS: 5.450 kg. MES EXITUS: Noviembre
HORA EXITUS: T. 21. h. SERV. EXITUS: Lact. DUR. HOSPIT.: 8 D.
DIAG. CLIN. PRIN.: Reticulohistocitosis familiar maligna.
DIAG. CLIN. SEC.: Acidosis metabolica.
DIAG. A-P PRIN.: Linfohistiocitosis familiar hemofagocitica.
DIAG. A-P SEC.:
CLASIFICACION: II-202.3

NOMBRE: J.M.M. H.C.: 79205-85 PROTOCOLO No: 230
SEXO: H EDAD: 5 Años PROCEDENCIA: Rural
PESO NAC.: 3.300 kg. PESO EXITUS: 13.300kg. MES EXITUS: Octubre
HORA EXITUS: M. 9.15h. SERV. EXITUS: Preesc. DUR. HOSPIT.: 2 D.
DIAG. CLIN. PRIN.: Sindrome de Hurler
DIAG. CLIN. SEC.: Enfermedad de Forquhar y Claireaux.
DIAG. A-P PRIN.: No concedida.
DIAG. A-P SEC.:
CLASIFICACION: III-277.5

NOMBRE: J.D.U. H.C.: 62316-85 PROTOCOLO No: 231
SEXO: V EDAD: 4 Años PROCEDENCIA: Urbana
PESO NAC.: 2.700 kg. PESO EXITUS: 12.200kg. MES EXITUS: Mayo
HORA EXITUS: N. 23. h. SERV. EXITUS: U.C.I. DUR. HOSPIT.: 9 D.
DIAG. CLIN. PRIN.: Tetralogia de Fallot.
DIAG. CLIN. SEC.: Polimalformado.
DIAG. A-P PRIN.: No concedida.
DIAG. A-P SEC.:
CLASIFICACION: XIV-745.2

NOMBRE: H.D.S. H.C.: 94802-85 PROTOCOLO No: 232
SEXO: H EDAD: 1 Mes PROCEDENCIA: Urbana
PESO NAC.: 1.400 kg. PESO EXITUS: 1.400 kg. MES EXITUS: Agosto
HORA EXITUS: N. 1. h. SERV. EXITUS: Neonat. DUR. HOSPIT.: 30 D.
DIAG. CLIN. PRIN.: Prematuridad.
DIAG. CLIN. SEC.: Sindrome de membrana hialina
DIAG. A-P PRIN.: Prematuridad.
DIAG. A-P SEC.: Sindrome de membrana hialina
CLASIFICACION: XV-765.1

NOMBRE: V.V.P. H.C.: 93567-85 PROTOCOLO No.: 233

SEXO: V EDAD: 2 Meses PROCEDENCIA: Rural

PESO NAC.: 3.350 kg. PESO EXITUS: 3.900 kg. MES EXITUS: Julio

HORA EXITUS: N. 22. h. SERV. EXITUS: U.C.I. DUR. HOSPIT.: 1 D.

DIAG. CLIN. PRIN.: Cardiopatía congénita.

DIAG. CLIN. SEC.: Shock cardiogénico.

DIAG. A-P PRIN.: No concedida.

DIAG. A-P SEC.:

CLASIFICACION: XIV-746.9

NOMBRE: B.C.C. H.C.: 93539-85 PROTOCOLO No: 234

SEXO: V EDAD: 2 Meses PROCEDENCIA: Urbana

PESO NAC.: 1. kg. PESO EXITUS: 4.200 kg. MES EXITUS: Octubre

HORA EXITUS: N. 6.30h. SERV. EXITUS: U.C.I. DUR. HOSPIT.: 5 H.

DIAG. CLIN. PRIN.: Bronconeumonía por broncoaspiración

DIAG. CLIN. SEC.: Coma anoxico.

DIAG. A-P PRIN.: No concedida.

DIAG. A-P SEC.:

CLASIFICACION: VIII-507.0

NOMBRE: M.J.C. H.C.: 60360-85 PROTOCOLO Nº: 235
SEXO: H EDAD: 4 Años PROCEDENCIA: Rural
PESO NAC.: 3.450 kg. PESO EXITUS: 20. kg. MES EXITUS: Abril
HORA EXITUS: N.C. SERV. EXITUS: Preesc. DUR. HOSPIT.: 1 D.
DIAG. CLIN. PRIN.: Atresia vias biliares.
DIAG. CLIN. SEC.:
DIAG. A-P PRIN.: No concedida.
DIAG. A-P SEC.:
CLASIFICACION: XIV-751.6

NOMBRE: J.D.A. H.C.: 67096-85 PROTOCOLO Nº: 236
SEXO: V EDAD: 3 Años PROCEDENCIA: Rural
PESO NAC.: 2.600 kg. PESO EXITUS: 9. kg. MES EXITUS: Abril
HORA EXITUS: M. 10. h. SERV. EXITUS: U.C.I. DUR. HOSPIT.: 4 D.
DIAG. CLIN. PRIN.: Sindrome de Down.
DIAG. CLIN. SEC.: Tetralogia de Fallot.
DIAG. A-P PRIN.: No concedida.
DIAG. A-P SEC.:
CLASIFICACION: XIV-758.0

NOMBRE: H.D.S. H.C.: 91791-85 PROTOCOLO No: 237
SEXO: H EDAD: 1 Mes PROCEDENCIA: Rural
PESO NAC.: 2.880 kg. PESO EXITUS: 3.960 kg. MES EXITUS: Marzo
HORA EXITUS: N.23.15h. SERV. EXITUS: Neonat. DUR. HOSPIT.: 30 D.
DIAG. CLIN. PRIN.: Mielomeningocele.
DIAG. CLIN. SEC.: Broncoaspiracion.
DIAG. A-P PRIN.: No concedida.
DIAG. A-P SEC.:
CLASIFICACION: XIV-741.9

NOMBRE: C.S.R. H.C.: 91780-85 PROTOCOLO No: 238
SEXO: H. EDAD: 2 Meses PROCEDENCIA: Urbana
PESO NAC.: 3.100 kg. PESO EXITUS: 3.900 kg. MES EXITUS: Abril
HORA EXITUS: N. 23. h. SERV. EXITUS: Neonat. DUR. HOSPIT.: 30 D.
DIAG. CLIN. PRIN.: Tumoracion cardiaca.
DIAG. CLIN. SEC.: Insuficiencia cardiaca.
DIAG. A-P PRIN.: No concedida.
DIAG. A-P SEC.:
CLASIFICACION: II-164.1

NOMBRE: V.V.J. H.C.: 92445-85 PROTOCOLO No: 239
SEXO: V EDAD: 33 Dias PROCEDENCIA: Urbana
PESO NAC.: 3.200 kg. PESO EXITUS: 4.950 kg. MES EXITUS: Abril
HORA EXITUS: M. 14. h. SERV. EXITUS: Neonat. DUR. HOSPIT.: 33 D.
DIAG. CLIN. PRIN.: Mielomeningocele.
DIAG. CLIN. SEC.: Ventriculitis.
DIAG. A-P PRIN.: No concedida.
DIAG. A-P SEC.:
CLASIFICACION: XIV-741.9

NOMBRE: H.R.P. H.C.: 91673-85 PROTOCOLO No: 240
SEXO: H EDAD: 2 Meses PROCEDENCIA: Urbana
PESO NAC.: 1.200 kg. PESO EXITUS: 1.780 kg. MES EXITUS: Marzo
HORA EXITUS: M. 10. h. SERV. EXITUS: U.C.I. DUR. HOSPIT.: 60 D.
DIAG. CLIN. PRIN.: Gran inmaduro.
DIAG. CLIN. SEC.: Enterocolitis necrotizante.
DIAG. A-P PRIN.: No concedida.
DIAG. A-P SEC.:
CLASIFICACION: XV-765.0

NOMBRE: V.I.V. H.C.: 91582-85 PROTOCOLO No: 241
SEXO: V EDAD: 4 Meses PROCEDENCIA: Urbana
PESO NAC.: 4. kg. PESO EXITUS: 4.900 kg. MES EXITUS: Abril
HORA EXITUS: T.16.30h. SERV. EXITUS: Neonat. DUR. HOSPIT.: 4 M.
DIAG. CLIN. PRIN.: Mielomeningocele.
DIAG. CLIN. SEC.: Neumonia.
DIAG. A-P PRIN.: No concedida.
DIAG. A-P SEC.:
CLASIFICACION: XIV-741.9

NOMBRE: F.R.B. H.C.: 90449-5 PROTOCOLO No: 242
SEXO: V EDAD: 6 Meses PROCEDENCIA: Rural
PESO NAC.: 3.350 kg. PESO EXITUS: 5.030 kg. MES EXITUS: Enero
HORA EXITUS: T.16.20h. SERV. EXITUS: Lact. DUR. HOSPIT.: 2 H.
DIAG. CLIN. PRIN.: Sindrome de Down.
DIAG. CLIN. SEC.: Cardiopatia congenita.
DIAG. A-P PRIN.: No concedida.
DIAG. A-P SEC.:
CLASIFICACION: XIV-758.0

NOMBRE: MA.G.G. H.C.: 90697-85 PROTOCOLO Nº: 243
SEXO: H EDAD: 2 Meses PROCEDENCIA: Rur.Reg.
PESO NAC.: 3.780 kg. PESO EXITUS: 3.780 kg. MES EXITUS: Enero
HORA EXITUS: M.9.50.h.SERV. EXITUS: U.C.I. DUR. HOSPIT.: 60 D.
DIAG. CLIN. PRIN.: Tetralogia de Fallot.
DIAG. CLIN. SEC.: Broncoaspiracion.
DIAG. A-P PRIN.: No concedida.
DIAG. A-P SEC.:
CLASIFICACION: XIV-745.2

NOMBRE: H.B.M. H.C.: 90265-85 PROTOCOLO Nº: 244
SEXO: H EDAD: 3 Meses PROCEDENCIA: Urbana
PESO NAC.: 700 gr. PESO EXITUS: 2.520 kg. MES EXITUS: Febrero
HORA EXITUS: T. 20. h.SERV. EXITUS: Premat. DUR. HOSPIT.: 116 D.
DIAG. CLIN. PRIN.: Prematuridad.
DIAG. CLIN. SEC.: Displasia broncopulmonar.
DIAG. A-P PRIN.: No concedida.
DIAG. A-P SEC.:
CLASIFICACION: XV-765.1

NOMBRE: M.D.R. H.C.: 89.599-85 PROTOCOLO No: 245
SEXO: H EDAD: 6 Meses PROCEDENCIA: Urbana
PESO NAC.: 3.850 kg. PESO EXITUS: 5. kg. MES EXITUS: Abril
HORA EXITUS: T.21.20h.SERV. EXITUS: U.C.I. DUR. HOSPIT.: 1 D.
DIAG. CLIN. PRIN.: Síndrome de Down.
DIAG. CLIN. SEC.: Canal atrioventricular.
DIAG. A-P PRIN.: No concedida.
DIAG. A-P SEC.:
CLASIFICACION: XIV-758.0

NOMBRE: E.S.B. H.C.: 92818-85 PROTOCOLO No: 246
SEXO: H EDAD: 7 Meses PROCEDENCIA: Rural
PESO NAC.: 2.600 kg. PESO EXITUS: 3.500 kg. MES EXITUS: Octubre
HORA EXITUS: N. 22. h.SERV. EXITUS: U.C.I. DUR. HOSPIT.: 50 D.
DIAG. CLIN. PRIN.: Neumonía intersticial.
DIAG. CLIN. SEC.: Desnutrición.
DIAG. A-P PRIN.: No concedida.
DIAG. A-P SEC.:
CLASIFICACION: VIII-516.8

NOMBRE: MA.P.P. H.C.: 40380-85 PROTOCOLO No: 247
SEXO: V EDAD: 6 Años PROCEDENCIA: Urbana
PESO NAC.: 3. kg. PESO EXITUS: 21. kg. MES EXITUS: Febrero
HORA EXITUS: N.0h.15m.SERV. EXITUS: U.C.I. DUR. HOSPIT.: 6 D.
DIAG. CLIN. PRIN.: Síndrome de Down.
DIAG. CLIN. SEC.: Ductus arterioso. Canal A.V.C.
DIAG. A-P PRIN.: Síndrome de Down.
DIAG. A-P SEC.: Ductus arterioso. Canal A.V.C.
CLASIFICACION: XIV-758.0

NOMBRE: H.R.P. H.C.: 91673-85 PROTOCOLO No: 248
SEXO: H EDAD: 47 Dias PROCEDENCIA: Rural
PESO NAC.: 1.200 kg. PESO EXITUS: 1.780 kg. MES EXITUS: Junio
HORA EXITUS: M. 10. h.SERV. EXITUS: U.C.I. DUR. HOSPIT.: 47 D.
DIAG. CLIN. PRIN.: Prematuridad
DIAG. CLIN. SEC.: Enteritis necrotizante.
DIAG. A-P PRIN.: No concedida.
DIAG. A-P SEC.:
CLASIFICACION: XV-765.1

NOMBRE: J.S.M. H.C.: 78397-85 PROTOCOLO No: 249
SEXO: V EDAD: 2 Años PROCEDENCIA: Urb.Reg.
PESO NAC.: N.C. PESO EXITUS: 8.800 kg.MES EXITUS: Mayo
HORA EXITUS: N. 7. h. SERV. EXITUS: U.C.I. DUR. HOSPIT.: 3 D.
DIAG. CLIN. PRIN.: Cardiopatía congénita compleja.
DIAG. CLIN. SEC.: Shock cardiogénico.
DIAG. A-P PRIN.: No concedida.
DIAG. A-P SEC.:
CLASIFICACION: XIV-746.9

NOMBRE: O.M.G. H.C.: 93265-85 PROTOCOLO No: 250
SEXO: V EDAD: 3 Años PROCEDENCIA: Rural
PESO NAC.: 3.650 kg. PESO EXITUS: 10.450kg.MES EXITUS: Agosto
HORA EXITUS: T.19.50h.SERV. EXITUS: Preesc. DUR. HOSPIT.: 75 D.
DIAG. CLIN. PRIN.:
DIAG. CLIN. SEC.: Meningitis
DIAG. A-P PRIN.: No concedida.
DIAG. A-P SEC.:
CLASIFICACION: II-191.9

NOMBRE: MP.R.S. H.C.: 93547-85 PROTOCOLO No: 251
SEXO: H EDAD: 2 Meses PROCEDENCIA: Rural
PESO NAC.: 3.400 kg. PESO EXITUS: 4.250 kg. MES EXITUS: Junio
HORA EXITUS: N.23.15h.SERV. EXITUS: Neonat. DUR. HOSPIT.: 41 D.
DIAG. CLIN. PRIN.: Neuroblastoma.
DIAG. CLIN. SEC.: Insuficiencia renal.
DIAG. A-P PRIN.: No concedida.
DIAG. A-P SEC.:
CLASIFICACION: II-194.0

NOMBRE: JM.P.P. H.C.: 93597-85 PROTOCOLO No: 252
SEXO: V EDAD: 8 Meses PROCEDENCIA: Rural
PESO NAC.: 3.750 kg PESO EXITUS: 10. kg. MES EXITUS: Mayo
HORA EXITUS: T.17.35h.SERV. EXITUS: U.C.I. DUR. HOSPIT.: 9 H.
DIAG. CLIN. PRIN.: Sepsis meningococica.
DIAG. CLIN. SEC.: C.I.D.
DIAG. A-P PRIN.: No concedida.
DIAG. A-P SEC.:
CLASIFICACION: I-036.2

NOMBRE: D.G.R. H.C.: 93582-85 PROTOCOLO Nº: 253
SEXO: V EDAD: 1 Mes PROCEDENCIA: Urbana
PESO NAC.: 4.050. kg. PESO EXITUS: 4.400 kg. MES EXITUS: Mayo
HORA EXITUS: N. 7. h. SERV. EXITUS: U.C.I. DUR. HOSPIT.: 30 D.
DIAG. CLIN. PRIN.: Onfaloccele
DIAG. CLIN. SEC.: Sepsis.
DIAG. A-P PRIN.: No concedida.
DIAG. A-P SEC.:
CLASIFICACION: IX-553.1

NOMBRE: S.M.R. H.C.: 92568-85 PROTOCOLO Nº: 254
SEXO: V EDAD: 56 Dias PROCEDENCIA: Urbana
PESO NAC.: 3. kg. PESO EXITUS: 3.760 kg. MES EXITUS: Mayo
HORA EXITUS: N.C. SERV. EXITUS: Neonat. DUR. HOSPIT.: 56 D.
DIAG. CLIN. PRIN.: Tetralogia de Fallot.
DIAG. CLIN. SEC.:
DIAG. A-P PRIN.: No concedida.
DIAG. A-P SEC.:
CLASIFICACION: XIV-745.2

NOMBRE: VE.M.G. H.C.: 94600-85 PROTOCOLO No: 255
SEXO: H EDAD: 15 Meses PROCEDENCIA: Rural
PESO NAC.: 3.600 kg. PESO EXITUS: 12. kg. MES EXITUS: Julio
HORA EXITUS: N. 6. h. SERV. EXITUS: U.C.I. DUR. HOSPIT.: 13 D.
DIAG. CLIN. PRIN.: Encefalitis.
DIAG. CLIN. SEC.: Status convulsivo
DIAG. A-P PRIN.: No concedida.
DIAG. A-P SEC.:
CLASIFICACION: I-049.9

NOMBRE: A.F.B. H.C.: 94888-85 PROTOCOLO No: 256
SEXO: V EDAD: 5 Años PROCEDENCIA: Rural
PESO NAC.: 4. kg. PESO EXITUS: 25. kg. MES EXITUS: Julio
HORA EXITUS: M.12.30h. SERV. EXITUS: U.C.I. DUR. HOSPIT.: 4 H.
DIAG. CLIN. PRIN.: Sepsis meningococica.
DIAG. CLIN. SEC.: C.I.D.
DIAG. A-P PRIN.: No concedida.
DIAG. A-P SEC.:
CLASIFICACION: I-036.2

NOMBRE: JM.M.C. H.C.: 93300-85 PROTOCOLO No: 257
SEXO: V EDAD: 2 Años PROCEDENCIA: Urbana
PESO NAC.: 4.500 kg. PESO EXITUS: 20. kg. MES EXITUS: Abril
HORA EXITUS: N.4.15.h.SERV. EXITUS: U.C.I. DUR. HOSPIT.: 12 H.
DIAG. CLIN. PRIN.: Aspiracion cuerpo extraño.

DIAG. CLIN. SEC.: Enfisema

DIAG. A-P PRIN.: No concedida.

DIAG. A-P SEC.:

CLASIFICACION: XVII-934.9

NOMBRE: L.G.M. H.C.: 93945-85 PROTOCOLO No: 258
SEXO: V EDAD: 4 Años PROCEDENCIA: Rur.Reg.
PESO NAC.: 3.050 kg. PESO EXITUS: 21. kg. MES EXITUS: Mayo
HORA EXITUS: N. 4. h. SERV. EXITUS: U.C.I. DUR. HOSPIT.: 1 D.
DIAG. CLIN. PRIN.: Sepsis meningococica.

DIAG. CLIN. SEC.: C.I.D.

DIAG. A-P PRIN.: No concedida.

DIAG. A-P SEC.:

CLASIFICACION: I-036.2

NOMBRE: H.V.G. H.C.: 92849-85 PROTOCOLO No: 259
SEXO: H EDAD: 83 Dias PROCEDENCIA: Urb.Reg.
PESO NAC.: 3.200 Kg. PESO EXITUS: 5.100 kg.MES EXITUS: Junio
HORA EXITUS: N. 5. h. SERV. EXITUS: Neonat. DUR. HOSPIT.: 83 D.
DIAG. CLIN. PRIN.: Mielomeningocele.
DIAG. CLIN. SEC.: Hidrocefalia.
DIAG. A-P PRIN.: No concedida.
DIAG. A-P SEC.:
CLASIFICACION: XIV-741.0

NOMBRE: A.M.L. H.C.: 93911-85 PROTOCOLO No: 260
SEXO: V EDAD: 2 Meses PROCEDENCIA: Urbana
PESO NAC.: 4. kg. PESO EXITUS: 4.730 kg.MES EXITUS: Julio
HORA EXITUS: M. 11. h.SERV. EXITUS: Preesc. DUR. HOSPIT.: 2 D.
DIAG. CLIN. PRIN.: Hemorragia intracraneal
DIAG. CLIN. SEC.: Hidrocefalia. Enclavamiento
DIAG. A-P PRIN.: No concedida.
DIAG. A-P SEC.:
CLASIFICACION: VII-432.9

NOMBRE: I.M.D. H.C.: 93202-85 PROTOCOLO No: 261

SEXO: V EDAD: 8 Meses PROCEDENCIA: Rural

PESO NAC.: 3.500 kg. PESO EXITUS: 8. kg. MES EXITUS: Abril

HORA EXITUS: N. 22. h.SERV. EXITUS: U.C.I. DUR. HOSPIT.: 9 H.

DIAG. CLIN. PRIN.: Sepsis meningococica.

DIAG. CLIN. SEC. C.I.D.

DIAG. A-P PRIN.: No concedida.

DIAG. A-P SEC.:

CLASIFICACION: I-036.2

NOMBRE: L.C.G. H.C.: 92626-85 PROTOCOLO No: 262

SEXO: H EDAD: 2 Años PROCEDENCIA: Urb.Reg.

PESO NAC.: 3.500 kg. PESO EXITUS: 12. kg. MES EXITUS: Abril

HORA EXITUS: T. 14. h.SERV. EXITUS: U.C.I. DUR. HOSPIT.: 1 D.

DIAG. CLIN. PRIN.: Bronconeumonia por aspiracion.

DIAG. CLIN. SEC.: Encefalopatia anoxica.

DIAG. A-P PRIN.: No concedida.

DIAG. A-P SEC.:

CLASIFICACION: VIII-507.0

NOMBRE: A.F.R.

H.C.: 92699-85

PROTOCOLO No: 263

SEXO: V

EDAD: 19 Meses

PROCEDENCIA: Rural

PESO NAC.: 4. kg.

PESO EXITUS: 10. kg.

MES EXITUS: Abril

HORA EXITUS: T.16.30h.SERV. EXITUS: U.C.I. DUR. HOSPIT.: 12 D.

DIAG. CLIN. PRIN.: Cuerpo extraño intrabronquial

DIAG. CLIN. SEC.: Anoxia cerebral.

DIAG. A-P PRIN.: No concedida.

DIAG. A-P SEC.:

CLASIFICACION: XVII-934.9

METODOS

Se ha procedido al análisis descriptivo de los resultados, comparando la evolución de los parámetros estudiados en los 5 años del trabajo, tanto para el grupo control de ingresos como para los exitus.

Se han agrupado las edades a efectos de su estudio en 2 grupos; menores de 1 año y mayores de 1 año. El grupo de menores de 1 año se ha dividido por meses de 1 a 11 meses, y en los casos que lo ha requerido se han agrupado por trimestres.

A efectos de resultados constan los mayores de 28 días como 1 mes de edad. Los mayores de 1 año se han agrupado por años de 1 a 7 años.

Menores de 1 año

de 28 días a 59 días.....	1 mes
de 60 días a 89 días.....	2 meses
de 90 días a 119 días.....	3 meses
de 120 días a 149 días.....	4 meses
de 150 días a 179 días.....	5 meses
de 180 días a 209 días.....	6 meses
de 210 días a 239 días.....	7 meses
de 240 días a 269 días.....	8 meses
de 270 días a 299 días.....	9 meses
de 300 días a 329 días.....	10 meses
de 330 días a 365 días.....	11 meses

Mayores de 1 año

de 12 meses a 23 meses....1 año
de 24 meses a 35 meses....2 años
de 36 meses a 47 meses....3 años
de 48 meses a 59 meses....4 años
de 60 meses a 71 meses....5 años
de 72 meses a 83 meses....6 años
de 84 meses a 95 meses....7 años

La procedencia de los ingresos y de los exitus se han clasificado en:

- Urbana: Los procedentes de Sevilla capital.
- Rural: Los procedentes de pueblos de la provincia de Sevilla.
- Urbano regional: Los procedentes de otras ciudades fuera de Sevilla.
- Rural regional: Los procedentes de pueblos fuera de la provincia de Sevilla.

Esta clasificación se ha seguido en base a los criterios territoriales-administrativos, a excepción de Jerez de la Frontera que por sus especiales características de densidad de población y contar con una residencia sanitaria, se ha incluido como urbana regional.

La hora de defunción está agrupada en 3 periodos:

- Mañana: Exitus ocurridos entre la 8 y las 15 horas.
- Tarde: Exitus ocurridos entre las 15 y las 22 horas.
- Noche: Los ocurridos entre las 22 y las 8 horas.

Los diagnósticos se han agrupado siguiendo la Clasificación Internacional de Enfermedades publicada por la O.M.S.(81).

Causas

- I Enfermedades infecciosas y parasitarias
- II Tumores
- III Enfermedades de las glandulas endocrinas, nutrición y metabolismo
- IV Enfermedades de la sangre y órganos hematopoyéticos
- V Trastornos mentales
- VI Enfermedades del sistema nervioso y órganos de los sentidos
- VII Enfermedades del aparato circulatorio
- VIII Enfermedades del aparato respiratorio
- IX Enfermedades del aparato digestivo
- X Enfermedades del aparato genitourinario
- XII Enfermedades de la piel y tejido celular subcutaneo
- XIII Enfermedades de los huesos y órganos del movimiento
- XIV Anomalías congénitas
- XV Ciertas causas de morbilidad y mortalidad perinatales
- XVI Sintomas y estados mal definidos
- XVII Accidentes, envenenamientos y violencias

Se ha recogido el diagnóstico clínico principal, diagnóstico clínico asociado, diagnóstico anatomopatológico principal y diagnóstico anatomopatológico asociado. Para los efectos de clasificación se ha recogido el diagnóstico clínico principal en el caso de no existir necropsia y el diagnóstico anatomopatológico principal si se realizó la necropsia. El criterio de diagnóstico principal o secundario ha sido el seguido por el médico encargado del paciente o del anatomopatologo en caso de haberse realizado la necropsia.

Para el estudio estadístico se ha utilizado la chi cuadrado de Pearson (90), mediante el programa Simphony así como el programa estadístico Sigma para el análisis de los resultados. Para el procesamiento del texto se ha utilizado el programa Word-Star. Los gráficos han sido realizados con el programa IBM Graphing Assistant versión 2.00.

RESULTADOS

INGRESOS EN EL HOSPITAL

El número de niños ingresados en el Hospital en los 5 años del estudio fue de 51230, de estos, 40361 corresponden a una edad comprendida entre los 28 días y 7 años.

Por año y edad la distribución del total de ingresos fue la siguiente:

	1981	1982	1983	1984	1985
<28 días	1593	1573	1545	1425	1210
28 d. a 11 m.	3076	3037	3266	2236	1780
1 año	1698	1676	1587	1156	956
2 años	1145	1131	1074	715	703
3 años	836	826	876	715	563
4 años	790	780	737	618	521
5 años	748	739	700	640	508
6 años	618	610	652	551	439
7 años	317	313	336	354	338
>7 años	291	378	508	517	599
No consta	235	288	217	252	238
total	11347	11351	11498	9179	7855

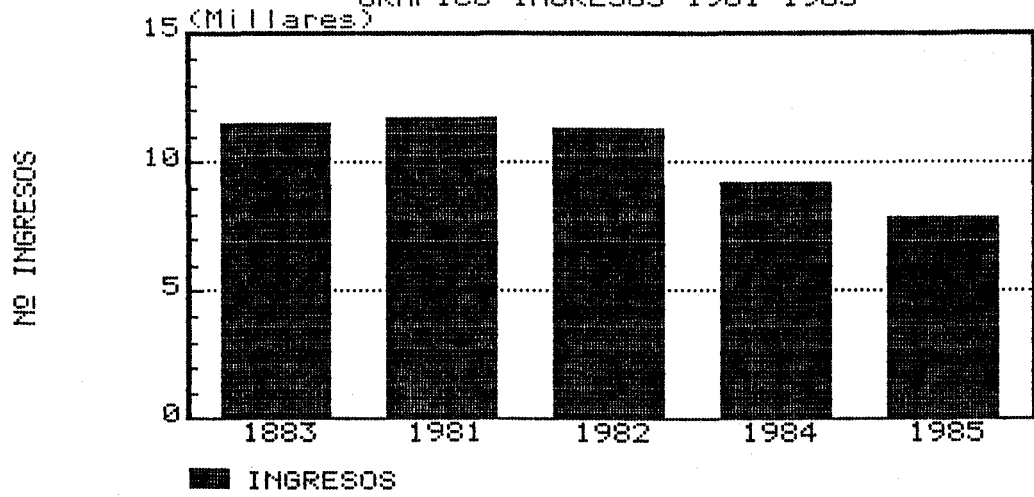
En las edades comprendidas entre 28 días y 7 años, el grupo de 28 días a 11 meses supone el mayor número de ingresos con

13395 casos (33.2%), seguido del grupo de 1 año con 7073 ingresos (17.5%), el de 2 años con 4768 ingresos (11.2%), el de 3 años con 3816 ingresos (9.5%), el de 4 años con 3446 ingresos (8.5%), el de 5 años con 3335 ingresos (8.3%), el de 6 años con 2870 ingresos (7.1%), el de 7 años 1658 ingresos (4.1%).

GRUPO CONTROL DE INGRESOS

Hemos elegido un grupo control de ingresos de 300 niños del total ingresados por cada año del estudio, siguiendo una tabla de números aleatorios. En este grupo control se han estudiado distintos parametros que pasamos a ver a continuación.

GRAFICO INGRESOS 1981-1985



SEXO

El grupo control de ingresos recoge un total de 1500 niños de los cuales tenemos 878 varones que representan un 58.5% y 622 hembras que representan el 41.5%. En el analisis individual por año obtenemos los siguientes resultados:

	1981	1982	1983	1984	1985
Varones	181 60.3%	180 60%	171 57%	175 58.3%	168 56%
Hembras	119 39.6%	120 40%	129 43%	125 41.6%	132 44%

Los resultados por edades y sexo son los siguientes:

	Varones	Hembras
1 mes	35 4%	31 5%
2 meses	42 4.8%	29 4.7%
3 meses	35 4%	16 2.6%
4 meses	29 3.3%	30 4.8%
5 meses	25 2.8%	26 4.2%
6 meses	25 2.8%	22 3.5%
7 meses	23 2.6%	12 1.9%
8 meses	22 2.5%	12 1.9%
9 meses	24 2.7%	6 1%
10 meses	12 1.9%	9 1.4%
11 meses	8 0.9%	9 1.4%
1 año	139 15.8%	122 19.6%

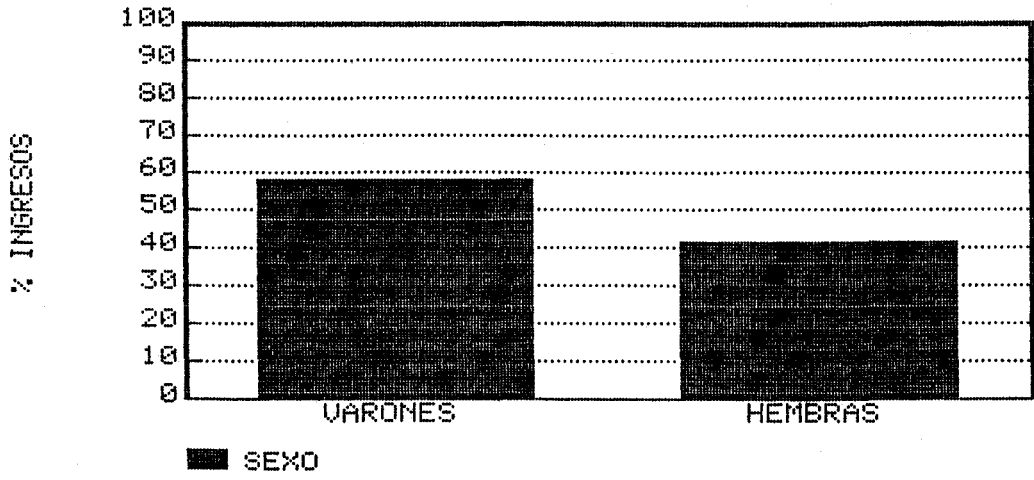
2 años	86 9.8%	79 12.7%
3 años	97 11%	65 10.5%
4 años	91 10.4%	51 8.2%
5 años	86 9.8%	47 7.6%
6 años	65 7.4%	34 5.5%
7 años	34 3.9%	22 3.5%

Total varones: 878 (58.5%)

Total hembras: 622 (41.5%)

El número de ingresos de varones es superior 58.5% respecto a las hembras 41.5% manteniendo la diferencia en todos los años.

GRAFICO INGRESOS SEXO



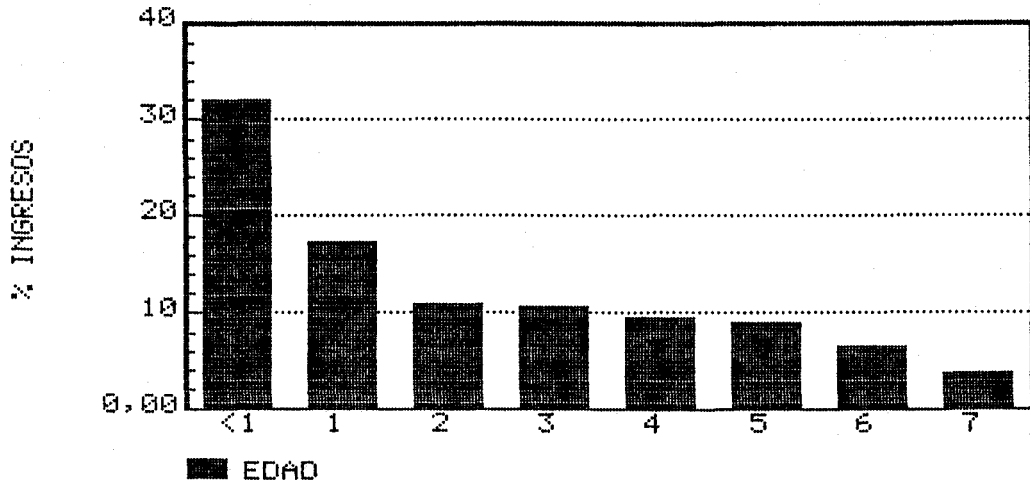
EDAD

La distribución por edad de los niños ingresados en el Hospital en los distintos años es la siguiente:

	1981		1982		1983		1984		1985	
1 mes	10	3.3%	21	7%	11	3.7%	11	3.7%	13	4.3%
2 meses	12	4%	17	5.7%	14	4.7%	15	5%	13	4.3%
3 meses	8	2.7%	11	3.7%	10	3.3%	9	3%	13	4.3%
4 meses	8	2.7%	17	5.7%	16	5.3%	7	2.3%	11	3.7%
5 meses	6	2%	10	3.3%	16	5.3%	11	3.6%	9	3%
6 meses	8	2.7%	5	1.7%	13	4.3%	10	3.3%	11	3.7%
7 meses	11	3.7%	7	2.3%	10	3.3%	3	1%	5	1.7%
8 meses	9	3%	12	4%	3	1%	5	1.7%	5	1.7%
9 meses	3	1%	5	1.7%	10	3.3%	9	3%	3	1%
10 meses	4	1.3%	5	1.7%	5	1.7%	4	1.3%	3	1%
11 meses	2	0.7%	2	0.7%	3	1%	2	0.7%	8	2.7%
1 año	58	19.3%	40	13.3%	50	16.7%	60	20.1%	53	17.7%
2 años	37	12.3%	28	9.3%	31	10.3%	32	10.7%	37	12.3%
3 años	43	14.3%	33	11%	30	10%	24	8%	31	10.3%
4 años	33	11%	29	9.7%	19	6.3%	35	11.7%	26	8.7%
5 años	21	7%	27	9%	27	9%	29	9.7%	29	9.7%
6 años	17	5.7%	23	7.7%	21	7%	22	7.4%	16	5.3%
7 años	10	3.3%	8	2.7%	11	3.7%	14	4.6%	14	4.7%

Niños ingresados menores de 1 año tenemos 482 (32.1%) de 1 año 261 (17.40%) de 2 años 165 (11%) de 3 años 162 (10.8%) de 4 años 142 (9.5%) de 5 años 133 (8.9%) de 6 años 99 (6.6%) de 7 años 56 (3.7%).

GRAFICO INGRESOS EDAD



PROCEDENCIA

La distribución de los 1500 niños que componen el grupo control de ingresos es la siguiente:

Urbana:	661...44.1%
Rural:	667...44.5%
Urbano regional :	75...4.9%
Rural regional :	97...6.5%

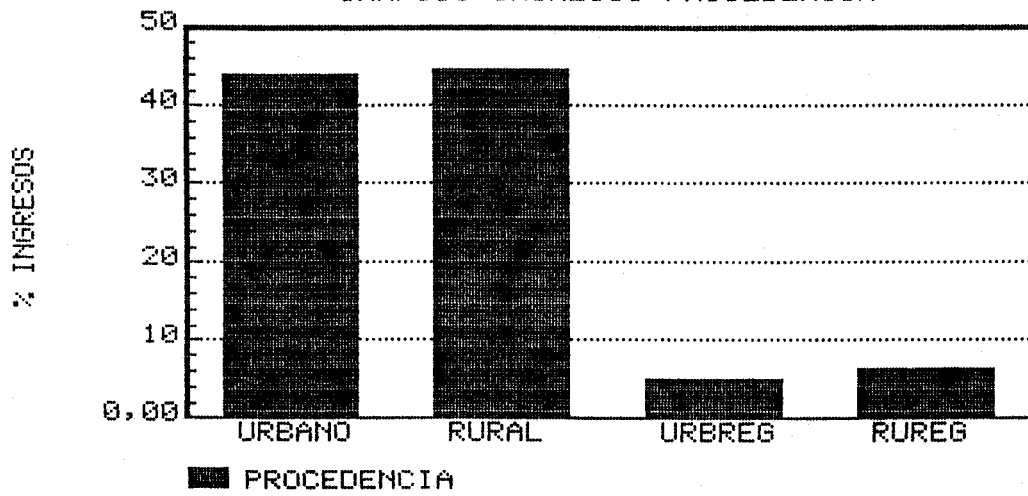
Analizando los casos por años obtenemos:

Procedencia	1981	1982	1983	1984	1985
Urbano	127 42.3%	142 47.3%	123 41%	137 45.8%	132 44%
Rural	140 46.7%	129 43%	145 48.3%	128 42.8%	125 41.7%
Urbano reg.	19 6.3%	10 3.3%	10 3.3%	14 4.6%	22 7.3%
Rural regional	14 4.7%	19 6.3%	22 7.3%	21 7%	21 7%

En conjunto los ingresos procedentes del medio urbano 44.1% y rural 44.5% son similares.

Son ligeramente superiores los procedentes del medio rural regional 6.5% a los procedentes del medio urbano regional 4.9%.

GRAFICO INGRESOS PROCEDENCIA



CAUSAS DE INGRESOS

Del grupo control que componen los 1500 niños ingresados el número total por causas es el siguiente:

Causa I Enfermedades infecciosas: 229 casos (15.2%)

Causa II Tumores: 31 casos (2.%)

Causa III Enfermedades de las glándulas endocrinas, nutrición y metabolismo: 14 casos (0.9%)

Causa IV Enfermedades de la sangre y órganos hematopoyéticos: 23 casos (1.5%)

Causa V Trastornos mentales: 6 casos (0.4%)

Causa VI Enfermedades del sistema nervioso y órganos de los sentidos: 106 casos (7.%)

Causa VII Enfermedades del aparato circulatorio: 6 casos (0.4%)

Causa VIII Enfermedades del aparato respiratorio: 349 casos (23.2%)

Causa IX Enfermedades del aparato digestivo: 84 casos (5.6%)

Causa X Enfermedades del aparato genitourinario: 79 casos (5.2%)

Causa XII Infecciones de la piel y tejido celular subcutáneo: 18 casos (1.2%)

Causa XIII Enfermedades de los huesos y órganos del movimiento: 31 casos (2%)

Causa XIV Anomalías congénitas: 266 casos (17.7%)

Causa XV Ciertas causas de la morbilidad y mortalidad perinatales: 2 casos (0.1%)

Causa XVI Síntomas y estados mal definidos: 126 casos (8.4%)

Causa XVII Accidentes envenenamientos y violencias: 83 casos
(5.53%)

No consta: 47 casos (3.1%)

Las causas de ingreso se han agrupado en:

Menores de 1 año (1981-1985)

Causa	nº ingresos	%
I	126	27.3%
II	3	0.6%
III	3	0.6%
IV	3	0.6%
V	3	0.6%
VI	17	3.6%
VII	2	0.4%
VIII	124	26.8%
IX	30	6.5%
X	14	3%
XI	0	0
XII	3	0.6%
XIII	3	0.6%
XIV	100	21.6%
XV	0	0
XVI	23	4.9%
XVII	7	1.5%

En los menores de 1 año las 3 primeras causas de ingresos son las enfermedades infecciosas con el 27.3%, las enfermedades del aparato respiratorio con el 26.8% y las anomalías congénitas con el 21.6%.

Le siguen a gran distancia las enfermedades del aparato digestivo con un 6.5% y los síntomas y estados mal definidos con un 4.9%.

Mayores de 1 año (1981-1985)

Causa	nº ingresos	%
I	103	10.3%
II	28	2.8%
III	11	1.1%
IV	20	2%
V	3	0.3%
VI	89	8.9%
VII	4	0.4%
VIII	225	22.6%
IX	54	5.4%
X	65	6.5%
XI	0	0
XII	15	1.5%
XIII	28	2.8%
XIV	166	16.7%
XV	2	0.2%
XVI	103	10.3%
XVII	76	7.6%

Las 3 primeras causas de ingresos en los mayores de 1 año son las enfermedades del aparato respiratorio con un 22.6%, las anomalías congénitas con el 16.7% y las enfermedades infecciosas, y síntomas y estados mal definidos igualadas con un 10.3%.

Le siguen las enfermedades del sistema nervioso con un 8.9% y los accidentes con un 7.6%.

Con objeto de ver la morbilidad de las enfermedades en las distintas etapas de vida a lo largo de los años se han recogido los ingresos agrupandolos en trimestres para los menores de 1 año y en años para los mayores de 1 año.

Menores de 1 año

Causa I (Enfermedades infecciosas y parasitarias)

	1981		1982		1983		1984		1985	
1ºT	8	50%	14	45.2%	8	33.3%	10	37%	11	39.3%
2ºT	5	31.3%	10	32.3%	13	54.2%	12	44.4%	9	32.1%
3ºT	2	12.5%	4	12.9%	3	12.5%	4	14.8%	6	21.4%
4ºT	1	6.3%	3	9.7%	0		1	3.7%	2	7.1%
Tot.	16	12.69%	31	24.60%	24	19.04%	27	21.42%	28	22.22%

Las enfermedades infecciosas representan el 27.3% de los ingresos, se mantiene con unos índices similares en los años 83-84-85 y aumentó su incidencia en el año 82. Como vemos en la tabla es en los 2 primeros trimestres de edad cuando se registran un mayor número de ingresos por esta causa.

Causa II (Tumores)

	1981	1982	1983	1984	1985
1oT	0	0	0	0	0
2oT	0	0	0	0	0
3oT	0	1 100%	1 100%	0	0
4oT	0	0	0	1 100%	0
Tot.	0	1 33.33%	1 33.33%	1 33.33%	0

Representa el 0.6% de los ingresos.

Causa III (Enfermedades de las glándulas endocrinas, nutrición y metabolismo)

	1981	1982	1983	1984	1985
1oT	0	1 100%	0	0	1 100%
2oT	0	0	0	0	0
3oT	1 100%	0	0	0	0
4oT	0	0	0	0	0
Tot.	1 33.33%	1 33.33%	0	0	1 33.33%

Representa el 0.6% de los ingresos.

Causa IV (Enfermedades de la sangre y órganos hematopoyéticos)

	1981	1982	1983	1984	1985
1ºT	0	0	0	0	0
2ºT	0	0	0	0	0
3ºT	0	2 100%	0	1 100%	0
4ºT	0	0	0	0	0
Tot.	0	2 66.66%	0	1 33.33%	

Representa el 0.6% de los ingresos.

Causa V (Trastornos mentales)

	1981	1982	1983	1984	1985
1ºT	0	1 25%	0	0	0
2ºT	0	0	0	0	0
3ºT	0	2 75%	0	0	0
4ºT	0	0	0	0	0
Tot.	0	3 100%	0	0	0

Representa el 0.6% de los ingresos.

Causa VI (Enfermedades del sistema nervioso y órganos de los sentidos)

	1981	1982	1983	1984	1985
1ºT	1 50%	2 50%	0	2 50%	1 33.3%
2ºT	0	1 25%	2 50%	1 25%	1 33.3%
3ºT	1 50%	1 25%	2 50%	1 25%	1 33.3%
4ºT	0	0	0	0	0
Tot.	2 11.76%	4 23.52%	4 23.52%	4 23.52%	3 17.64%

Representa el 3.6% de los ingresos.

Causa VII (Enfermedades del aparato circulatorio)

	1981	1982	1983	1984	1985
1ºT	1 100%	0	0	1 100%	1 33.3%
2ºT	0	0	0	0	0
3ºT	0	0	0	0	0
4ºT	0	0	0	0	0
Tot.	1 50%	0	0	1 50%	0

Representa el 0.4% de los ingresos.

Causa VIII (Enfermedades del aparato respiratorio)

	1981	1982	1983	1984	1985
1ºT	9 36%	10 43.5%	14 35%	6 35%	6 31.6%
2ºT	9 36%	6 26.1%	16 40%	4 23.5%	9 47.4%
3ºT	5 20%	5 21.7%	8 20%	5 29.4%	3 15.8%
4ºT	2 8%	2 8.7%	2 5%	2 11.8%	1 5.3%
Tot.	25 20.1%	23 18.5%	40 32.2%	17 13.7%	19 15.3%

Representa el 26.8% de los ingresos. Los ingresos por esta causa han tenido una tendencia descendente a partir del año 83 en que tuvo un pico que llegó al 32.2% para pasar en el año 85 a un 15.3%. Esta enfermedad afecta fundamentalmente a los menores de 1 año en los 2 primeros trimestres de vida.

Causa IX (Enfermedades del aparato digestivo)

	1981	1982	1983	1984	1985
1ºT	2 40%	1 20%	2 28.5%	2 50%	4 44.4%
2ºT	1 20%	3 60%	4 57.1%	2 50%	4 44.4%
3ºT	1 20%	1 20%	0	0	0
4ºT	1 20%	0	1 14.2%	0	2 22.2%
Tot.	5 16.6%	5 16.6%	7 23.3%	4 13.3%	9 30%

Representa el 6.5% de los ingresos. Tuvo un pico en el año 85 y afecta fundamentalmente en los 2 primeros trimestres de edad.

Causa X (Enfermedades del aparato genitourinario)

	1981	1982	1983	1984	1985
1ºT	1 25%	0	1 33.3%	1 50%	2 40%
2ºT	1 25%	0	1 33%	0	1 20%
3ºT	2 50%	0	0	1 50%	0
4ºT	0	0	1 33.3%	0	2 40%
Tot.	4 28.5%	0	3 21.4%	2 14.2%	5 35.7%

Representa el 3% de los ingresos. Tuvo un pico en el año 85 en que representó el 35.7% del total de ingresos por esta causa.

Causa XII (Enfermedades de la piel)

	1981	1982	1983	1984	1985
1ºT	0	1 50%	0	0	0
2ºT	0	1 50%	0	0	0
3ºT	0	0	0	0	0
4ºT	0	0	1 100%	0	0
Tot.	0	2 66.6%	1 33.3%	0	0

Representa el 0.6% de los ingresos.

Causa XIII (Enfermedades de los huesos)

	1981	1982	1983	1984	1985
1ºT	0	0	1 50%	0	0
2ºT	0	1 100%	1 50%	0	0
3ºT	0	0	0	0	0
4ºT	0	0	0	0	0
Tot.	0	1 33.3%	2 66.6%	0	0

Representa el 0.6% de los ingresos.

Causa XIV (Anomalías congénitas)

	1981	1982	1983	1984	1985
1ºT	6 28.6%	10 52.6%	7 41.2%	13 59.1%	13 61.9%
2ºT	4 19%	3 15.8%	6 35.3%	6 27.3%	3 14.3%
3ºT	10 47.6%	5 26.3%	3 17.6%	1 4.5%	2 9.5%
4ºT	1 4.8%	1 5.3%	1 5.9%	2 9.1%	3 14.3%
Tot.	21 21%	19 19%	17 17%	22 22%	21 21%

Representa el 21.6% de los ingresos. Mantiene un nivel de ingresos similar en los distintos años. Los ingresos afectan principalmente al 1º trimestre a excepción del año 81 en que se registraron mas ingresos en el 3º Trimestre.

Causa XVI (Síntomas y estados mal definidos)

	1981	1982	1983	1984	1985
1oT	0	3 33%	0	0	0
2oT	0	4 44.4%	0	0	2 50%
3oT	1 50%	2 22.2%	3 60%	3 100%	1 25%
4oT	1 50%	0	2 40%	0	1 25%
Tot.	2 8.6%	9 39.1%	5 21.7%	3 13%	4 17.3%

Representa el 4.9% de los ingresos. Tiene un pico en el año 82 en que representó el 39.1% del total de ingresos por esta causa.

Causa XVII (Accidentes, envenenamientos y violencias)

	1981	1982	1983	1984	1985
1oT	2 66.6%	1 50%	0	0	1 100%
2oT	1 33.3%	0	1 50%	0	0
3oT	0	1 50%	1 50%	0	0
4oT	0	0	0	0	0
Tot.	3 37.5%	2 25%	2 25%	0	0

Representa el 1.5% del total de ingresos.

Mayores de 1 año

Causa I (Enfermedades infecciosas y parasitarias)

	1981	1982	1983	1984	1985
1 a.	5 26.3%	3 37.5%	6 33.3%	10 40%	8 24.2%
2 a.	2 10.5%	0	4 22.2%	3 12%	8 24.2%
3 a.	4 21.1%	1 12.5%	2 11.1%	4 16%	4 12.1%
4 a.	4 21.1%	1 12.5%	2 11.1%	2 8%	5 15.2%
5 a.	1 5.3%	1 12.5%	1 5.6%	4 16%	6 18.2%
6 a.	2 10.5%	2 25%	2 11.1%	1 4%	2 6.1%
7 a.	1 5.3%	0	1 5.6%	1 4%	0
Tot.	19 18.4%	8 7.7%	18 17.4%	25 24.2%	33 32%

Representa el 10.3% de los ingresos. Ha tenido una tendencia ascendente desde el año 82 al 85 pasando del 7.7% al 32%. Afecta fundamentalmente al grupo de niños de 1 año de edad.

Causa II (Tumores)

	1981	1982	1983	1984	1985
1 a.	0	1 16.6%	1 100%	1 10%	4 44.4%
2 a.	1 50%	0	0	0	2 22.2%
3 a.	0	1 16.6%	0	0	0

4 a.	1 50%	1 16.6%	0	3 30%	0
5 a.	0	1 16.6%	0	4 40%	1 11.1%
6 a.	0	2 33.3%	0	0	1 11.1%
7 a.	0	0	0	2 20%	1 11.1%
Tot.	2 7.1%	6 21%	1 3.5%	10 35.7%	9 32.1%

Representa el 2.8% de los ingresos. Hay un aumento en el año 84 y 85 y estan afectadas todas las edades.

Causa III (Enfermedades de las glandulas endocrinas, nutrición y metabolismo)

	1981	1982	1983	1984	1985
1 a.	0	1 25%	2 66.6%	1 50%	1 50%
2 a.	0	0	0	0	0
3 a.	0	1 25%	0	1 50%	0
4 a.	0	1 25%	1 33.3%	0	1 50%
5 a.	0	0	0	0	0
6 a.	0	1 25%	0	0	0
7a.	0	0	0	0	0
Tot.	0	4 36.3%	3 27.2%	2 18.1%	2 18.1%

Representa el 1.1% de los ingresos.

Causa IV (Enfermedades de la sangre y órganos hematopoyéticos)

	1981	1982	1983	1984	1985
1 a.	0	2 50%	2 40%	1 33.3%	1 20%
2 a.	2 66.6%	0	0	0	0
3 a.	0	1 25%	0	0	0
4 a.	0	1 25%	1 20%	0	2 40%
5 a.	0	0	2 40%	1 33.3%	1 20%
6 a.	0	0	0	1 33.3%	1 20%
7 a.	1 33.3%	0	0	0	0
Tot.	3 15%	4 20%	5 25%	3 15%	5 25%

Representa el 2% de los ingresos.

Causa V ((Trastornos mentales)

	1981	1982	1983	1984	1985
1 a.	1 50%	0	0	0	0
2 a.	1 50%	1 100%	0	0	0
3 a.	0	0	0	0	0
4 a.	0	0	0	0	0

5 a.	0	0	0	0	0
6 a.	0	0	0	0	0
7 a.	0	0	0	0	0
Tot.	2 66.6%	1 33.3%	0	0	0

Representa el 0.3% de los ingresos.

Causa VI (Enfermedades del sistema nervioso y órganos de los sentidos)

	1981	1982	1983	1984	1985
1 a.	4 26.6%	1 5.8%	4 19%	3 16.6%	1 5.5%
2 a.	3 20%	3 17.6%	1 4.7%	2 11.1%	4 22.2%
3 a.	2 13.3%	3 17.6%	2 9.5%	1 5.5%	4 22.2%
4 a.	4 26.6%	2 11.7%	2 9.5%	4 22.2%	2 11.1%
5 a.	0	4 23.5%	7 33.3%	2 11.1%	2 11.1%
6 a.	0	2 11.7%	5 23.8%	3 16.6%	3 16.6%
7 a.	2 13.3%	2 11.7%	0	3 16.6%	2 11.1%
Tot.	15 16.8%	17 19.1%	21 23.5%	18 20.2%	18 20.2%

Representa el 8.9% de los ingresos. Tiene una tendencia similar en los 5 años presentando un ligero pico en el año 83. Su morbilidad afecta a todas las edades.

Causa VII (Enfermedades del aparato circulatorio)

	1981	1982	1983	1984	1985
1 a.	0	0	0	0	0
2 a.	0	0	0	0	0
3 a.	0	0	0	0	2 100%
4 a.	0	1 100%	0	0	0
5 a.	0	0	0	0	0
6 a.	0	0	1 100%	0	0
7 a.	0	0	0	0	0
Tot.	0	1 25%	1 25%	0	2 50%

Representa el 0.4% de los ingresos.

Causa VIII (Enfermedades del aparato respiratorio)

	1981	1982	1983	1984	1985
1 a.	15 24.2%	11 28.2%	14 28.6%	17 40.5%	8 24.2%
2 a.	12 19.4%	9 23.1%	13 26.5%	9 21.4%	8 24.2%
3 a.	13 21%	8 20.5%	11 22.4%	6 14.3%	4 12.1%
4 a.	13 21%	3 7.7%	2 4.1%	4 9.5%	5 15.2%
5 a.	4 6.5%	7 17.9%	6 12.2%	4 9.5%	6 18.2%

6 a.	4 6.5%	1 2.6%	3 6.1%	1 2.4%	2 6.1%
7 a.	1 1.6%	0	0	1 2.4%	0
Tot.	62 27.5%	39 17.3%	49 21.7%	42 18.6%	33 14.6%

Representa el 22.6% de los ingresos. Su tendencia ha sido descendente desde el año 81 al 83 en que tuvo un ligero pico para volver a descender en los últimos 3 años, pasando del 27.5% del año 81 al 14.6% del año 85. Afecta fundamentalmente a los niños de 1 a 3 años disminuyendo su frecuencia con la edad y siendo máxima en los de 1 año.

Causa IX (Enfermedades del aparato digestivo)

	1981	1982	1983	1984	1985
1 a.	1 14.2%	3 27.2%	2 25%	3 20%	4 30.7%
2 a.	0	1 9%	1 12.5%	2 13.3%	2 15.3%
3 a.	1 14.2%	1 9%	2 25%	1 6.6%	2 15.3%
4 a.	1 14.2%	2 18.1%	1 12.5%	2 13.3%	2 15.3%
5 a.	1 14.2%	0	1 12.5%	1 6.6%	1 7.6%
6 a.	3 42.8%	2 18.1%	0	4 26.6%	1 7.6%
7 a.	0	2 18.1%	1 12.5%	2 13.3%	1 7.6%
Tot.	7 12.9%	11 20.3%	8 14.8%	15 27.7%	13 24%

Representa el 5.4% de los ingresos.

Causa X (Enfermedades del aparato genitourinario)

	1981	1982	1983	1984	1985
1 a.	2 13.3%	2 18.1%	1 12.5%	3 16.6%	2 15.3%
2 a.	4 26.6%	1 9%	1 12.5%	2 11.1%	2 15.3%
3 a.	2 13.3%	1 9%	2 25%	3 16.6%	2 15.3%
4 a.	1 6.6%	0	3 37.5%	4 22.2%	2 15.3%
5 a.	3 20%	3 27.2%	1 12.5%	3 16.6%	3 23%
6 a.	2 13.3%	3 27.2%	0	1 5.5%	1 7.6%
7 a.	1 6.6%	1 9%	0	2 11.1%	1 7.6%
Tot.	15 23%	11 16.9%	8 12.3%	18 27.6%	13 20%

Representa el 6.5% de los ingresos.

Causa XII (Enfermedades de la piel)

	1981	1982	1983	1984	1985
1 a.	0	0	1 20%	1 50%	0
2 a.	0	0	1 20%	0	1 33.3%
3 a.	0	2 66.6%	1 20%	0	0
4 a.	1 50%	0	0	0	1 33.3%

5 a.	1 50%	1 33.3%	1 20%	0	0
6 a.	0	0	0	1 50%	1 33.3%
7 a.	0	0	1 20%	0	0
Tot.	2 13.3%	3 20%	5 33.3%	2 13.3%	3 20%

Representa el 1.5% de los ingresos.

Causa XIII (Enfermedades de los huesos)

	1981	1982	1983	1984	1985
1 a.	1 33.3%	1 16.6%	1 50%	1 10%	0
2 a.	0	0	0	4 40%	2 28.5%
3 a.	0	1 16.6%	0	2 20%	2 28.5%
4 a.	0	2 33.3%	0	1 10%	0
5 a.	1 33.3%	0	0	1 10%	1 14.2%
6 a.	1 33.3%	1 16.6%	0	1 10%	0
7 a.	0	1 16.6%	1 50%	0	2 28.5%
Tot.	3 10.7%	6 21.4%	2 7.1%	10 35.7%	7 25%

Representa el 2.8% de los ingresos.

Causa XIV (Anomalías congénitas)

	1981	1982	1983	1984	1985
1 a.	15 33.3%	3 12.5%	7 31.8%	8 21.6%	11 28.9%
2 a.	5 11.1%	6 25%	1 4.5%	8 21.6%	6 15.8%
3 a.	7 15.6%	3 12.5%	3 13.6%	2 5.4%	6 15.8%
4 a.	6 13.3%	6 25%	3 13.6%	10 27%	6 15.8%
5 a.	7 15.6%	2 8.3%	2 9.1%	3 8.1%	4 10.5%
6 a.	2 4.4%	3 12.5%	3 13.6%	4 10.8%	0
7 a.	3 6.7%	1 4.2%	3 13.6%	2 5.4%	5 13.2%
Tot.	45 27.1%	24 14.4%	22 13.2%	37 22.2%	38 22.8%

Representa el 16.7% de los ingresos. Los ingresos se deben fundamentalmente a niños de 1 año de edad. La tendencia ha sido creciente desde el año 83 con un 13.2% al 85 con un 22.8%.

Causa XV (Ciertas causas de morbilidad y mortalidad perinatales)

	1981	1982	1983	1984	1985
1 a.	1 100%	0	0	0	0
2 a.	0	0	0	0	0

3 a.	0	0	1 100%	0	0
4 a.	0	0	0	0	0
5 a.	0	0	0	0	0
6 a.	0	0	0	0	0
7 a.	0	0	0	0	0
Tot.	1 100%	0	1 100%	0	0

Representa el 0.2% de los ingresos.

Causa XVI (Síntomas y estados mal definidos)

	1981	1982	1983	1984	1985
1 a.	9 40.9%	7 30.4%	4 15.4%	8 40%	4 33.3%
2 a.	4 18.2%	5 21.7%	6 23.1%	2 10%	1 8.3%
3 a.	6 27.3%	6 26.1%	5 19.2%	2 10%	2 16.7%
4 a.	1 4.5%	2 8.7%	3 11.5%	2 10%	0
5 a.	1 4.5%	1 4.3%	3 11.5%	3 15%	1 8.3%
6 a.	1 4.5%	2 8.7%	4 15.4%	3 15%	4 33.3%
7 a.	0	0	1 3.8%	0	0
Tot.	22 21.3%	23 22.3%	26 25.2%	20 19.4%	12 11.6%

Representa el 10.3% de los ingresos. Afecta fundamentalmente al grupo de niños de 1 año de edad. La morbilidad ha sido similar a excepción del año 85 en que bajó al 11.6%.

Causa XVII (Accidentes, envenenamientos y violencias)

	1981	1982	1983	1984	1985
1 a.	4 19%	2 9.1%	3 33.3%	1 12.5%	1 6.3%
2 a.	3 14.3%	2 9.1%	1 11.1%	0	0
3 a.	8 38.1%	4 18.2%	1 11.1%	1 12.5%	2 12.5%
4 a.	1 4.8%	4 18.2%	0	2 25%	2 12.5%
5 a.	2 9.5%	5 22.7%	3 33.3%	3 37.5%	7 43.8%
6 a.	2 9.5%	4 18.2%	0	1 12.5%	0
7 a.	1 4.8%	1 4.5%	1 11.1%	0	4 25%
Tot.	21 27.6%	22 28.9%	9 11.8%	8 10.5%	16 21%

Representa el 7.6% de los ingresos. Su incidencia ha sido desigual en los 5 años oscilando desde el 28.9% del año 82 al 10.5% del año 84. El mayor número de casos se registra a los 5 años de edad.

GRAFICO INGRESOS CAUSA

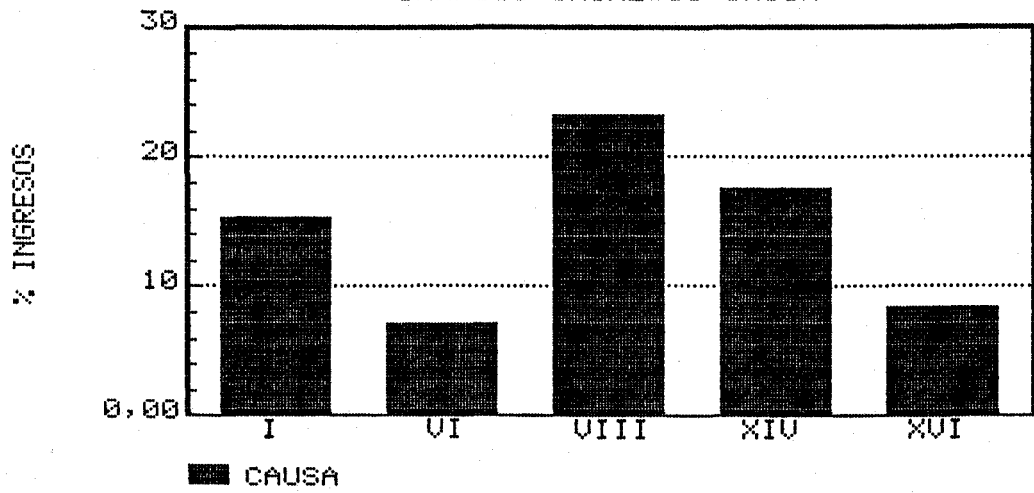


GRAFICO INGRESOS CAUSA

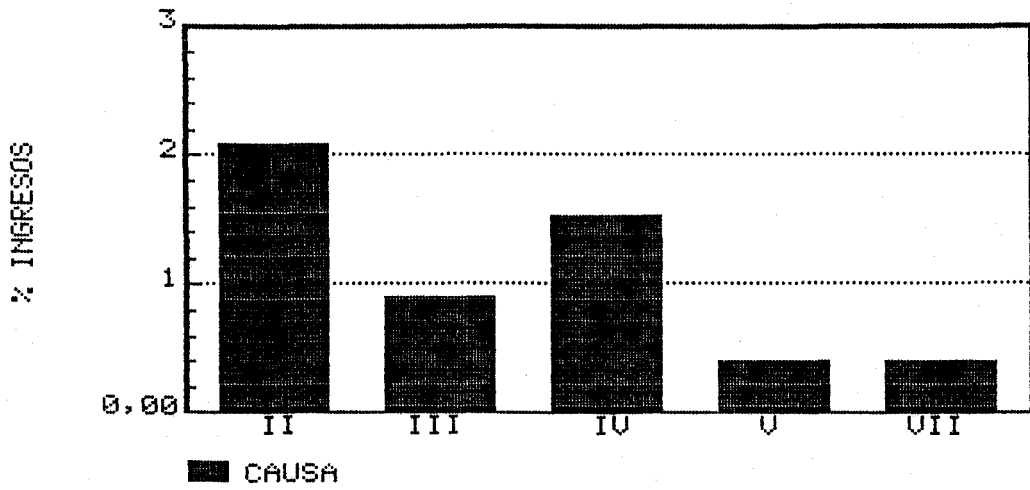
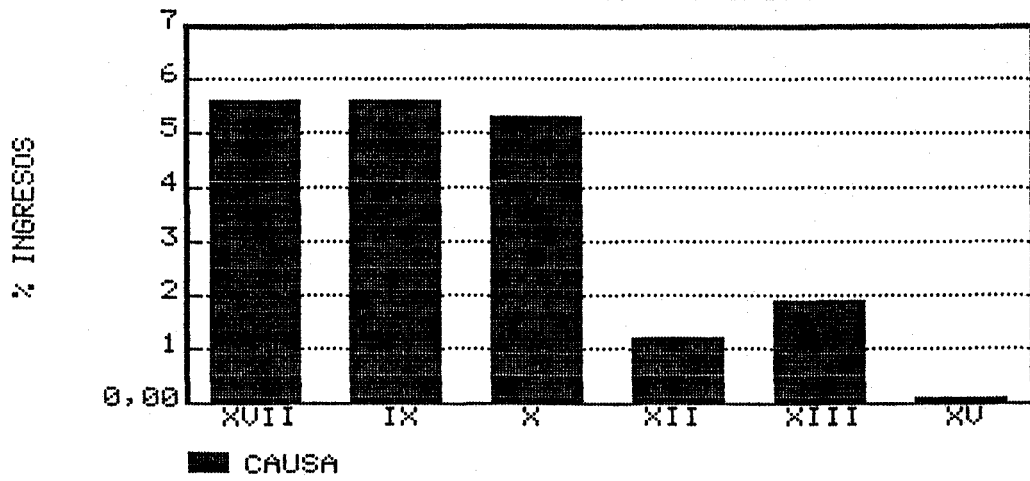


GRAFICO INGRESOS CAUSA



EXITUS EN EL HOSPITAL

El número de exitus en el Hospital fue de 263 en los 5 años del estudio:

Año	Nº exitus-%	Tasa mortalidad
1981	62...23.6%	0.67%
1982	45...17.1%	0.49%
1983	41...15.6%	0.44%
1984	44...16.7%	0.62%
1985	71...27%	1.2%

Menores de 1 año

1981	33...21.3%	1.07%
1982	31...20%	1.02%
1983	21...13.5%	0.64%
1984	24...15.5%	1.07%
1985	46...29.7%	2.58%

Mayores de 1 año

1981	29...26.9%	0.47%
1982	14...13%	0.23%
1983	20...18.5%	0.33%
1984	20...18.5%	0.42%
1985	25...23.1%	0.62%

$$X = 8.39$$

$$G.L. = 4$$

La distribución no es estadísticamente significativa para una $p < 0.05$.

La tasa de mortalidad hospitalaria es similar en el año 82-83 ligeramente superior en el 81 y 84 y muy superior en el año 85, debiéndose en este año el mayor número de exitus a expensas de los menores de 1 año, aunque también aumentan los mayores de 1 año, pero en menor proporción.

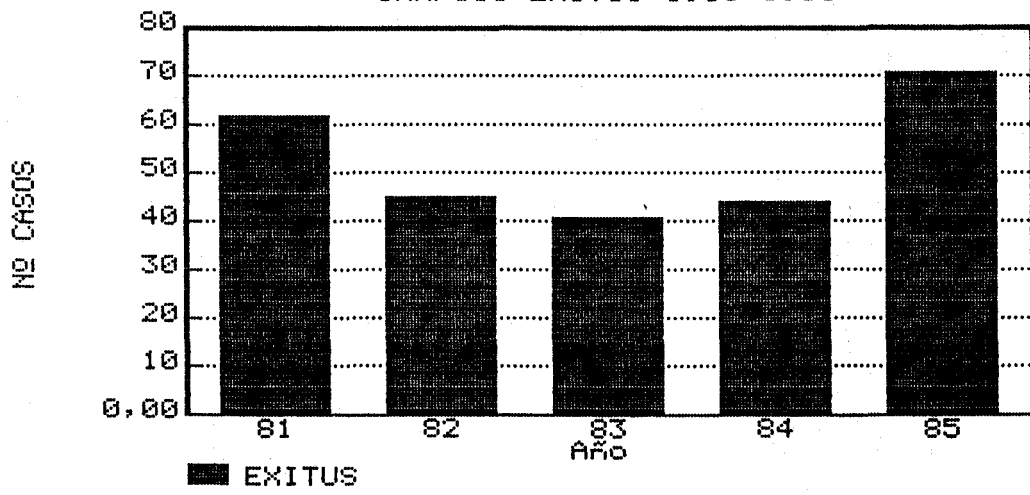
Estudiando los motivos por los cuales existe un aumento de los exitus en el año 85, en primer lugar destacaremos que siendo el que registra un mayor número de exitus fue el que registró un menor número de ingresos totales. Tal como se comentó anteriormente, el aumento de los exitus se debió a los menores de 1 año y con respecto a los ingresos es el que menor número tiene comparandolo con los restantes años en este grupo de edad.

Estudiando las causas de muerte en los menores de 1 año en 1985 destacamos el aumento de exitus por la causa II (Tumores), VIII (Enfermedades del aparato respiratorio), X (Enfermedades del aparato genitourinario) y XV (Causas perinatales). En este mismo año los ingresos de menores de 1 año tan solo están aumentados en la causa X (Enfermedades del aparato genitourinario) con respecto a los años anteriores.

También en el año 85 los exitus de mayores de 1 año fueron ligeramente más elevados con respecto al número de ingresos y las causas de exitus que destacaron con respecto a los años anteriores fueron la VI (Enfermedades del sistema nervioso), XIV (Anomalías congénitas) y III ((Enfermedades de las glándulas

endocrinas, nutrición y metabolismo). El número de ingresos en el año 85 fue elevado en las causas VI (Enfermedades del sistema nervioso) y XIV (Anomalías congénitas).

GRAFICO EXITUS 1981-1985



SEXO

La distribución por sexo de los exitus en los 5 años del estudio fue la siguiente:

	1981	1982	1983	1984	1985
Varones	39 62.9%	26 57.7%	14 34.1%	25 56.8%	37 52.1%
Hembras	23 37.1%	19 42.2%	27 65.8%	19 43.1%	34 47.8%

Total Varones: 141 53.6%

Total Hembras: 122 46.4%

$$X^2 = 1.37$$

$$G.L. = 4$$

Las diferencias encontradas según la prueba de la X^2 (1.37) pueden ser explicadas por el azar para una $p < 0.05$.

La distribución por edad y sexo fue la siguiente:

	Varones	Hembras
1 mes	24 17%	29 23.7%
2 meses	16 11.3%	18 14.7%
3 meses	13 9.2%	4 3.2%
4 meses	7 4.9%	6 4.9%
5 meses	7 4.9%	2 1.6%
6 meses	6 4.2%	5 4%
7 meses	4 2.8%	3 2.4%

8 meses	5 3.5%	2 1.6%
9 meses	3 2.1%	1 0.8%
10 meses	0	1 0.8%
11 meses	2 1.4%	2 1.6%

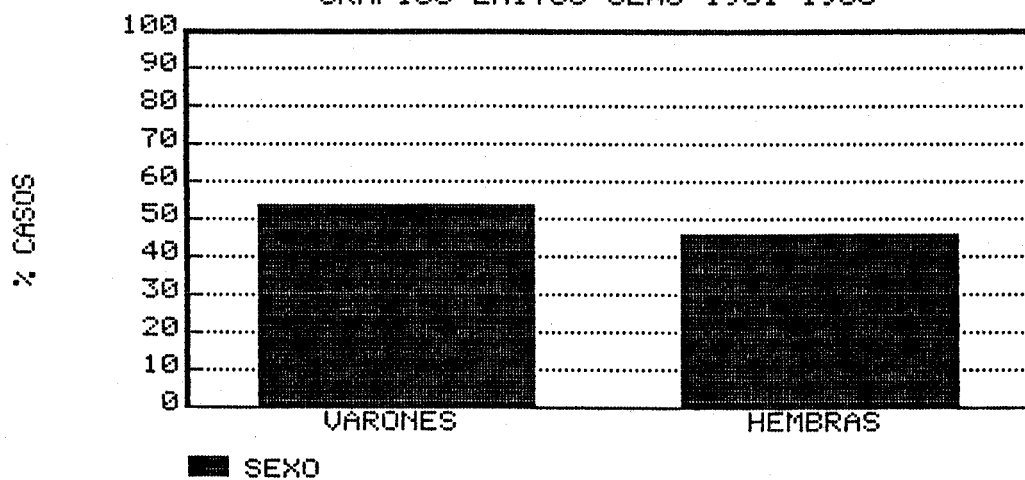
Tanto en varones como en hembras el mayor número de exitus se produce en el 1º y 2º mes de edad, disminuyendo conforme aumenta la edad.

	Varones	Hembras
1 año	26 18.4%	21 17.2%
2 años	8 5.6%	8 6.5%
3 años	4 2.8%	3 2.4%
4 años	8 5.6%	6 4.9%
5 años	4 2.8%	8 6.5%
6 años	3 2.1%	2 1.6%
7 años	1 0.7%	1 0.8%
Total	141 53.6%	122 46.3%

Observamos que los exitus de varones son superiores a los de las hembras en todos los años a excepción del año 83, en el cual no se encuentra justificación ya que en el grupo control de ingresos es superior el número de varones al de hembras en todos los años.

Tanto en varones como en hembras el mayor número de exitus se recoge en el 1º año de edad.

GRAFICO EXITUS SEXO 1981-1985



EDAD

La edad de los distintos exitus recogida en los 5 años del estudio fue la siguiente:

Menores de 1 año

	1981	1982	1983	1984	1985
1 mes	11 33.3%	12 38.7%	9 42.9%	6 25%	15 32.6%
2 meses	7 21.2%	3 9.7%	7 33.3%	5 20.8%	13 28.3%
3 meses	3 9.1%	6 19.4%	1 4.8%	3 12.5%	1 2.2%
4 meses	4 12.1%	3 9.7%	0	2 8.3%	3 6.5%
5 meses	3 9.1%	2 6.5%	0	2 8.3%	1 2.2%
6 meses	2 6.1%	2 6.5%	1 4.8%	2 8.3%	4 8.7%
7 meses	0	1 3.2%	1 4.8%	0	4 8.7%
8 meses	1 3%	1 3.2%	1 4.8%	0	4 8.7%
9 meses	2 6.1%	0	0	2 8.3%	0
10 meses	0	0	0	0	1 2.2%
11 meses	0	1 3.2%	1 4.8%	2 8.3%	0

Como vemos en la tabla el mayor número de exitus en los menores de 1 año se produce en los 2 primeros meses de edad, a excepción del año 82.

Mayores de 1 año

	1981	1982	1983	1984	1985
1 año	13 44.8%	5 35.7%	6 30%	12 60%	8 32%
2 años	7 24.1%	3 21.4%	4 20%	1 5%	3 12%
3 años	3 10.3%	2 14.3%	1 5%	1 5%	3 12%
4 años	3 10.3%	2 14.3%	3 15%	2 10%	5 20%
5 años	2 6.9%	1 7.1%	5 25%	2 10%	3 12%
6 años	1 3.4%	1 7.1%	1 5%	1 5%	1 4%
7 años	0	0	0	1 5%	2 8%

En los mayores de 1 año el mayor número de exitus se produce durante el 1º año de edad.

El total de exitus por edad fue:

Menores de 1 año

1 mes	53	34.2%
2 meses	35	22.6%
3 meses	14	9%
4 meses	12	7.7%
5 meses	8	5.2%
6 meses	11	7.1%
7 meses	6	3.9%
8 meses	7	4.5%
9 meses	4	2.6%
10 meses	1	0.6%

11 meses	4	2.6%
Total	155	58.9%

Los exitus en los 3 primeros meses de edad suponen un 65.8% del total de los menores de 1 año como observaremos esta tendencia se mantiene en los 5 años del estudio siendo muy fuerte en el primero y segundo mes descendiendo a partir de este.

Mayores de 1 año

1 año	47	43.5%
2 años	15	13.8%
3 años	10	9.25%
4 años	15	18.8%
5 años	13	12%
6 años	5	4.62%
7 años	3	2.77%
Total	108	41.06%

En los mayores de 1 año el primer año de edad es el que soporta una mayor mortalidad de manera constante en los 5 años representando en conjunto el 43.5% del total de exitus mayores de 1 año.

RELACION EDAD-SEXO

Menores de 1 año

	1981	1982	1983	1984	1985
Varones	20	18	7	14	23
Hembras	13	13	14	10	23

Mayores de 1 año

	1981	1982	1983	1984	1985
Varones	19	8	7	11	14
Hembras	10	6	13	9	11

En esta relación vemos como en el año 83 murieron mayor cantidad de hembras que de varones tanto en menores como mayores de 1 año, circunstancia atípica que se repite en el sexo y en los 2 grupos de edad.

GRAFICO EXITUS EDAD MENORES DE 1 AÑO

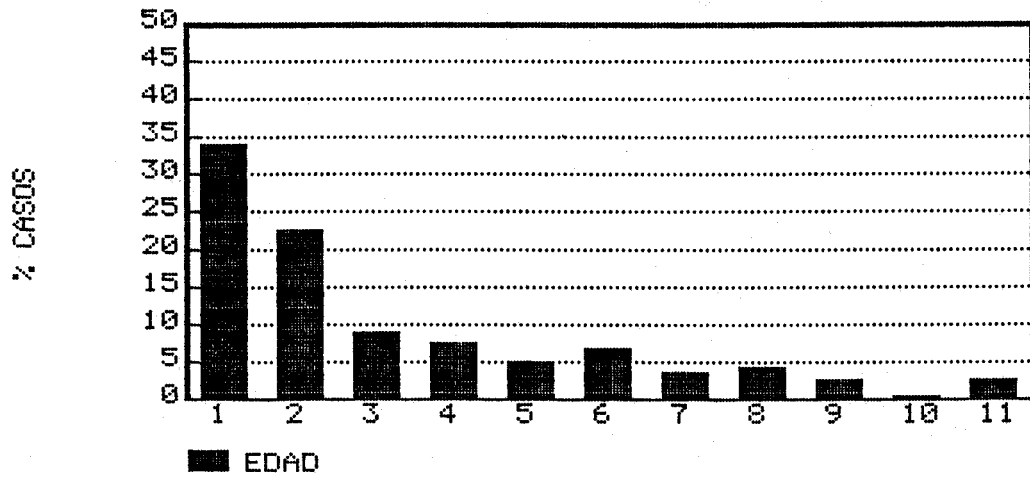
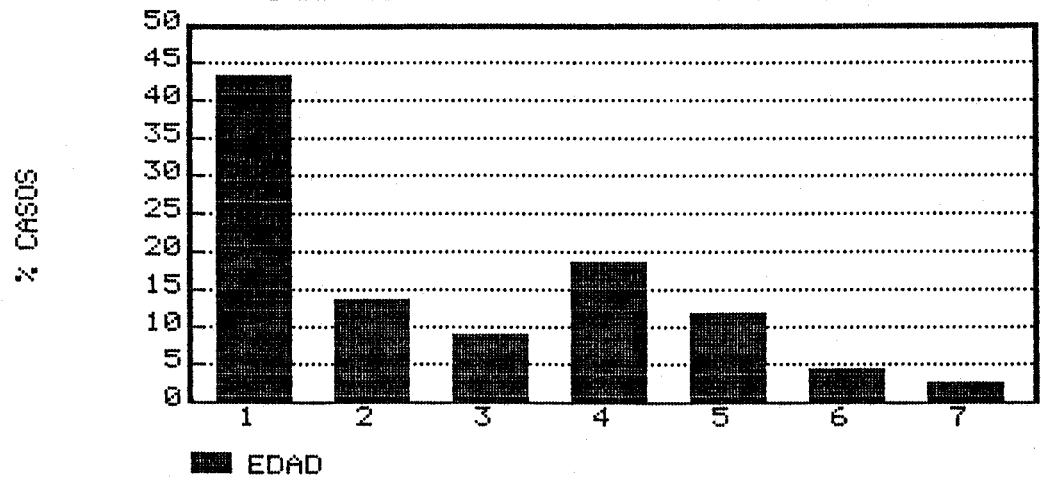


GRAFICO EXITUS EDAD MAYORES DE 1 AÑO



PROCEDENCIA

La distribución de la procedencia es la siguiente:

Urbana:	114...	43.5%
Rural:	81....	30.9%
Urbana regional:	31....	11.8%
Rural regional:	36....	13.7%

Analizando la procedencia en los años del estudio obtenemos los siguientes resultados:

	1981		1982		1983		1984		1985	
Urbano	32	51.6%	16	36.4%	24	58.5%	13	29.5%	29	40.8%
Rural	16	25.8%	12	27.3%	9	22%	19	43.2%	25	35.2%
Urbano Reg.	5	8.1%	7	15.9%	3	7.3%	7	15.9%	9	12.7%
Rural Reg.	9	14.5%	9	20.5%	5	12.2%	5	11.4%	8	11.3%

$$X = 5.58$$

$$G.L. = 3$$

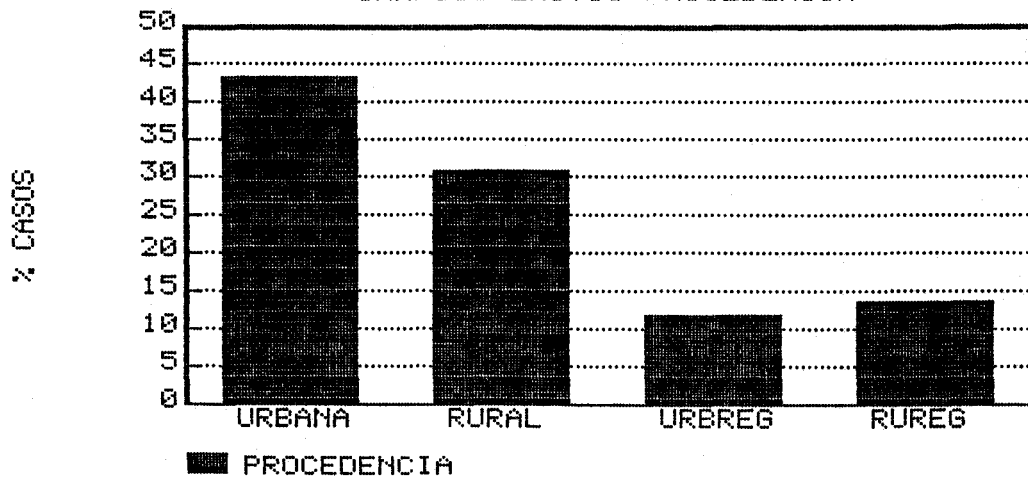
La distribución no es estadísticamente significativa para una $p < 0.05$.

En conjunto los exitus procedentes del medio urbano son superiores a los procedentes del medio rural, esta circunstancia se repite en todos los años a excepción del año 84.

Comparando estos resultados con el grupo control de ingresos se observa que los ingresos procedentes del medio urbano y rural son prácticamente iguales en conjunto siendo superiores los provenientes del urbano en los años 82 y 84.

Con respecto a los regionales los exitus que provienen del medio rural son superiores a los que provienen del medio urbano circunstancia que también se da en el grupo control de ingresos.

GRAFICO EXITUS PROCEDENCIA



SERVICIO DE INGRESO

Analizando la procedencia de los distintos servicios de ingreso de los exitus obtenemos los siguientes resultados:

Prematuros.....	13.....	4.9%
Neonatal.....	26.....	9.9%
Lactantes.....	38.....	14.4%
Preescolar.....	23.....	8.7%
Infecciosos.....	3.....	1.1%
Nefrologia.....	5.....	1.9%
UCI.....	155.....	58.9%

El mayor número de exitus en el hospital se recoge en la UCI seguidos con notable diferencia del servicio de Lactantes y Neonatal. En el servicio de prematuros y neonatal debemos aclarar que en todos los exitus se superaron los 28 días de vida.

La distribución de los servicios de procedencia de los exitus en los 5 años del estudio es la siguiente:

	1981		1982		1983		1984		1985	
Prematuros	5	8.1%	4	8.9%	1	2.4%	2	4.5%	1	1.4%
Neonatal	2	3.2%	4	8.9%	6	14.6%	2	4.5%	12	16.9%
Lactantes	12	19.4%	11	24.4%	6	14.6%	4	9.1%	5	7%
Preescolar	6	9.7%	1	2.2%	7	17.1%	4	9.1%	5	7%
Infecciosos	0		1	2.2%	2	4.9%	0		0	
Nefrologia	0		1	2.2%	1	2.4%	1	2.3%	2	2.8%
UCI	37	59.7%	23	51.1%	18	43.9%	31	70.5%	46	64.8%

Realizando una valoración de los exitus en los distintos servicios a lo largo de los años observamos una tendencia decreciente de los exitus en el Servicio de Prematuros y Preescolares y una marcada tendencia decreciente en el servicio de Lactantes.

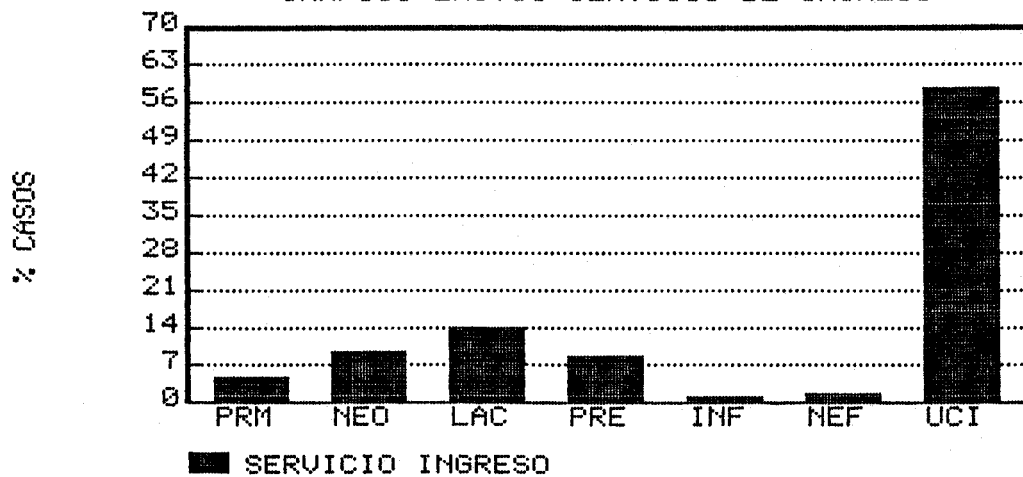
En la UCI la tendencia fue decreciente desde el año 81 al 83 para aumentar ostensiblemente en el año 84 y volver a disminuir en el año 85 aunque no a nivel de las cotas de los años 81-83.

Es de destacar dos años con un comportamiento atípico completamente opuesto en los servicios de ingreso de los exitus, estos son el año 83 y 84 .

En el año 83 hay un aumento de los exitus en el servicio de Neonatal, Infecciosos y sobre todo de Preescolares y un descenso de los exitus en UCI.

En el año 84 hay un notable descenso de los exitus en todos los servicios que obviamente se traduce en un gran aumento de los exitus en la UCI.

GRAFICO EXITUS SERVICIO DE INGRESO



MES DE DEFUNCION

Se ha estudiado la distribución de los exitus en los distintos meses del año obteniendo los siguientes resultados:

Enero	21.....	8%
Febrero	21.....	8%
Marzo	31.....	11.8%
Abril	26.....	9.9%
Mayo	19.....	7.2%
Junio	14.....	5.3%
Julio	26.....	9.9%
Agosto	24.....	9.1%
Septiembre	13.....	4.9%
Octubre	17.....	6.5%
Noviembre	30.....	11.4%
Diciembre	21.....	8%
1º Trimestre	73.....	27.7%
2º Trimestre	59.....	22.4%
3º Trimestre	63.....	23.9%
4º Trimestre	68.....	25.8%

La distribución en los 5 años del estudio es la siguiente:

	1981		1982		1983		1984		1985	
Enero	10	16.1%	2	4.4%	3	7.3%	2	4.5%	4	5.5%
Febrero	4	6.5%	2	4.4%	3	7.3%	5	11.4%	7	9.9%
Marzo	6	9.7%	8	17.8%	6	14.6%	3	6.8%	8	11.3%
Abril	6	9.7%	6	13.3%	1	2.4%	2	4.5%	11	15.5%
Mayo	7	11.3%	0		4	9.8%	2	4.5%	6	8.5%
Junio	3	4.8%	3	6.7%	2	4.9%	3	6.8%	3	4.2%
Julio	7	11.3%	5	11.1%	4	9.8%	5	11.4%	5	7%
Agosto	4	6.5%	5	11.1%	4	9.8%	4	9.1%	7	9.9%
Septiembre	3	4.8%	3	6.7%	3	7.3%	1	2.3%	3	4.2%
Octubre	6	9.7%	4	8.9%	0		2	4.5%	5	7%
Noviembre	4	6.5%	3	6.7%	7	17.1%	10	22.7%	6	8.5%
Diciembre	2	3.2%	4	8.9%	4	9.8%	5	11.4%	6	8.5%

	1981		1982		1983		1984		1985	
1º Trim.	20	32.2%	12	26.6%	12	29.2%	10	27.7%	19	26.7%
2º Trim.	16	25.8%	9	20%	7	17%	7	15.9%	20	28.1%
3º Trim.	14	22.5%	13	28.8%	11	26.8%	10	22.7%	15	21.1%
4º Trim.	12	19.3%	11	24.4%	11	26.8%	17	38.6%	17	23.9%

$$X^2 = 1.68$$

$$G.L. = 12$$

Las diferencias encontradas según la prueba de la X^2 (1.68) pueden ser explicadas por el azar para una $p < 0.05$.

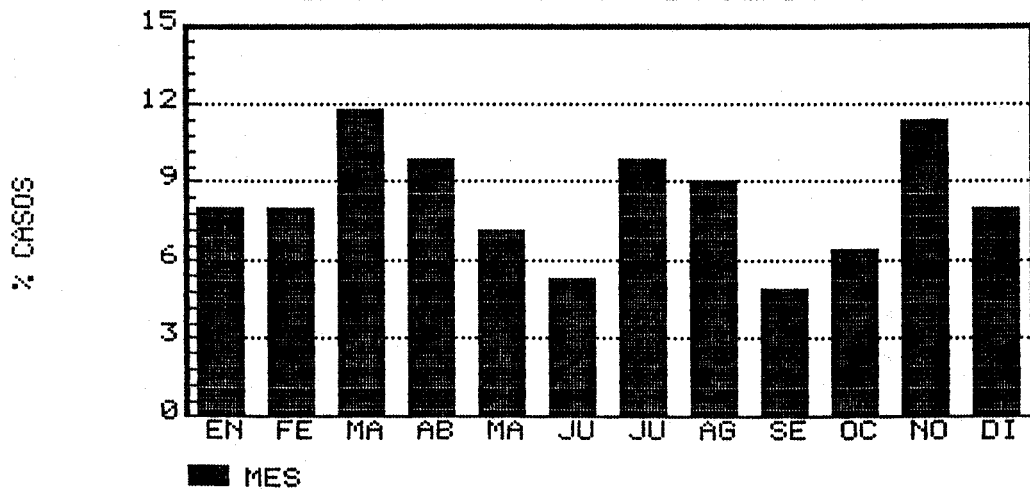
El primero y cuarto trimestre del año son los que registran un mayor nº de exitus, estos meses climatologicamente corresponden a los meses frios y el segundo y tercer trimestre registran el menor número de exitus, estos meses climatologicamente correponden a los meses templados.

Por meses el que registra una mayor mortalidad es Marzo y Septiembre el que registra una menor mortalidad.

Uno de los objetivos de la recogida de los exitus en los distintos meses del año era averiguar si existía un predominio estacional en enfermedades concretas como la sepsis meningococica y la neumonía y bronconeumonía.



GRAFICO EXITUS MES DE DEFUNCION



Sepsis Meningococica

En los cinco años se recogen un total de 38 casos distribuidos en:

- 10 casos 26.3% en el año 81
- 6 casos 15.7% en el año 82
- 4 casos 10.5% en el año 83
- 8 casos 21% en el año 84
- 10 casos 26.3% en el año 85

Por meses se recogieron los siguientes casos:

- Enero.....3
- Febrero.....6
- Marzo.....4.....1º Trimestre 13.....34.2%

- Abril.....3
- Mayo.....5
- Junio.....0.....2º Trimestre 8.....21.%

- Julio.....2
- Agosto.....0
- Septiembre.2.....3º Trimestre 4.....10.5%

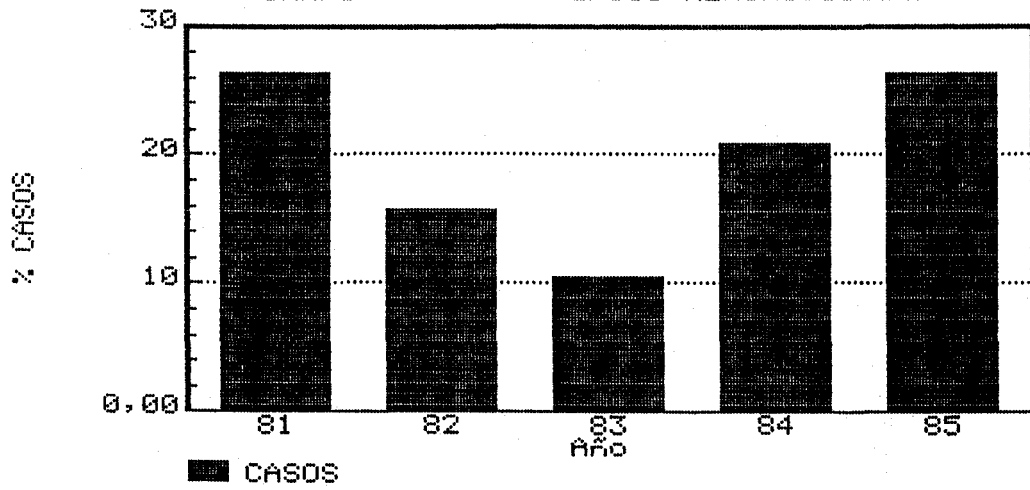
Octubre....2

Noviembre..6

Diciembre..5.....4º Trimestre 13....34.2%

A la vista de estos resultados podemos decir que la sepsis meningocócica presenta un mayor número de exitus en los meses fríos sobre todo en el 1º y 4º trimestre del año, aunque su incidencia es practicamente anual, tan solo no se registró ningun exitus en los meses de Junio y Agosto.

GRAFICO EXITUS SEPSIS MENINGOCOCICA



Neumonía y Bronconeumonía

Se recogieron un total de 15 casos de exitus por Neumonía y Bronconeumonía distribuidos en:

4 casos 26.6% en el año 81
4 casos 26.6% en el año 82
3 casos 20.9% en el año 83
2 casos 13.3% en el año 84
2 casos 13.3% en el año 85

Por meses se recogieron los siguientes casos:

Enero.....0
Febrero.....1
Marzo.....1.....1º Trimestre 2.....13.3%

Abril.....4
Mayo.....0
Junio.....3.....2º Trimestre 7.....46.6%

Julio.....2
Agosto.....2
Septiembre..0.....3º Trimestre 4.....26.6%

Octubre.....1

Noviembre...0

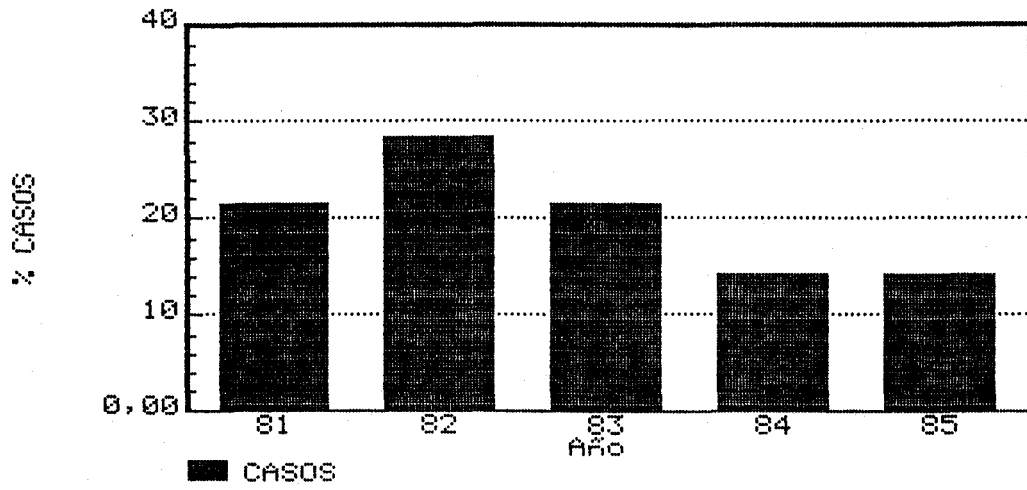
Diciembre...1.....4º Trimestre 2.....13.5%

Como vemos los casos de exitus por neumonía y bronconeumonía se registraron sobre todo meses cálidos en el 2º y 3º trimestre, dado lo inusual de esta patología en esta época, se revisó la casuística encontrándose que una parte importante de estos casos eran asociados a graves enfermedades o malformaciones que tuvieron en estos procesos la causa final del exitus.

De los 15 casos:

- 1 asociado a fistula traqueoesofágica.
- 1 asociado a cirrosis hepática.
- 1 asociado a un polimalformado.
- 1 asociado a una encefalopatía.
- 1 asociado a un síndrome nefrótico.
- 6 Bronconeumonías por aspiración.
- 1 Bronconeumonía primaria.
- 1 neumonía asociada a atrofia muscular progresiva
- 2 neumonías primarias.

GRAFICO EXITUS NEUMONIA Y BRONCONEUMONIA



HORA DE DEFUNCION

Se ha dividido en 3 periodos de tiempo correspondiente a los turnos del personal de enfermeria:

Turno	nº exitus	%
Mañana.....	64.....	25.9%
Tarde.....	81.....	32.8%
Noche.....	102.....	41.3%

$$X = 8.81$$

$$G.L. = 2$$

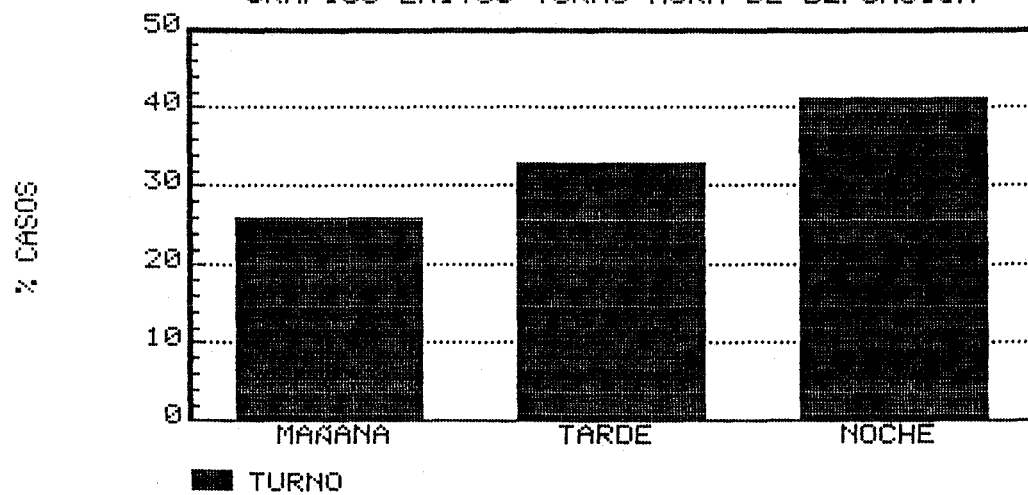
La distribución es estadísticamente significativa para una $p < 0.05$.

	1981	1982	1983	1984	1985
Mañana	13 22.4%	11 24.4%	12 33.3%	11 28.2%	17 24.6%
Tarde	22 37.9%	16 35.6%	11 30.6%	13 33.3%	19 27.5%
Noche	23 39.7%	18 40%	13 36.1%	15 38.5%	33 47.8%

El porcentaje mas alto de exitus 41.3% ocurre durante las horas correspondientes al turno de noche entre las 22 y las 8 horas, seguido del turno de tarde de 15 a 22 horas con un 32.8% y a continuación el turno de mañana de 8 a 15 horas con un 25.9%.

Este mayor número de exitus en el turno de noche y tarde se repite a lo largo de los 5 años.

GRAFICO EXITUS TURNO HORA DE DEFUNCION



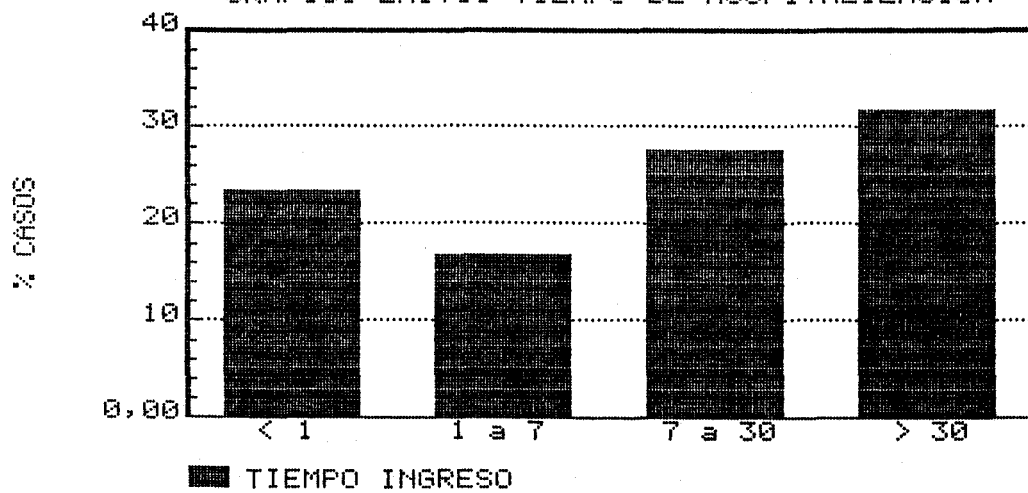
DURACION DE LA HOSPITALIZACION

La duración de la hospitalización antes del exitus se ha dividido en 4 periodos de tiempo:

Tiempo	nº exitus	%
< 1 dia.....	61.....	23.5%
1 a 7 dias.....	44.....	16.9%
7 a 30 dias.....	72.....	27.7%
> 30 dias.....	83.....	31.9%

Las anomalías congénitas son las enfermedades que registran un mayor tiempo de hospitalización y la sepsis meningocócica fulminante las de menor tiempo de hospitalización.

GRAFICO EXITUS TIEMPO DE HOSPITALIZACION



CAUSAS DE EXITUS

Se ha utilizado la Clasificación Internacional de enfermedades de la OMS. En primer lugar se ha hecho una clasificación conjunta de los 5 años del estudio englobando a mayores y menores de 1 año.

Causa	nº exitus	%
I	55	20.9%
II	11	4.2%
III	9	3.4%
IV	2	0.8%
V	1	0.4%
VI	13	4.9%
VII	7	2.7%
VIII	20	7.6%
IX	3	1.1%
X	5	1.9%
XI	0	0
XII	0	0
XIII	1	0.4%
XIV	105	39.9%
XV	16	6.1%
XVI	4	1.5%
XVII	11	4.2%

Los dos grandes grupos de causas de muerte en este estudio lo representan las anomalías congénitas con el 39.9% y las enfermedades infecciosas con el 20.9%. La tercera causa la representan las enfermedades del aparato respiratorio con el 7.6% de los casos.

Menores de 1 año (1981-1985)

Causa	nº exitus	%
I	22	14.2%
II	4	2.6%
III	4	2.6%
IV	0	0
V	0	0
VI	7	4.5%
VII	7	4.5%
VIII	9	5.8%
IX	1	0.6%
X	5	3.2%
XI	0	0
XII	0	0
XIII	0	0
XIV	77	49.6%
XV	16	10.3%
XVI	2	1.3%
XVII	1	0.6%

En el grupo de menores de 1 año las anomalías congénitas representan el 49.6% seguida de las enfermedades infecciosas con el 14.2% y las causas perinatales con el 10.3%.

Mayores de 1 año (1981-1985)

Causa	nº exitus	%
I	33	30.6%
II	7	6.5%
III	5	4.6%
IV	2	1.9%
V	1	0.9%
VI	6	5.6%
VII	0	0
VIII	11	10.1%
IX	2	1.9%
X	0	0
XI	0	0
XII	0	0
XIII	1	0.9%
XIV	28	25.9%
XV	0	0
XVI	2	1.9%
XVII	10	9.3%

En el grupo de mayores de 1 año las enfermedades infecciosas representan el 30.6% seguidas de las anomalías congénitas con el 25.9% y en tercer lugar las enfermedades respiratorias con el 10.1%.

Con objeto de estudiar las tendencias de las distintas causas en los menores y mayores de 1 año en los respectivos años, se han estudiado anualmente y por grupos de edad.

Menores de 1 año

Causas	Año-no exitus-%									
	1981		1982		1983		1984		1985	
I	3	9%	4	12.5%	5	23.8%	5	20.8%	5	10.9%
II	0		0		0		0		4	8.7%
III	0		3	9.3%	0		1	4.2	0	
IV	0		0		0		0		0	
V	0		0		0		0		0	
VI	2	6.1%	2	6.2%	0		2	8.3%	1	2.2%
VII	3	9%	0		2	9.5%	1	4.2%	1	2.2%
VIII	1	3%	3	9.3%	0		0		5	10.9%
IX	0		0		0		0		1	2.2%
X	0		2	6.2%	0		0		3	6.5%
XI	0		0		0		0		0	
XII	0		0		0		0		0	

XIII	0	0	0	0	0
XIV	21 63.6%	14 45.1%	12 57.1%	12 50%	18 39.1%
XV	2 6.1%	2 6.2%	2 9.5%	3 12.5%	7 15.2%
XVI	1 3%	1 3.1%	0	0	0
XVII	0	0	0	0	1 2.2%

Los exitus por anomalías congénitas representan la primera causa de muerte en los 5 años en los menores de 1 año, ahora bien es de destacar su tendencia decreciente desde el año 83 con un 57.1%, hasta el 85 con el 39.1%.

Los exitus por enfermedades infecciosas representan la segunda causa en los años 81-82-83-84 y la tercera causa en el año 85, también es de destacar su tendencia decreciente desde el año 83 con un 23.8%, hasta el 85 con el 10.9%.

Han aumentado, los exitus por causas perinatales que pasaron del 9.5% en el 83 al 15.2% en el 85, año en que representó la segunda causa de muerte en los menores de 1 año.

Mayores de 1 año

Causas	Año-no exitus-%				
	1981	1982	1983	1984	1985
I	9 31%	5 35.7%	7 35%	5 25%	7 28%
II	1 3.4%	2 14.3%	1 5%	2 10%	1 4%
III	0	0	1 5%	2 10%	2 8%
IV	0	1 7.1%	0	1 5%	0
V	0	0	1 5%	0	0

VI	1	3.4%	1	7.1%	1	5%	0	3	12%	
VII	0		0		0		0	0		
VIII	4	13.7%	1	7.1%	2	10%	3	15%	1	4%
IX	1	3.4%	0		0		1	5%	0	
X	0		0		0		0		0	
XI	0		0		0		0		0	
XII	0		0		0		0		0	
XIII	0		0		1	5%	0		0	
XIV	8	27.6%	2	14.3%	4	20%	6	30%	8	32%
XV	0		0		0		0		0	
XVI	2	6.9%	0		0		0		0	
XVII	3	10.3%	2	14.3%	2	10%	0		3	12%

Las enfermedades infecciosas representan la 1ª causa de muerte en los mayores de 1 año en los años 81-82-83 y la 2ª en el año 84-85, destacamos el descenso de exitus por esta causa que pasaron de un 35.7 % en el 82 a un 28% en el año 85.

Las anomalías congénitas representan la 2ª causa de muerte en los años 81-82-83 y la 1ª causa en el año 84-85.

Destacaremos el aumento de muertes por anomalías congénitas desde el año 82 con un 14.3% al año 85 con un 32%.

Las enfermedades del aparato respiratorio ocuparon el 3º lugar en los años 81-83-84.

Los accidentes ocuparon el 2º lugar en el año 82 y el 3º lugar en el año 83-85.

GRAFICO CAUSA EXITUS EN MENORES DE 1 AÑO

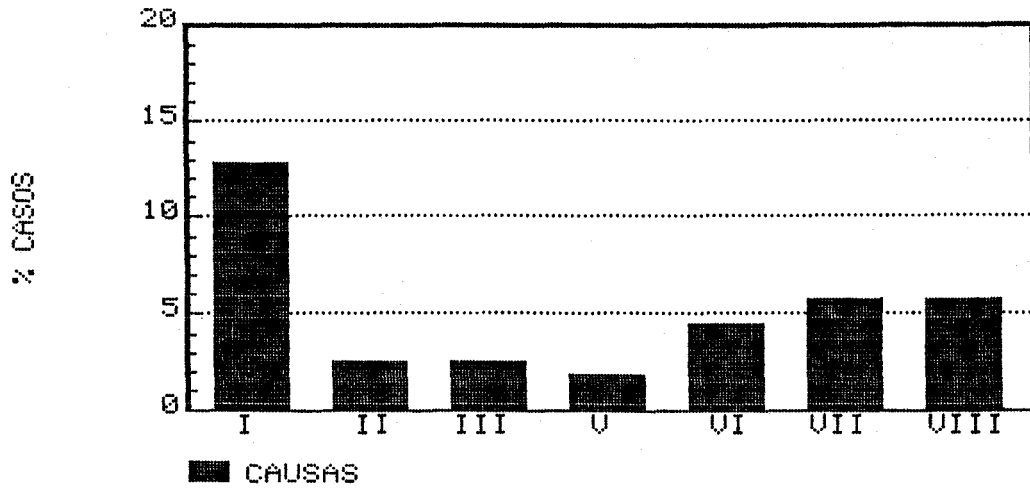


GRAFICO CAUSA EXITUS EN MENORES DE 1 AÑO

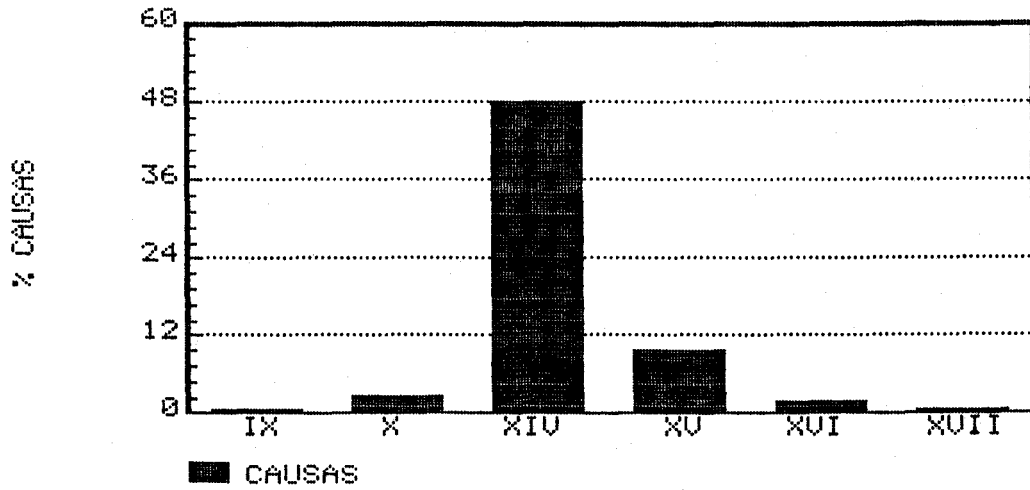


GRAFICO CAUSA EXITUS EN MAYORES DE 1 AÑO

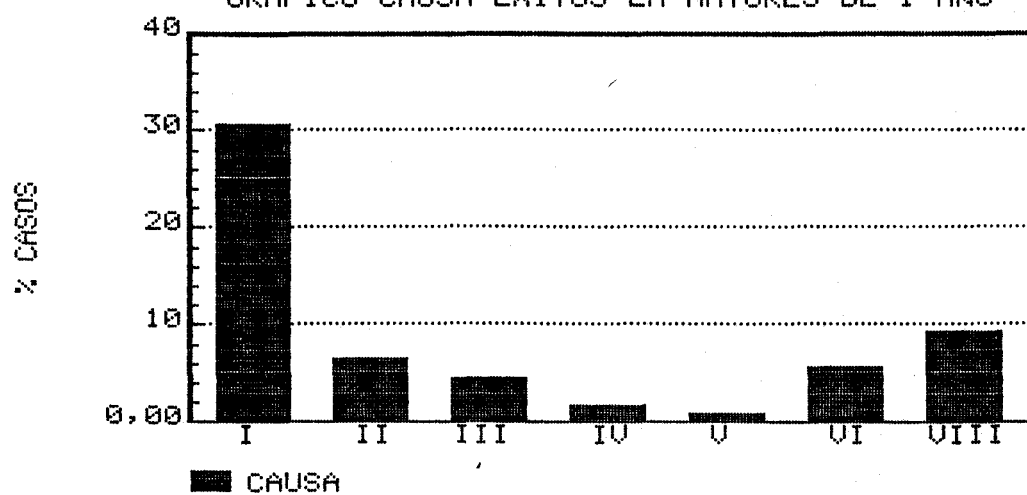
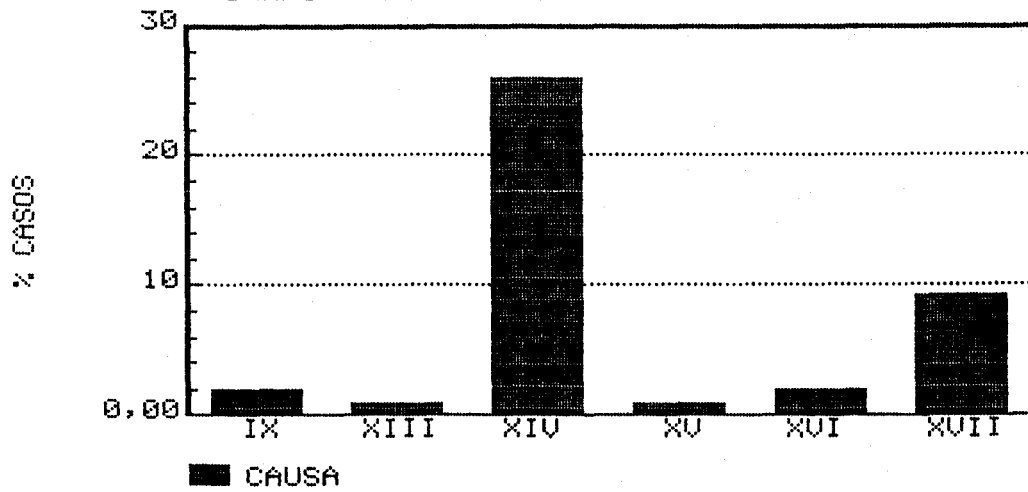


GRAFICO CAUSA EXITUS EN MAYORES DE 1 AÑO



DIAGNOSTICO

Dentro de los grupos de la OMS de causas de exitus se ha recogido el diagnóstico fundamental que produjo la muerte ya sea clínico o anatomopatológico si se realizó la necropsia.

Causa I (Enfermedades infecciosas y parasitarias)

Diagnóstico	No casos-%	
036.2 Sepsis meningocócica	38	69%
038.4 Sepsis E. Coli	2	3.6%
038.9 Sepsis	4	7.8%
049.0 Meningoencefalitis	2	3.6%
049.8 Meningoencefalitis aguda	1	1.8%
049.9 Encefalitis virica	2	3.6%
070.1 Hepatitis aguda	3	5.4%
090.9 Sifilis neonatal	1	1.8%
13.0 Meningitis tuberculosa	1	1.8%
009.1 Gastroenteritis aguda	1	1.8%

Causa II (Tumores)

Diagnóstico		No casos-%
191.6	Schwannoma maligno pontocerebeloso	2 18.2%
191.8	Glioma de tronco cerebral	1 9.1%
191.9	Glioblastoma	3 27.3%
164.1	Tumoración cardiaca	2 18.2%
194.0	Neuroblastoma	2 18.2%
202.3	Linfocitosis familiar	1 9.1%

Causa III (Enfermedades de las glándulas endocrinas)

Diagnóstico		No casos-%
272.7	Enfermedad de Gaucher	1 11.1%
250.2	Coma diabético	1 11.1%
277.0	Mucoviscidosis	3 33.3%
279.1	Inmunodeficiencia celular	1 11.1%
279.2	Displasia tímica	1 11.1%
277.5	Síndrome de Hurler	1 11.1%
279.9	Inmunodeficiencia	1 11.1%

Causa IV (Enfermedades de la sangre y órganos hematopoyéticos)

Diagnóstico	Nº casos-%	
283.1 Síndrome hemolítico-urémico	2	100%

Causa V (Trastornos mentales)

Diagnóstico	Nº casos-%	
307.1 Anorexia nerviosa	1	33.3%

Causa VI (Enfermedades del sistema nervioso)

Diagnóstico	Nº casos-%	
330.1 Gangliosidosis	1	7.7%
331.8 Síndrome de Reye	3	23.1%
335.0 Enfermedad de Werdnig-Hoffmann	2	15.4%
348.3 Encefalopatía post-anóxica	2	15.4%
359.0 Miopatía congénita miotubular	1	7.7%
323.5 Meningoencefalitis postvacunal	2	15.4%
345.3 Status convulsivo	1	7.7%
324 Absceso cerebral	1	7.7%

Causa VII (Enfermedades del aparato circulatorio)(*)

Diagnóstico		Nº casos-%
432.9	Hemorragia intracraneal	2 28.6%
434.9	Encefalomalacia multiquística	1 14.3%
457.8	Quilotorax	1 14.3%
416.0	Hipertensión pulmonar primaria	2 28.6%
425.3	Fibroelastosis subendocárdica	1 14.3%

Causa VIII (Enfermedades del aparato respiratorio)

Diagnóstico		Nº casos-%
485	Bronconeumonía	6 30%
486	Neumonía	3 15%
515	Neumopatía intersticial crónica	1 5%
516.1	Hemosiderosis pulmonar	1 5%
516.8	Neumonía intersticial bilateral	3 15%
507.0	Bronconeumonía por aspiración	6 30%

(*) No están incluidas las cardiopatías ni malformaciones vasculares congénitas que se encuentran clasificadas en la causa XIV.

Causa IX (Enfermedades del aparato digestivo)

Diagnóstico	Nº casos-%	
571.6 Cirrosis biliar	1	33.1%
553.1 Onfalocele	1	33.1%
569.6 Perforación intestinal	1	33.3%

Causa X (Enfermedades del aparato genitourinario)

Diagnóstico	Nº casos-%	
581.9 Síndrome nefrótico congénito	5	100%

Causa XIII (Enfermedades de los huesos)

Diagnóstico	Nº casos-%	
714.0 Artritis reumatoide juvenil	1	100%

Causa XIV (Anomalías congénitas)

Diagnóstico	No casos	%
741.0 Meningocele	4	3.8%
741.9 Mielomeningocele	3	2.8%
742.9 Encefalopatía connatal	5	4.8%
743 Holoprosencefalia	2	1.9%
745.0 Ductus arterioso persistente	1	0.9%
745.1 Transposición de grandes vasos	12	11.4%
745.2 Tetralogía de Fallot	7	6.7%
745.3 Ventriculo único	2	1.9%
745.4 Comunicación interventricular	3	2.8%
745.6 Canal atrio-ventricular	2	1.9%
746.0 Atresia pulmonar	1	0.9%
746.1 Atresia tricuspídea	1	0.9%
746.8 Cor triatriatum	2	1.9%
746.9 Cardiopatía congénita sin catal.	6	5.7%
747.0 Cardiopatía congénita compleja	1	0.9%
747.4 Drenaje venoso pulmonar anómalo	1	0.9%
750.3 Atresia esofagica	2	1.9%
751.1 Estenosis yeyunal	1	0.9%
751.3 Enfermedad de Hirschprung	1	0.9%
751.6 Atresia de vias biliares	4	3.8%
753.1 Riñon poliquístico	1	0.9%
757.3 Angiomatosis multiple	1	0.9%
758.0 Síndrome de Down	15	14.3%

758.1	Síndrome de Patau	2	1.9%
758.2	Síndrome de Edwards	8	7.6%
759.9	Polimalformado	7	6.7%
742.3	Síndrome de Dandy-Walker	1	0.9%
745.5	Síndrome de Lutenbacher	1	0.9%
747.1	Coartación de aorta	1	0.9%
747.3	Estenosis pulmonar	2	1.9%
753.2	Ureterohidronefrosis bilateral	1	0.9%
756.7	Gastrosquisis	1	0.9%
759.3	Situs inversus	1	0.9%
759.8	Síndrome de Rubinsteyn-Taybi	2	1.9%

Causa XV (Ciertas causas de morbilidad y mortalidad perinatales)

Diagnóstico		Nº casos-%
765.1	Prematuridad	5 35.7%
765.0	Gran inmaduro	7 35.7%
771.2	Toxoplasmosis	1 7.1%
769	Síndrome membrana hialina	1 7.1%
777.5	Enterocolitis necrotizante	2 14.2%

Causa XVI (Síntomas y estados mal definidos)

Diagnóstico		No casos-%
785	Enfermedad de Kawasaki	1 25%
780.0	Coma metabólico	1 25%
788.9	Síndrome convulsivo-metabólico	1 25%
798.0	Muerte súbita infantil	1 25%

Causa XVII (Accidentes envenenamientos y violencias)

Diagnóstico

934.1	Cuerpo extraño intrabronquial	3 27.2%
994.1	Asfixia por inmersión	2 18.2%
840	Traumatismo craneoencefálico	2 18.2%
949.3	Gran Quemado	2 18.2%
981	Ingestión de aguarrás	1 9.1%
994.7	Asfixia por sofocación	1 9.1%

NECROPSIAS

De los 263 exitus se ha realizado necropsia en 68 casos (25.8%) existiendo correlación diagnóstica clínica anatomopatológica en 51 casos (75%).

A continuación veremos la evolución en la realización de las necropsias en los 5 años del estudio.

1981

Nº de exitus.....	62.....	23.6%
Necros no concedidas..	41.....	66.1%
Necros concedidas.....	21.....	33.8%
Correlación C-AP.....	17.....	80.9%

1982

Nº de exitus.....	45.....	17.1%
Necros no concedidas..	27.....	60%
Necros concedidas.....	18.....	40%
Correlación C-AP.....	12.....	66.6%

1983

Nº de exitus.....	41.....	15.6%
Necros no concedidas..	27.....	65.8%
Necros concedidas.....	14.....	34.1%

Correlación C-AP.....9.....64.2%

1984

Nº de exitus.....44.....16.7%

Necros no concedidas..36.....81.8%

Necros concedidas.....8.....18.1%

Correlación C-AP.....6.....75%

1985

Nº de exitus.....71.....27%

Necros no concedidas..64.....90.1%

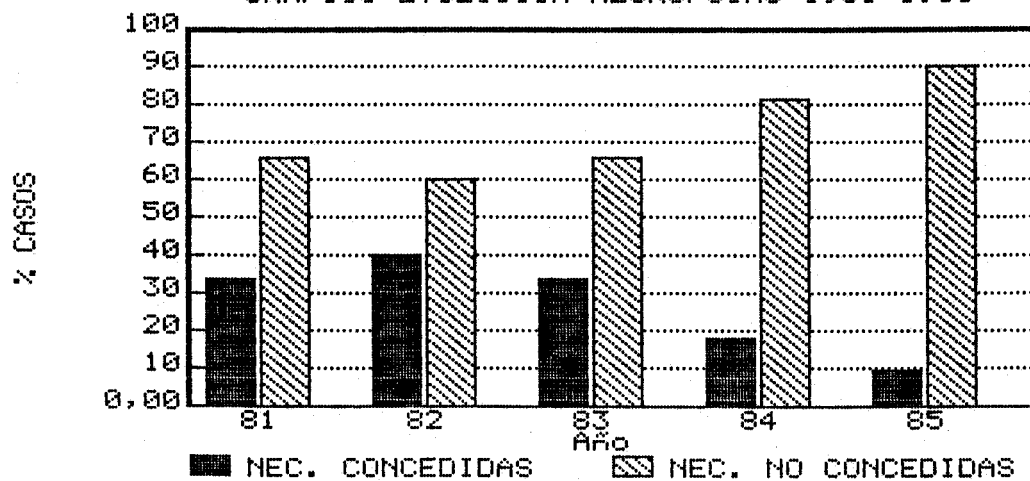
Necros concedidas.....7.....9.8%

Correlación C-AP.....7.....100%

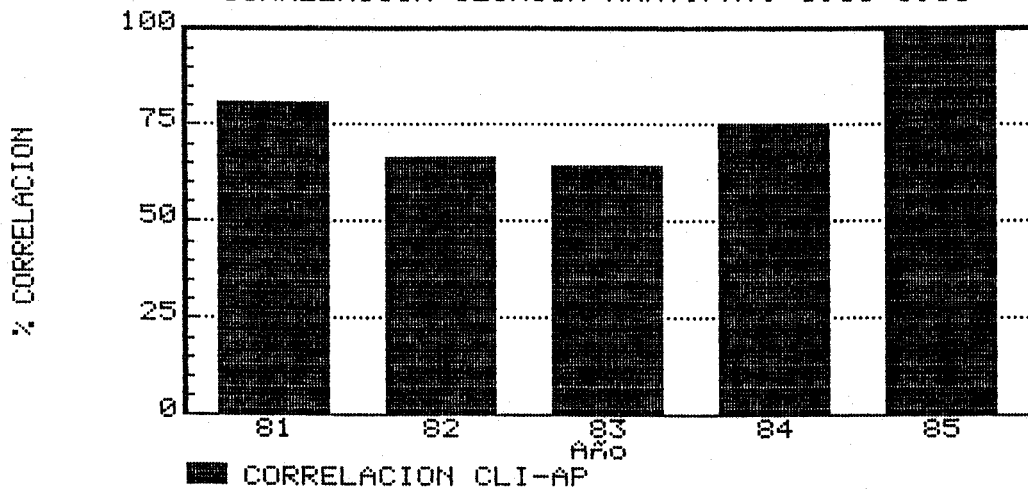
Destacaremos el progresivo descenso en la realización de necropsias a partir del año 82 (40%) hasta el año 85 (9.8%)

Tambien destacaremos los altos niveles de correlación diagnóstica clinica-anatomopatológica que pasaron de un 64.2% en el año 83 al 100% en el año 85.

GRAFICO EVOLUCION NECROPSIAS 1981-1985



CORRELACION CLINICA-ANAT.PAT. 1981-1985



VALORACION ESTADISTICA DE LAS VARIABLES

Variable Edad

Media: 15.9316 Desviación Típica: 19.8639 Tamaño: 263

Mínimo: 1 Máximo: 84 Rango: 83

Coef. Var: 124.6829 Err. est. media: 1.2249

Correlación estadística

Edad - Peso Nacimiento

Coefficiente correlación: 0.18673

Tamaño: 226

Significación: Si ($p < 0.05$)

A una mayor edad de defunción se correlaciona con un mayor peso al nacimiento.

Edad - Peso defunción

Coefficiente correlación: 0.85212

Tamaño: 244

Significación: Si ($p < 0.05$)

A una mayor edad de defunción se correlaciona con un mayor peso a la defunción.

Edad - Duración Hospitalización

Coefficiente correlación: -0'25722

Tamaño: 262

Significación: Si ($p < 0.05$)

A una menor edad se correlaciona con una mayor duración de la hospitalización.

Variable Peso Nacimiento

Media: 3.081 Desviación Típica: 0.87611 Tamaño: 226

Minimo: 0.7 Máximo: 6.45 Rango: 5.75

Coef. Var: 71.0856 Err. est. medio: 0.33877

Correlación estadística

Peso nacimiento - Peso defunción

Coefficiente correlación: 0.40092

Tamaño: 212

Significación: Si ($p < 0.05$)

A un mayor peso al nacimiento se correlaciona con un mayor peso a la defunción.

Peso nacimiento - Duración hospitalización

Coefficiente correlación: -0.23979

Tamaño: 210

Significación: Sí ($p < 0.05$)

A menor peso al nacimiento se correlaciona con una mayor duración de la hospitalización .

Variable Peso defunción

Media: 7.4443 Desviación Típica: 5.2918 Tamaño: 244

Mínimo: 1.18 Máximo: 30 Rango: 28.82

Coef. Var: 71.0856 Err. est. media: 0.33877

Correlación estadística

Peso defunción - Duración hospitalización

Coefficiente correlación: -0.39051

Tamaño: 243

Significación: Si ($p < 0.05$)

A un menor peso a la defunción se correlaciona con una mayor duración de la hospitalización.

Variable hora defunción

Media: 12.3057 Desviación Típica: 7.0356 Tamaño: 247

Minimo: 0.15 Máximo: 23.5 Rango: 23.35

Coef. Var: 57.134 Err. est. media: 0.44766

Variable duración de la hospitalización

Media: 29.232 Desviación Típica: 41.9462 Tamaño: 262

Minimo: 0 Máximo: 330 Rango: 330

Coef. Var: 143.494 Err. est. media: 2.5914

DISCUSION

Se han realizado algunos estudios en hospitales pediátricos en los últimos años sobre enfermos ingresados por motivos concretos (91,92,93) pero tan solo hemos encontrado un estudio (67) realizado sobre causas de muerte y otros parámetros relacionados con la misma que nos sirvió como punto de partida para la realización de la presente tesis doctoral. Se estima que la mortalidad en los hospitales incluye casi una tercera parte de todas las defunciones anuales en España (40).

El análisis de la mortalidad hospitalaria aparece, al menos potencialmente, como un valioso instrumento para la planificación y la gestión de los propios hospitales. Si entendemos la defunción como una variable que refleja, al menos en parte, la influencia de los servicios asistenciales, la cuantificación de las defunciones hospitalarias puede considerarse como una medida de la efectividad de la intervención hospitalaria.

Desde hace tiempo se persigue algún indicador sencillo de mortalidad hospitalaria que permita una aproximación válida a la calidad global de los servicios sanitarios. La medida del efecto de los servicios sanitarios sobre la salud debe ser el objetivo final de toda la asistencia hospitalaria y constituye un lenguaje común para los que persiguen la eficacia y los que buscan la eficiencia (40). Aunque, los servicios sanitarios no son siempre la mejor manera de actuar sobre la salud, pero su impacto es en general, positivo y diferenciado (2).

En los 5 años del estudio ingresaron un total de 51625 niños, de todas las edades, de estos 40361, 78.56% del total, con una edad comprendida entre 1 mes y 7 años.

En estos 5 años se produjeron 263 exitus de 1 mes a 7 años de edad que representan el 0.65% de los ingresos, y es en los exitus fundamentalmente donde hemos centrado nuestro estudio, ya que se desconoce en gran medida factores relacionados con la muerte, así como las causas en los distintos grupos de edad.

En los años 81-82-83-84 la tasa de mortalidad hospitalaria no presenta grandes diferencias, oscilando entre el 0.44% y el 0.67% siendo superior en el año 85, con una tasa de mortalidad hospitalaria del 1.2% siendo en este año el mayor número de exitus a expensas de los menores de 1 año, aunque también aumentan los mayores de 1 año.

En el año 85 destacaremos que siendo el que registra un mayor número de exitus fue el que registró un menor número de ingresos totales. Este aumento de los exitus se debió sobre todo a los menores 1 año y con respecto a los ingresos de este grupo de edad no tienen un aumento significativo comparandolo con los restantes años.

Estudiando las causas de muerte en los menores de 1 año en 1985 destacamos el aumento de exitus por la causa II (Tumores), VIII (Enfermedades del aparato respiratorio), X (Enfermedades del aparato genitourinario) y XV (Causas perinatales). En este mismo año los ingresos de menores de 1 año tan solo están aumentados en la causa X (Enfermedades del aparato genitourinario) con

respecto a los años anteriores.

Tambien en el año 85 los exitus de mayores de 1 año fueron significativamente mas elevados con respecto al número de ingresos y las causas de exitus que destacaron con respecto a los años anteriores fueron la VI (Enfermedades del sistema nervioso), XIV (Anomalías congénitas), y III (Enfermedades de las glándulas endocrinas, nutrición y metabolismo). El número de ingresos en el año 85 fue elevado en las causas VI (Enfermedades del sistema nervioso) y XIV (Anomalías congénitas).

Este aumento de los exitus en el año 85 habiendo disminuido el número de ingresos, tiene a nuestro juicio dos posibles teorías que lo justifiquen, la primera sería por una mayor gravedad de la patologia existente en ese año y la segunda se debe a que el número de ingresos es menor porque en esta fecha una parte de los ingresos que anteriormente tenía el Hospital Infantil son ingresados en el nuevo Hospital de Valme, pero la patologia grave que necesita cuidados de UCI pediátrica y otros servicios especializados ingresan o son remitidos al Hospital Infantil, aumentando en consecuencia el número de exitus siendo menores los ingresos.

Esta teoría es la que nos parece mas acertada para explicar esta situación y prueba de ello es el descenso de la tasa de mortalidad hospitalaria desde el año 81 al 83 para ir aumentando en el 84 y 85 años coincidentes con la apertura del Hospital de Valme.

De los 1500 niños que componen el grupo control de ingresos tenemos 878 varones que representan un 58.5% y 622 hembras que representan el 41.5%.

De los exitus tenemos 141 varones que representan el 53.6% y 122 hembras que representan el 46.4%.

En el estudio realizado por Nezelof et al. (67) el porcentaje de los exitus es de un 58% para el sexo masculino y un 42% para el sexo femenino.

En España la mortalidad global y por sexos tiene una desigual distribución como ocurre en otros países (15,16,85,94,95).

Que las mujeres son más longevas que los hombres es un dato universalmente aceptado (62,64,72,73,81,82,83). Es algo que se confirma con el estudio de la esperanza de vida al nacimiento observada en varios países según sexos (96,35). La conclusión que se extrae de estos datos es que la esperanza de vida es siempre favorable para las mujeres.

En términos generales se puede afirmar que el sexo femenino tiene unas tasas de morbilidad superiores a la del sexo masculino (medido a través de procedimientos objetivos como son la demanda de atención médica o las tasas de ingresos hospitalarios)(96), esta afirmación disiente de los resultados encontrados en nuestro estudio en los que hemos encontrado un mayor número de exitus y de ingresos en el sexo masculino. Según otros estudios (29,32) las tasas de mortalidad masculina son superiores en gran medida respecto a las femeninas para todos los grupos de edades.

Esta diferencia de sexo en la mortalidad, estudiada mediante el examen de la diferente importancia de las principales causas de muerte en uno y otro sexo y el análisis en el tiempo de las tendencias que se aprecian en las causas mayores de mortalidad, en lugar de tender a disminuir experimenta un continuo aumento, dato que se puede constatar en diferentes países. Así en Estados Unidos, la diferencia sexual en la mortalidad se ha incrementado notablemente en el último medio siglo (16).

Las causas intrínsecas que originan esta mayor mortalidad masculina todavía no han sido explicadas con la suficiente rotundidad. Sin embargo, se han atribuido a dos tipos de factores: factores comportamentales y factores biológicos.

Para estudiar los efectos de los factores comportamentales sobre la mortalidad diferencial por sexos, se han utilizado dos fuentes de datos: estadísticas vitales y muestras o estudios basados en la población. Los estudios que usan estadísticas vitales han sido hechos mediante el examen de variaciones en la causa de muerte, o bien comparando la evolución de las tendencias en el tiempo de las principales causas de mortalidad (83). Se han realizado muchos estudios basados en muestras de población, examinando la distinta procedencia de los factores de comportamiento como factores de riesgo y su relación con las causas de mortalidad en ambos sexos.

Si bien en nuestro estudio estos factores comportamentales de mayor riesgo en los varones solo afectan a los niños mayorcitos y gran parte de estos casos, sobre todo los debidos a accidentes de

tráfico son ingresados en el Centro de Traumatología, no estando recogidos en nuestro estudio.

Lo que en definitiva han tratado de demostrar estos estudios es que la diferencia sexual en la mortalidad es debida a variaciones en la distribución de comportamientos entre hombres y mujeres, siendo el comportamiento masculino mas dañino para la salud que el femenino.

En diversos estudios recientes sobre factores comportamentales que influyen en la diferencia sexual en la mortalidad, en relación con diversas variables, se ha pretendido valorar las consecuencias del ajuste de diversos factores, y en general se deduce que el estudio de factores demográficos y de factores de comportamiento no basta para explicar la diferencia de mortalidad por sexos (83).

Otra explicación propuesta es la basada en factores biológicos. La importancia de dichos factores, de origen fundamentalmente genetico-hereditario, es mucho mas difícil de valorar. A este respecto se ha argumentado que la tasa de mortalidad masculina es superior a la femenina en etapas ya tan precoces como la vida prenatal y la infancia, atribuyéndose este menor porcentaje de defunciones en las hembras a la superioridad biológica femenina (31).

Los ingresos de los menores de 1 año representan el 33.2% de los ingresos de 1 mes a 7 años y a partir del año de edad los ingresos van reduciéndose progresivamente cada año.

Los exitus en menores de 1 año suponen el 58.9% y dentro de estos destacamos los 3 primeros meses de edad con el 65.8% del total de los menores de 1 año.

Los ingresos de los mayores de 1 año representan el 66.8% del total de ingresos de 1 mes a 7 años

Los exitus en los mayores de 1 año suponen el 41.06% y dentro de estos el grupo de 1 año de edad es el que registra un mayor número de exitus de manera constante en los 5 años representando en conjunto el 17.8% del total de los exitus.

Como vemos los menores de 1 año, con un menor número de ingresos, presentan una mayor mortalidad, y los mayores de 1 año con un mayor número de ingresos presentan una menor mortalidad, obviamente las tasas de mortalidad hospitalarias son mayores en todos los años en el grupo de menores de 1 año que en el de mayores de 1 año.

Esto viene dado por el tipo de patología y gravedad de la misma que afecta a los distintos grupos de edad, siendo en los menores de 1 año mas difícil la prevención y tratamiento.

En otros estudios como el de Salleras (35) se encuentra una mayor mortalidad en el grupo de 1 año dentro de los mayores de 1 año, disminuyendo con la edad tal como encontramos en nuestros resultados.

Segun la American Academy of Pediatrics (97) hay un reciente incremento en la mortalidad postneonatal y en nuestro país según

indica Arbelo (84) el descenso de la mortalidad postneonatal ha sido el hecho demografico mas destacado en el campo de nuestra sanidad en los años que van de siglo.

En nuestra opinión esta aparente contradicción está justificada ya que la sanidad Norteamericana llegó a unos limites en el descenso de la mortalidad postneonatal que nosotros con mas retraso tardamos mas tiempo en alcanzarlos, pero una vez que nos encontramos conque gran parte de estos exitos se deben a anomalías congénitas y es en este terreno mas dificil la prevención puede sucedernos como a los Norteamericanos y que observemos que nuestras tasas se estabilizan o incluso algunos años aumenten.

La procedencia de los ingresos segun sea del medio urbano 44.1% y rural 44.5% son similares, tampoco se hallan grandes diferencias en los procedentes del medio urbano regional 4.9% y el medio rural regional 6.5%.

Sin embargo los exitos procedentes del medio urbano 43.5% son superiores a los del medio rural 30.9%, existiendo poca diferencia entre los procedentes del medio urbano regional 11.8% y rural regional 13.7%. En estudios realizados por Bouvier-Colle (85,98) en Francia encuentra una mayor mortalidad en el medio rural que el urbano en la población general.

Se han realizado estudios (99) que relacionan la mortalidad en una UCI con otros parámetros que impliquen un mayor factor de riesgo social. En nuestro caso ha sido analizar la distribución de los exitus en los distintos servicios de ingreso del hospital. El mayor número de exitus en el hospital se recoge en la UCI seguido del servicio de Lactantes y Neonatal. Hay una tendencia decreciente de los exitus en el servicio de Prematuros y lactantes a partir del año 82 y de Preescolares a partir del año 83. Esta tendencia decreciente de estos servicios se traduce de un aumento de los exitus en la UCI sobre todo a partir del año 83. A nuestro juicio la utilización de la UCI es excesiva y cabría adoptar criterios de selección en el tipo de patología atendida en este servicio.

Hemos encontrado algunos estudios (80,86,87,88) que relacionan la acción del tiempo atmosférico sobre la salud y la enfermedad y se ha investigado la acción de las variaciones climatológicas en relación al comportamiento fisiológico humano y su influencia de una forma directa sobre la enfermedad.

En nuestro estudio hemos encontrado un mayor número de exitus en los meses de Noviembre y Marzo y el menor número en Septiembre. En general los exitus son superiores en el 1º y 4º trimestre del año que podemos considerarlos como meses con una situación meteorológica de inestabilidad atmosférica con predominio de situaciones del Norte frente al 2º y 3º trimestre en que el tiempo anticiclónico es más benigno. Estos resultados concuerdan con los hallados por Nezelof (67) y Martín Orti et al

(80) en una serie de un año, los cuales recomiendan llevar a cabo estudios en series de 5 años como el nuestro para poder dar a estas tendencias un valor mas determinativo. En otro estudio Justin-Besançon et al (100) encuentran una mayor mortalidad en los meses frios.

En este estudio del meteotropismo en enfermedades hemos recogido los exitus por Sepsis meningocócica y por Neumonía y Bronconeumonía. En las Sepsis meningocócicas hemos encontrado un mayor número de exitus en los meses frios sobre todo en el 1º y 4º trimestre y en la Neumonía y Bronconeumonía hemos encontrado un mayor número de exitus en el 2º y 3º trimestre, aunque descartamos claramente la patología estacional en este proceso ya que gran parte de los casos eran asociados a otros procesos o eran bronconeumonías por aspiración.

En nuestro estudio hemos encontrado una distribución irregular de los exitus a lo largo del dia si dividimos este en 3 periodos de tiempo, llegando a producirse hasta un 47.8% de los exitus durante la noche en el año 85. Durante la tarde tambien hay un predominio de los exitus alcanzando el 37.9% en el año 81.

Nosotros encontramos en los 5 años un porcentaje del 25.9% durante la mañana, el 32.8% durante la tarde y el 41.3% durante la noche. Nezelof (67) en su estudio encuentra un 32% durante la mañana, el 30% durante la tarde y el 38% durante la noche.

Este aumento de los exitus durante la noche podría estar asociado a un fenómeno cronobiologico espontaneo y al inevitable

ritmo circadiano (101) o tambien podría tratarse de un menor nivel de atención y vigilancia durante la noche por parte del personal que atiende al enfermo como aduce Nezelof en su estudio (67).

Dado que en la UCI el nivel de atención sobre el enfermo es continuo hemos recogido la hora de exitus en este servicio, encontrando un 25.8% durante la mañana, un 28.4% durante la tarde y un 40.6% durante la noche, por lo que en nuestro caso pensamos que no se debe a un menor nivel de atención y si a los otros factores apuntados.

Comparando nuestros resultados con respecto a la duración de la hospitalización y los encontrados por Nezelof (67) obtenemos:

Tiempo	% Hospital Infantil	% Hospital de Paris
< 1 dia	23.5%	22%
1 a 7 dias	16.9%	33%
7 a 28 dias	27.7%	30%
> 30 dias	31.9%	15%

Los resultados son similares en los exitus con menos de 1 dia de hospitalización y de 7 a 28 dias de hospitalización variando notablemente en los otros 2 grupos, no encontrandose causa que justifique la discordancia de los resultados.

En la mayor parte de los casos las estancias mas cortas se deben a las sepsis meningocócicas fulminantes y las estancias mas

prolongadas a las anomalías congénitas en general.

Las tendencias de la mortalidad infantil son consideradas un barómetro del avance tecnológico y se han relacionado con la calidad de los cuidados infantil y materno, nutrición, tecnología sanitaria y médica (102,103). No es de sorprender que estas tendencias hayan introducido el desarrollo y la orientación de programas sociales y se hallan convertido en indicadores tácitos de la calidad de vida de una nación (103,104,105).

Las tasas de mortalidad infantil en los países industrializados declinaron con rapidez en los primeros tres cuartos del presente siglo (34,102,104,106,107). Durante el periodo 1915-1970 la disminución fue mas pronunciada para la mortalidad posneonatal que la neonatal. Esta disminución se atribuye a la mejora en la nutrición y a una reducción en la mortalidad relacionada con las enfermedades infecciosas (34,102,104,106,107). Desde 1970 ha cambiado este patrón, declinando la mortalidad neonatal mas rapidamente que la mortalidad postneonatal (104,108). Entre 1983 y 1984 las tasas de mortalidad infantil de los EE.UU. comenzaron a nivelarse, mientras que las tasas de mortalidad neonatal continuaron disminuyendo, las tasas postneonatales han aumentado (103).

Las causas prevenibles de mortalidad postneonatal son en gran medida las enfermedades infecciosas (34,102,106). Si bien el bajo peso al nacer (BPN, definido como un peso inferior a 2500 gramos) es el determinante mas importante de la mortalidad neonatal.

Segun datos del National Center for Health Statistics las enfermedades infecciosas contribuyeron al 12.5% de todos los fallecimientos infantiles (109).

En los menores de un año las causas mas importantes de ingreso son las enfermedades infecciosas con el 27.3%, las enfermedades del aparato respiratorio con el 26.8% y las anomalías congénitas con el 21.6%. Las causas mas importantes de los exitus en este grupo de edad son las anomalías congénitas con el 49.6% seguida de las enfermedades infecciosas con el 14.2% y las causas perinatales con el 10.3%.

En los mayores de 1 año la primera causa de ingreso son las enfermedades del aparato respiratorio con un 22.6%, las anomalías congénitas con el 16.7% y las enfermedades infecciosas y sintomas y estados mal definidos igualadas con un 10.3%. Las causas mas importante de los exitus son las enfermedades infecciosas con un 30.6%, las anomalías congénitas con el 25.9% y las enfermedades respiratorias con el 10.1%.

Garrucho (32) publica un estudio en 1981 sobre la mortalidad infantil en Andalucia y da cifras de 1975 encontrando como primera causa de muerte las enfermedades perinatales con un 44.5% seguida de las anomalías congénitas con el 21.8%, de las enfermedades del aparato respiratorio con el 12.8% y de las enfermedades infecciosas con el 7.8%.

Segun datos del Boletin Epidemiologico de la Junta de Andalucia de Noviembre de 1987 (110) nos da datos sobre la mortalidad en Andalucia en 1980 distinguiendo en 3 grupos de

edad:

En los menores de 1 año la primera causa son las afecciones del periodo perinatal con un 48.3% seguida de las anomalías congénitas con el 26.9% y de las enfermedades del aparato respiratorio con el 6.8%.

En el grupo de 1 a 4 años la primera causa son los accidentes con el 26%, seguido de las enfermedades infecciosas con el 18% y de las anomalías congénitas con el 16%.

En el grupo de 5 a 14 años la primera causa son los accidentes con el 28.2% seguida de los tumores con el 24.1% y de las enfermedades del aparato circulatorio con el 10.9%.

Segun un estudio publicado por el Ayuntamiento de Sevilla en el año 1985 (71) la principal causa de muerte fueron las afecciones del periodo perinatal con una tasa de 5.54×1000 seguida de las anomalías congénitas con una tasa de 3.48×1000 y de las enfermedades infecciosas y parasitarias con una tasa de 0.54×1000 .

En un estudio realizado por Bjerre y Ostberg (70) sobre causas de muerte durante el primer año de vida en una serie de 5 años en el Hospital General de Malmö encuentra en niños de >2500 gr. las malformaciones como principal causa de muerte seguida del síndrome de membrana hialina y de una miscelanea que incluye asfixia, eritroblastosis, inflamación neonatal, "muerte súbita inexplicada" y accidentes.

En un estudio realizado por C. Lejeune et al.(111) en el departamento de Hauts-de-Seine (Francia) encuentra en la población general una mortalidad postneonatal de un 24.3% por

anomalías congénitas, un 5.7% por accidentes, un 5.7% secuelas de patología neonatal, un 4.3% por infecciones, un 7.1% indeterminada y un 52.8% de muerte súbita. No hemos hallado ningún estudio donde se encuentre un porcentaje tan elevado de muerte súbita, por lo que nos parecen excesivos los resultados obtenidos en el estudio de C. Lejeune et al.

En un estudio publicado por Salleras (35) sobre la mortalidad preescolar en España (de 1 a 4 años) en la población general encuentra como las 5 primeras causas de muerte los accidentes con un 23.9%, las enfermedades infecciosas con el 14.2%, las anomalías congénitas con el 12.7%, las enfermedades del aparato respiratorio con el 11.3% y los tumores con el 10.7%.

Queremos resaltar que en nuestro estudio no hemos recogido ningún caso de exitus por leucemias y procesos afines, que evidentemente los ha habido en el periodo de tiempo estudiado pero que dada las características de larga duración y malignidad de este tipo de patología han sido exitus en sus domicilios. Este punto creemos de interes que nos obligue al establecimiento de una relación hospital-familia a través de los trabajadores sociales que nos permita conocer la evolución de estos enfermos.

Como dijimos anteriormente tenemos un bajo número de exitus por accidentes ya que los correspondientes a accidentes de tráfico son ingresados en el centro de traumatología.

En el estudio de Nezelof et al.(64) encuentra en los menores de 15 años hospitalizados como 5 primeras causas de muerte las siguientes; un 40% de exitus por anomalías congénitas, un 13.8%

por enfermedades infecciosas, un 10.9% por causas de mortalidad perinatal, un 8.2% por enfermedades metabólicas y un 5.9% por tumores.

Este mismo autor encuentra entre la población general un 30.9% de mortalidad perinatal, un 16.3% por anomalías congénitas un 16.3% por accidentes, un 5.5% por enfermedades infecciosas y un 5.4% por enfermedades del aparato respiratorio.

Las 5 primeras causas encontradas por nosotros son las anomalías congénitas con el 39.9%, las enfermedades infecciosas con el 20.9%, las enfermedades respiratorias con el 7.6%, las causas perinatales con el 6.1% y las enfermedades del sistema nervioso con el 4.9%.

En ningún caso nuestro estudio sobre mortalidad es extrapolable a la población general, al tratarse en el nuestro de niños hospitalizados y ser por lo tanto una población sesgada.

Es muy significativo la aproximación de los resultados del estudio de Nezelof en el Hospital de Paris y los nuestros, los cuales coinciden en señalar a las anomalías congénitas y las enfermedades infecciosas como las 2 primeras causas de muerte en 2 hospitales europeos pediátricos, la tercera causa es en el Hospital de Paris las causas perinatales y en el nuestro las enfermedades del aparato respiratorio, pero aquí hay que hacer una salvedad muy importante ya que en nuestro estudio no hemos incluido los menores de 1 mes que es el grupo que recoge el mayor número de muertes por causas perinatales y obviamente los resultados encontrados por nosotros son inferiores.

Hemos apreciado un importante descenso en la realización de necropsias a partir del año 82 en que se realizaron un 40% hasta el año 85 en que se realizaron un 9.8% de las necropsias, con un porcentaje medio del 27.1% cifra esta muy baja en comparación con las realizadas en el Hospital de Paris (64) que oscilan entre unos valores extremos del 60% y del 24 % con un porcentaje medio del 45.4%.

Este descenso en la realización de las necropsias es motivo de honda preocupación en los distintos estamentos responsables del Hospital Infantil y creemos que son varios los factores responsables de esta situación y que analizaremos a continuación:

1) Factores referentes al enfermo y sus familiares

Referente a los enfermos hemos obtenido un mayor número de necropsias conforme disminuye la edad y viceversa. También es significativo que hemos encontrado un mayor número de necropsias realizadas en las enfermedades de larga duración, en las anomalías congénitas, y en general en aquellas enfermedades que los familiares consideran que pudieran afectar a futuros hijos por el carácter hereditario de la enfermedad. Asimismo son raras las necropsias realizadas en procesos de evolución corta o fulminante, en las que el niño previamente estaba sano y en el transcurso de horas o pocos días se produce el exitus, como es el caso de las sepsis meningocócicas y otros procesos de rápida evolución. Situación explicable por el gran impacto emocional sobre los padres en este tipo de procesos.

También es importante que nos hagamos la siguiente pregunta;

¿Sabe la población la importancia de la realización de la necropsia?. Tal vez los profesionales sanitarios, no nos hemos preocupado de que conozcan el valor de la misma, al igual que sucede en otros aspectos de la educación sanitaria y es evidente que la calidad científica de un hospital tiene en el número de necropsias realizadas uno de sus mas importantes indicadores.

Por otra parte nos parece interesante precisar que puede haber otro tipo de factores relacionados con este descenso de la realización de las necropsias como puede ser la imagen pública cada vez mas negativa de los profesionales sanitarios ante la sociedad, que exige mayores y mejores demandas de asistencia y culpa a los mismos de los problemas relacionados con el estamento sanitario.

2) Factores referentes al hospital y personal asistencial

Es evidente la importancia que tiene en la concesión de las necropsias todo el personal sanitario y no sanitario del hospital, factores como el trato recibido por el enfermo y sus familiares en todos los aspectos, condicionan la concesión de las necropsias.

Consideramos un factor muy importante la evolución lógica de las distintas etapas en la vida del hospital por parte de todos los estamentos. Evidentemente es molesto el hecho de pedir la necropsia, y no se tiene la misma actitud en el transcurrir de los años, encontrando como los múltiples factores que intervienen sobre las personas y las instituciones influyen en el proceder de los mismos a lo largo de las distintas etapas evolutivas.

3) Causas externas

En este apartado, que consideramos de menor importancia que los anteriores, pero que evidentemente tiene su repercusión sobre la realización de la necropsia, nos encontramos con problemas burocráticos planteados a los familiares por parte de las empresas funerarias, que hemos constatado que en ocasiones influyen negativamente sobre los familiares al hacerles creer que la realización de las necropsias entorpecerá las funciones de las mismas.

CONCLUSIONES

1) La tasa de mortalidad hospitalaria, presenta unos valores similares aunque ligeramente descendentes hasta el año 83, en que asciende hasta el 85.

El aumento de los exitus habiendo disminuido el número de ingresos en los años 84 y 85, se debe al asumir el Hospital Infantil el carácter de hospital de referencia respecto al Hospital de Valme abierto en esa fecha, que nos remite una patología de ingresos sesgada, la cual requiere una asistencia especializada que no puede recibir en dicho centro.

2) Encontramos en los exitus una mayor proporción de varones 53.6% que de hembras 46.4%, tal como se encuentra en toda la literatura consultada.

3) El mayor número de exitus se produce en el grupo de menores de 1 año, 58.9%, y dentro de este grupo los 3 primeros meses de edad registran el 65.8% de los exitus.

4) Los exitus procedentes del medio urbano 55.3 %, son superiores a los exitus del medio rural, 44.6%, resultado que difiere de los encontrados por otros autores.

5) El mayor número de exitus ocurren en la UCI, 58.9%, seguidos del servicio de Lactantes, 14.4% y Neonatal (superados los 28 días de vida), 9.9%, correspondiendo a otros servicios porcentajes inferiores.

6) Hemos encontrado un mayor número de exitus en el 1º y 4º trimestres del año, y dentro de estos Marzo con un 11.8% de los exitus y Noviembre con un 11.4%, el 2º y 3º trimestre recogieron el menor número de exitus y dentro de estos los meses de Junio con un 5.3% y Septiembre con un 4.9%.

7) Se ha encontrado un predominio estacional en la sepsis meningocócica en el 1º y 4º trimestre.

8) El mayor número de exitus ocurrió durante la noche con 41.3%, seguido de la tarde con un 32.8% y de la mañana con un 25.9%. Este mayor número de exitus durante la noche creemos se debe a la influencia de los ritmos circadianos.

9) El 59.6% de los exitus tienen un periodo de hospitalización superior a 7 días. Destacamos los largos periodos de tiempo de hospitalización de las anomalías congénitas, frente a los cortos periodos de horas de las sepsis meningocócicas fulminantes.

10) En nuestro estudio, en el grupo de menores de 1 año, las anomalías congénitas son la primera causa de muerte con el 49.6%, seguida de las enfermedades infecciosas con el 14.2% y las causas perinatales con el 10.3%.

11) También hemos encontrado que en el grupo de mayores de 1 año la primera causa de muerte son las enfermedades infecciosas con el 30.6%, seguida de las anomalías congénitas con el 25.9%, de las enfermedades respiratorias con el 10.1% y de los accidentes con el 9.3%. Aclararemos que los accidentes de tráfico son ingresados en el Centro de Traumatología, motivo por el cual tenemos un bajo número de exitus por accidentes en comparación con otros estudios.

12) Por diagnósticos que han producido el mayor número de exitus en los 5 años destacaremos la sepsis meningocócica con 38 casos, el síndrome de Down con 15 casos, y la transposición de grandes vasos con 12 casos. Si consideramos el grupo de las cardiopatías congénitas en su conjunto destacaremos que hay 42 casos, lo que la situaría en la primera causa de exitus dentro del grupo de las anomalías congénitas.

13) Se ha reducido notablemente el número de necropsias realizadas, pasando del 33.8% en el año 81 hasta el 9.8% en el año 85.

14) Se reafirma la importancia del análisis de los exitus hospitalarios en relación a los programas de Control de Calidad de los Hospitales, y la aportación que estudios similares ofrecen a la Comisión de Mortalidad y Necropsias, como parte integrante de la Comisión Central de la Garantía de Calidad, siendo necesarios estudios periódicos que permitan la reducción de la mortalidad hospitalaria en los grupos en que ello sea factible.

RESUMEN

El análisis de la mortalidad hospitalaria aparece, al menos potencialmente, como un valioso instrumento para la planificación y la gestión de los propios hospitales. Si entendemos la defunción como una variable que refleja, al menos en parte, la influencia de los servicios asistenciales, la cuantificación de las defunciones hospitalarias puede considerarse como una medida de la efectividad de la intervención hospitalaria.

Hemos realizado nuestro trabajo en el Hospital Infantil Universitario Virgen del Rocío de Sevilla sobre un total de 263 exitus de 28 días a 7 años, registrados en el periodo 1981-1985.

La justificación de este trabajo la encontramos avalada por la escasa literatura publicada sobre estudios de estas características específicas y la importancia y actualidad que confiere este estudio a la Comisión de Mortalidad y Necropsias, como parte integrante de la Comisión Central de la Garantía de la Calidad en Hospitales, aspectos contemplados en la actual Legislación Sanitaria vigente.

Hemos recogido en los exitus una serie de parámetros que nos parecían los más justificados en función de la bibliografía consultada, a saber:

- Sexo: Teníamos que constatar la superior mortalidad masculina tal como demuestran todos los estudios consultados.
- Edad: La cual se ha dividido en 2 grupos fundamentales; menores

de 1 año y mayores de 1 año, para ver la patología predominante en cada grupo de edad.

- Procedencia: Población procedente de los distintos medios como son Urbano, Rural, Urbano Regional y Rural Regional, dado el caracter de Hospital de referencia del centro de estudio.

- Servicio de ingreso: Dato importante desde el punto de vista clínico-administrativo y comprobar la utilización adecuada de servicios altamente cualificados como la UCI.

- Mes de defunción: A raíz de estudios consultados hemos querido averiguar la influencia del meteo tropismo y la influencia estacional en enfermedades concretas como la sepsis meningocócica y la neumonía y bronconeumonía.

- Hora de defunción: En nuestro estudio de partida, había un mayor número de exitus durante la noche, punto que teníamos que comprobar y estudiar la causa o causas que lo justifiquen.

- Duración de la hospitalización: Consideramos importante conocer la duración de la hospitalización en distintas patologías y la media de hospitalización.

- Causas de exitus: Desde nuestro punto de vista el aspecto mas importante del estudio, ya que es el parámetro mas importante para decidir las actuaciones sanitarias a seguir, en aras de la prevención y control de la mortalidad, así como el conocimiento de los diagnósticos y su clasificación según la Clasificación Internacional de Enfermedades elaborada por la OMS.

- Necropsias: En la vida científica hospitalaria, es tal vez el parámetro mas importante a valorar, por tanto teníamos que recoger los aspectos relacionados con la concesión de necropsias,

diagnósticos anatomopatológicos, correlación clínica-anatomopatológica.

En nuestro estudio sobre los exitus en el Hospital, había que comprobar si alguno/s de los parámetros estudiados tenían los mismos significados en los niños ingresados en el Hospital, en el mismo periodo de tiempo y con la misma edad. Para ello elegimos de forma aleatoria un grupo control de ingresos de 300 casos por cada año del estudio.

Una vez obtenidos los resultados, valorados objetivamente y contrastados con los de la bibliografía consultada hemos procedido a su análisis y procesamiento ayudados por el soporte informático necesario a través de los programas Sigma, Symphony IBM Graphing Assistant y Word-Star.

De los resultados obtenidos destacamos:

- El carácter de hospital de referencia tomado por el Hospital Infantil, a partir del año 1984, que sesga los resultados, encontrándonos que disminuyendo el número de ingresos aumenta el número de exitus, como nos demuestra el haber pasado de una tasa de mortalidad hospitalaria de 0.44% en el año 1984 a 1.2% en el año 1985.
- Mayor proporción de exitus en varones, 53.6%, que en hembras, 46.4%.

- El 65.8% de los exitus ocurren en los 3 primeros meses de edad.
- Superioridad de los exitus procedentes del medio urbano, 55.3%, a los procedentes del medio rural, 44.6%.
- Encontramos un mayor número de exitus en el 1º y 4º trimestres del año.
- El mayor número de exitus se produjo durante la noche, 41.3%, explicandonos este aumento por el efecto de los ritmos circadianos sobre el organismo.
- Largos periodos de hospitalización, con un 59.6% superior a 7 días, destacando las anomalías congénitas como enfermedades de larga hospitalización
- En los niños hospitalizados menores de 1 año la primera causa de muerte son las anomalías congénitas con el 49.6% y en los mayores de 1 año las enfermedades infecciosas con el 30.6% de los casos.
- Dentro de las anomalías congénitas destacaremos el síndrome de Down como la primera causa de exitus en este grupo y la transposición de grandes vasos como la cardiopatía con mayor número de exitus. En las enfermedades infecciosas el mayor número de exitus ha sido por sepsis meningocócica.

- Hemos encontrado el mayor número de exitus por sepsis meningococicas en el 1º y 4º trimestre del año.

- Reducción notable en el número de necropsias en los años de estudio.

- Destacamos la gran importancia que supone el estudio sobre los exitus hospitalarios en los programas de Control de la Calidad en los hospitales, y concretamente para la Comisión de Mortalidad y Necropsias como parte integrante de la Comisión Central de la Garantía de Calidad.

BIBLIOGRAFIA

1. Gernez CH, Gervois M: Medicina Preventiva, salud pública e higiene, 10 ed: Ed. Limusa. Mexico, 1983.
2. Ortún V, Gispert R: Exploración de la mortalidad prematura como guía de política sanitaria e indicador de calidad asistencial. Med Clin 90: 399-403, 1988.
3. Pañella H, Borrel C, Rodríguez C, Roca J: Validación de la causa básica de defunción en Barcelona, 1985. Med Clin 92: 129-134, 1989.
4. Segura A, Gispert R: El médico y la certificación de las causas de defunción. Med Clin 89: 415-422, 1987.
5. Kircher T, Anderson RE: Cause of death. Proper completion of the death certificate. Jama 258: 349-352, 1987.
6. Lilienfeld A, Lilienfeld E: Fundamentos de epidemiología. Ed. Fondo Educativo Interamericano. 2ª Ed., Nueva York, 1983.
7. McMahon B, Pugh TF: Principios y métodos de epidemiología. 2ª Ed. Ed. La Prensa Médica Mexicana, México, 1983.

8. Klebba AJ, Maver JD, Glass EJ: Mortality trends; age, color and sex United States 1950-69. National Center for health statistics vital and health statistics, Serie 20 nº 15, Washington, 1973.
9. Department of Health and Social Security. Sharing resources for Health in England. Report of the Resource Allocation Working Party H.M. Stationery Office. Londres, 1976.
10. Goldacre MJ, Harris RI: Mortality, morbidity, resource allocation and planning: a consideration of disease classification. Br med J 281: 1515-1519, 1980.
11. Grahan C: Medidas representativas necesarias para distribuir los recursos sanitarios en Inglaterra, pp 201-213 en: Holland WW, Ipsen J, Kostrzewsky: Mediciones en los niveles de salud. Ed. Salvat, Barcelona, 1982.
12. Foster DP: Mortality, morbidity and resource allocation. Lancet 1: 997-998, 1977.
13. Barr A. Logan RF: Policy alternatives for resource allocation. Lancet 1: 994-997, 1977.

14. Kurata JH, Eloshoff JD, Haile BM, Honda GD: A reappraisal of time trends in ulcer disease; factors related to changes in ulcer hospitalization and mortality rates. Am J Public Health 73: 1066-1072, 1983.
15. Wilkins R, Adams O: Health expectancy in Canada, late 1970: demographic, regional and social dimensions. Am J Public Health 73: 1073-1080, 1983.
16. Charlton JRH, Hartley RM, Silver R, Holland WW: Geographical variation in mortality from conditions amenable to medical intervention in England and Wales. Lancet 1: 691-696, 1983.
17. Alter M. Medical Registers en: Schoenberg BS: Advances in Neurology (vol. 19) Raven Press, 121-141, Nueva York, 1978.
18. OMS. Principios estadísticos aplicables a los estudios prácticos de la salud pública. Serv Inform Tecn. nº 510. Ginebra, 1972.
19. Diesfeld HJ: Definición de la zona atendida por un hospital como denominador de los indicadores de morbilidad derivados de los datos hospitalarios en países desarrollados pp 183-191 en: Holland WW, Ipsen J, Kostrzewsky J.: Mediciones de los niveles de salud , Ed Salvat, Barcelona, 1982.

20. Duran MA: Desigualdad social y salud. Sociologia 1: 19-23, 1983.
21. Curb JD, Babcock C, Pressel S, Tung B, Remington RD, Hawking CM: Am J Epidemiol 118: 122-128, 1983.
22. Kelson MC, Heller RF: The effect of death certification and coding practices on observed differences in respiratory disease mortality in 8 EEC countries. Rev Epidemiol Santé Publique 31: 423-432, 1983.
23. Kagamimori S, Libuchi Y, Fox J: Mortalité et situation socio-economique; comparaison entre le Japon et l'Angleterre et le pays de Galles. Rapp trimest Statist Sanit Mod 36: 119-127, 1983.
24. Manciaux M, Jeanneret O: Les accidents atteignant les enfants et les adolescents; de la connaissance epidemiologique a l'action preventive. Rev Epidemiol Sante Publique 31: 433-444, 1983.
25. Garcia LA, Nolasco A, Bolumar F, Alvarez-Dardet C: Los años potenciales de vida perdida; una forma de evaluar las muertes prematuras.
26. Haenszel W: A standardized rate for mortality defined in units of lost years of life. Am J Public Health 40: 17-26, 1950.

27. Romeder JM, McWhinnie JR: Potential years of life lost between ages 1 and 70; and indicator of premature mortality for health planning. *Int J Epidemiol* 6: 2, 143-151, 1977.
28. Romeder JM, McWhinnie JR: Le developement des annees potentielles de vie perdues comme indicateur de mortalité premature. *Rev Epidemiol Santé Publique* 26: 97-115, 1978.
29. Rodrigo V, Gonzalez CL, Medina E: *Epidemiologia*. Ed. Fondo Educativo Interamericano. Estados Unidos, 1981.
30. Gonzalez SG: Mortalidad en la niñez, pp 27-35 en: Meneghello J: *Pediatría*. Ed Doyma, Barcelona, 1985.
31. Piedrola G, Gonzalez F, Dominguez M: *Medicina Preventiva y Social, Higiene y Sanidad ambiental*. Ed. Amaro 7ª ed. Madrid, 1982.
32. Mande R, Masse NP, Manciaux M: *Pediatría social*. Barcelona, 1978.
33. San Martín H: *Salud y Enfermedad*. Ed. La Prensa Médica Mexicana, México, 1983.

34. McCormick MC: The contribution of low birth-weight to infant mortality and childhood morbidity. N Engl J Med 312: 82-90, 1985.
35. Salleras L: La mortalidad preescolar en España. Arch Pediat 33: 101-115, 1982.
36. Collins JJ, Kasap HS, Holland WW: Environmental factors in child mortality in England and Wales. Am Epidemiol 93: 1, 1971
37. Shapiro S, Schlesinger ER, Nesbitt RE: Infant, perinatal, maternal and childhood mortality in the United States. Harvard University Press. Cambridge, 1968.
38. Dyson T: Levels, trends differentials and causes of child mortality. A survey. World Health Statistics Report 30: 4, 1977.
39. OMS. World Health Statistics Annual, 1978.
40. Segura A: El análisis de la mortalidad hospitalaria como una medida de efectividad. Med Clin 91: 139-141, 1988.
41. Flood AB, Scott WR, Ewy W: Does practice make perfect?. Part I: The relation between hospital volume and outcomes for selected diagnostic categories. Med Care 22: 98-114, 1984.
42. Dubois RW, Rogers WH, Moxley JH, Draper D, Brook RH: Hospital inpatient mortality. N Engl J Med 317: 1674-1680, 1988.

43. Gutierrez R. Nuevo modelo de gestión. Insalud. Madrid, 1985.
44. Moses LE, Mosteller F: Institutional differences in postoperative death rates. Jama 203: 150-152, 1968.
45. Pumarola A, Piedrola G, Gonzalez F: Medicina preventiva y social. Higiene y sanidad ambiental. pp. 1890-2016 Ed. Amaro, 1980.
46. Gorg ML, Kleinberg WM, Gliebe WA: A course on cost and quality. Quality Rev Bull 4: 2-26, 1978.
47. Mansilla P: Reforma Sanitaria. Fundamentos para un análisis. Ministerio de Sanidad y Consumo. Madrid. 1986.
48. Bolumar F, Garrucho G, Megia MJ: La mortalidad en España I. La mortalidad infantil en España 1900-1976. Rev San Hig Pub 55: 1205-1219, 1981.
49. Boletín epidemiológico de la Junta de Andalucía. Consejería de Salud. Dirección General de Ordenación Sanitaria. Salud materno-infantil: Esperanza de vida y mortalidad infantil. Vol. 2, Nº 10, 1987.

50. Ortún V, Segura A: España; democracia, crisis sanitaria y politica sanitaria. Rev Sanid Hig Publica 117: 521-537, 1983.
51. Broadhead WE, Kaplan BH, James SA: The epidemiologic evidence for a relationship and health. Am J Epidemiol 117: 521-537, 1983.
52. Gortmaker SL: Poverty and infant mortality in the United States. Am Social Rev 44: 280-297, 1979.
53. Wise PH, Kotelchuck M, Wilson ML, Mills M: Racial and socioeconomic disparities in childhood mortality in Boston. N England J Med 313: 360-366, 1985.
54. Broadhead WE, Kaplan BH, James SA: The epidemiologic evidence for a relationship and health. Am J Epidemiol 117: 521-537, 1983.
55. Lederc A, Aiach P, Philippe A, Vennim M, Cebe D: Morbidité, mortalité et classe sociale. Rev Epidemiol Sante Publique 27: 331-358, 1979.
56. House JS, Robbins C, Mentzner HL: The association of social relationships and activities with mortality: prospective evidence from the Tecumseh Community Health Study. Am J Epidemiol 116: 123-140, 1982.

57. Murnaghan JH: Healths indicators and information systems for the year 2000. Annu Rev Public Health 2: 299-361, 1981.
58. Rifkin SB: The role of the public in the planning, management and evaluation of health activities and programmes including self-care. Soc Sci Med 15: 377-386, 1981.
59. Felman J: Indices of Community Health pp 37-58 en: Duncan W, McMahon B,: Preventive and Community Medicine. Second edition, Little, Brown and Company, Boston 1981.
60. Secretaría General Tecnica, Centro de Publicaciones, Documentación y Biblioteca del Ministerio de Sanidad y Consumo. Memoria estadística 1984-1985. Madrid, 1986.
61. Boletín epidemiológico semanal. Ministerio de Sanidad y Consumo. Dirección General de Salud Pública. Mortalidad en España, 1979. Nº 1675. 1985.
62. McMillen MM: Differential mortality by sex in fetal and neonatal deaths. Science 204: 89-91, 1979.
63. Memoria del Hospital Infantil Universitario Virgen del Rocio, Sevilla. 1987.

64. Johnson A: Sex differentials in coronary heart disease: The explanatory role of the primary risk factors. J Health Soc Behav 18: 46-54, 1977.
65. Boletín epidemiológico de la Junta de Andalucía. Consejería de Salud, Dirección General de Ordenación Sanitaria. Salud materno-infantil: Esperanza de vida y mortalidad infantil. Vol. 2 nº 10. 1987.
66. Boletín epidemiológico de la Junta de Andalucía. Consejería de Salud, Dirección General de Ordenación Sanitaria. Mortalidad general en Andalucía. Vol. 2 nº 1. 1987.
67. Nézelof C, Tiret L, Rothschild A : Les causes de mort de l'enfant à l'hôpital des Enfants-Malades. Arch Fr Pediatr 37: 131-144, 1980.
68. Lopez-Abente G, Jervas JJ, Errazola M: Análisis de las diferencias geográficas de mortalidad en España. Med Clin 84: 264-267, 1985.
69. Boletín epidemiológico de la Junta de Andalucía. Consejería de Salud. Dirección General de Ordenación Sanitaria. Salud materno-infantil: Causas de defunción en los menores de 15 años. Vol. 2, Nº 11, 1987.

70. Bjerre I, Östberg G: Infant mortality; causes of death during the first year of life in a five year series. Acta Paediat Scand 63: 49-58, 1974.
71. Delegación de Salud, Consumo y Bienestar social. Ayuntamiento de Sevilla. Mortalidad en ciudad de Sevilla. 1985.
72. Garros B, Bouvier MH: Exces de la mortalité masculine en France et causes medicales de deces. Population 33: 1095-1114, 1978.
73. Johnson A: Recent trends in sex mortality differentials in the United States. J Human Stress 3: 22-32, 1977.
74. Fergusson DM, Horwood LJ, Shamon FT: Social and Family factors in childhood hospital admission. J Epidemiol Community Health 40: 50-58, 1986.
75. Bagedahl-Strindlund M, Tunell R, Nilsson B: Niños de madres mentalmente enfermas; mortalidad y utilización de servicios sanitarios pediátricos. Acta Paediatr Scand 5: 281-289, 1988.
76. Differential mortality in the United States; a study of socioeconomic epidemiology. Cambridge: Harvard University Press, 1973.

77. Koskkenvuo M: Differences in mortality from ischemic heart disease by marital status and social class. J Chronic Dis 33: 95-106, 1980.
78. Landefeld CS, Chren MM, Myers A, Geller R, Robbin S, Goldman L: Diagnosis yield of the autopsy in a university hospital and a community hospital. N Engl J Med 318: 1249-1254, 1988.
79. Gauthier M, Lacroix J, Rousseau E: Reason for admission and cause of death in a multidisciplinary pediatric intensive care unit. Can Anaesth Soc J 33: 1, 89-93, 1986.
80. Martín R, Villa P, Bedate A: Estudio del meteorotropismo en enfermedades y natalidad. Med Clin 86: 357-362, 1986.
81. Verbrugge LM: Sex differentials in morbidity and mortality in the United States. Soc Biol 23: 275-296, 1976.
82. Waldrow I : Why do women live longer than men?. Soc Sci Med 10: 349-362, 1976.
83. Wingord DL: The sex differential in mortality rates. Am J Epidemiol 115: 205-216, 1982.
84. Arbelo A, Arbelo A: La salud del niño español a través de la mortalidad del lactante y mortalidad perinatal, 1901-1977. An Esp Pediat 13: 3, Supl.10, 1980.

85. Bouvier-Colle MH, Barberena A, Hatton F: Mortalité par catégories socioprofessionnelles en milieux urbain et rural. Rev Epidemiol Santé Publique 31: 115-128, 1983.
86. Serhan A: Effect of weather on the potassium content in the myocardium of mice. Int Biometeorol 17: 103-104, 1973.
87. Reiter R: Erste ergebnisse neuester meteorologischer untersuchgen im raum Garmisch-Partenkirchen. Wetterund Leben 23: 133-143, 1971.71.
88. Pasic H: Weather types and cardiac infarct in Sarajevo. Annalem der Meteorologie 5: 297-298, 1971.
89. OMS. Clasificación Internacional de Enfermedades. Ed. Organización Panamericana de la Salud. Washington. 1978.
90. Carrasco JL. El método estadístico en la investigación médica. Ed Karpos. Madrid. 1982.
91. Eichelberger MR, Mangubat EA, Sacco WR, Bowman LM: Outcome analysis of blunt injury in children. J Trauma 28: 1109-1117, 1988.

92. Nestvold K, Lundar T, Blikra G, Lonnum A: Head injuries during one year in a central hospital in Norway: A prospective study. Epidemiologic Features. Neuroepidemiology 7: 134-144, 1988.
93. Barker JC: Paediatric admissions to hospital on Nive Island. N Z Med J 101: 426-429, 1988.
94. Frey RS: The socioeconomic distribution of mortality rates. Public Health Rep 97: 545-549, 1982.
95. Gittelsohn AM: On the distribution of underlying causes of death. Am J Public Health 72: 133-140, 1982.
96. Zurriaga O, Segara L, Llopis A, Cortina P: Estudio epidemiológico de la mortalidad diferencial por sexos en España (1960-1978). Med Esp 84: 237-252, 1985.
97. Martin H: Comentarios; la American Academy of Pediatrics y la mortalidad infantil. Pediatrics 22: (ed. esp.) nº 6, 1986.
98. Bouvier-Colle MH, Robine JM, Garros B: Surmortalité rurale ou sous-mortalité urbaine en France?. Rev epidemiol et Santé Publique 28: 47-57, 1980.

99. Latour J, Romero FA, Nolasco A, Alvarez-Dardet C: Mortalidad en cuidados intensivos; importancia de los factores de riesgo sociales. Med Clin 89: 763-767, 1987.
100. Justin-Besançon L, Chretien J, Delavierre Ph: Intérêt clinique des autopsies systematiques en milieu hospitalier. Sem. H6p 40: 532, 1964
101. Reinberg A, Gervais P, Halberg F: Mortalité des adultes; rythmes circadiens et cirannuels dans un hôpital parisien et en France. Nouv Presse Med 2: 289, 1973.
102. Morris JN, Heady JA: Social and biological factors in infant mortality. Lancet 1: 343-349, 1955.
103. Budinsky S: Infant mortality US improvement halted (news). Nature: 314-315, 1985.
104. Bloom BS: Changing infant mortality; the need to spend more whilw getting less. Pediatrics 73: 862-866, 1984.
105. Rinke CM: Infant mortality and the low-birth-weight infant. Jama 253: 826, 1985.
106. Pharoah POD, Morris JN: Post neonatal mortality. Epidemiol Rev 1: 170-183, 1979.

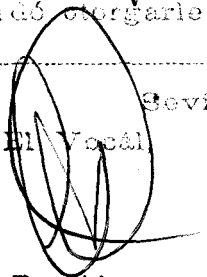
107. Khoury MJ, Erickson JD, Adams MJ: Trends in postneonatal mortality in the United States 1962 through 1978. *Jama* 252: 367-372, 1984.
108. Lee KS, Paneth N, Gartner LM: Neonatal mortality; An analysis of the recent improvement in the United States. *Am J Public Health* 70: 15-21, 1980.
109. Janine M, Willian R: Enfermedades infecciosas; causas prevenibles de mortalidad infantil. *Pediatrics* 24: 159-164, 1987.
110. Alcover M, Sabaté E: Análisis comparativo de la evolución de los niveles de salud (España y CEE). *Rev Seguridad Social* 3: 7-41, 1979.
111. Lejeune C, Legeay-Materazzi D, Pons E, Desouches A, Delaume J: La mortalité infantile dans le departement des Hauts-de-Seine. *Arch Fr Pediatr* 40: 659-654, 1983.

UNIVERSIDAD DE SEVILLA

Reunido el Tribunal integrado por los abajo firmantes
en el día de la fecha, para juzgar la Tesis Doctoral de
D. Francisco León Galán
titulada Estado del la cultura de 78 de 21 a
7 años en el Hospital Insular Universitario
Upe del Norte de Sevilla en el periodo 1981-85
acordó otorgarle la calificación de Apto con Lode

Sevilla, 24 de Septiembre 1990

El Vocal,



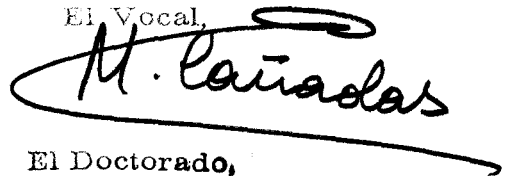
El Presidente

El Vocal,



El Secretario,

El Vocal,



El Doctorado,

