

Universidad CEU-Cardenal Herrera
Facultad de Ciencias Experimentales y de la Salud



CEU

*Universidad
Cardenal Herrera*

EPIDEMIOLOGÍA DE LAS ENFERMEDADES INFECCIOSAS QUE REQUIEREN INGRESO HOSPITALARIO

MEMORIA PRESENTADA PARA LA OBTENCIÓN DEL GRADO DE
DOCTOR EN MEDICINA POR
SOFÍA TOMÁS DOLS

DIRIGIDO POR
DR. ANTONIO GUERRERO ESPEJO
TUTOR
DR. FRANCISCO JAVIER ROMERO GÓMEZ

2009



Universidad CEU Cardenal Herrera
Facultad de Ciencias
Experimentales y de la Salud



Hospital Universitario de la Ribera
Investigación y Docencia
Departamento de Salud de Alzira

Antonio Guerrero Espejo, Consultor de Enfermedades Infecciosas del Hospital Universitario de la Ribera.

CERTIFICA que la presente Tesis Doctoral realizada por Dña. Sofía María Tomás Dols, que lleva por título: **“Epidemiología de las Enfermedades Infecciosas que requieren ingreso hospitalario”**, ha sido desarrollada bajo mi dirección, y que reúne, a mi juicio, méritos suficientes para que su autor pueda obtener con ella el **Grado de Doctor en Medicina por la Universidad CEU Cardenal Herrera**.

Y para que así conste, firmo el presente certificado en Valencia el 9 de Marzo de 2009.

Fdo. Dr. D. Antonio Guerrero Espejo

Agradecimientos

Con estas líneas quiero expresar mi agradecimiento a todas las personas que han contribuido para que mi carrera pueda culminar con la lectura de esta tesis doctoral.

En primer lugar, quiero dar las gracias a mi director de tesis, el doctor Antonio Guerrero. Es difícil expresar en pocas palabras lo que ha significado tenerle como director, bueno sí lo se, TODO. Ha sido exigente, paciente, testarudo, me ha hecho estudiar y trabajar a tope, me ha reñido como a una colegiala, pero a la vez, si no hubiera sido por él hubiese sucumbido, ¡tantas veces!. Es un excelente Maestro que ha confiado en mí y me ha hecho disfrutar aprendiendo.

Doy las gracias al doctor Javier Romero, mi tutor, porque siempre ha estado dispuesto a apoyarme. Siempre tendrá mi admiración como profesor y como persona.

A Inmaculada Valenciano y María Cuenca por su ayuda desinteresada en este trabajo, que ha sido de gran valor para mí.

A Angel Jiménez, que me permitió realizar este proyecto en el Hospital Universitario de la Ribera.

Mi más sincero agradecimiento a Pilar Gómez y Sonía Piles, que siempre están dispuestas a facilitar cualquier cosa que necesito, sin ellas todo sería más difícil. Para mí, son muy importantes

A Julia Aguilar y a Jesús Galindo que han dedicado parte de su tiempo, para apoyarme en el empujón final, ¡momentos extenuantes!.

A mi amiga del alma, por todo el apoyo que me ha dado a lo largo de la vida ¡no sabes cuanto te echo de menos! Gracias Elsa, seguro que dirías ¡por fin te lo vas a quitar de encima! Pese a todo, aun te deberé otro logro.

A mis padres, que me enseñaron todo lo que no se puede aprender en los libros, han sido, sin duda, mi guía. Vuestro ejemplo siempre estará presente en mí.

Gracias a Sofía, Rafa y Alejandra, mis tres grandes “turbos”, que me han dado fuerza para vivir pero sobre todo me ensaaron a querer incondicionalmente.

A mi marido, ese ser maravilloso, que está siempre a mi lado allanando las dificultades del día a día y que es capaz de sacar lo mejor de mí. Estoy segura que él esta más orgulloso que yo de ver culminada mi Tesis. No podría vivir sin él.

*Nunca debemos pensar que nuestro tiempo pasó.
Mientras aquí estemos, siempre podemos seguir
aprendiendo y seguro que nos quedará, todavía,
muchas cosas por hacer.*

Albert Einstein

a Güery

ÍNDICE

Página

1.RESUMEN	3
2.INTRODUCCIÓN	7
2.1. Las Enfermedades Infecciosas	7
2.2. Sistemas de clasificación de enfermedades.....	10
2.3. Conjunto mínimo básico de datos al alta hospitalaria (CMBD).....	15
2.4. Identificación del problema	20
3.JUSTIFICACIÓN	23
4.HIPÓTESIS Y OBJETIVOS	25
5.MATERIAL Y MÉTODOS	27
5.1. Diseño del estudio	27
5.2. Población del estudio y Fuentes de información	29
5.4. análisis estadístico de los datos.....	34
6.RESULTADOS	37
6.1. Diagnósticos de enfermedades infecciosas realizados.....	37
6.2. Enfermedad infecciosa como diagnóstico principal.....	46
6.3. Diagnósticos en población del Departamento DE ALZIRA.....	58
6.4. Estudio de la mortalidad hospitalaria.....	73
7.DISCUSIÓN	91
7.1. Datos generales	91
7.2. Datos por grupos	94
7.3. CMBD como fuente de información de la salud	118
8.CONCLUSIONES	121
BIBLIOGRAFÍA	123
ANEXO I CÓDIGOS ESTUDIADOS REFERIDOS A ENFERMEDADES INFECCIOSAS	151
ANEXO II FRECUENCIA DE DIAGNÓSTICOS(CIE por orden alfabético)	219

1. RESUMEN

■ **Introducción:** Las enfermedades infecciosas superan las fronteras de las especialidades médicas y quirúrgicas. Este trabajo pretende identificar y cuantificar los procesos infecciosos que han sido tratados en un hospital así como conocer la mortalidad intra-hospitalaria por enfermedades infecciosas (EI).

■ **Material y métodos:** Se realizó un estudio descriptivo, retrospectivo, de pacientes ingresados durante el 1999-2006 cuyo diagnóstico al alta hospitalaria se hubiera codificado, de acuerdo a la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE 9-MC), como una enfermedad infecciosa en el Conjunto Mínimo Básico de Datos. Se seleccionaron 2072 códigos de enfermedades infecciosas en actividad y se concentraron en 18 grupos y 40 subgrupos adaptados al CIE 9-MC. La población de estudio fue la de los pacientes hospitalizados con patología infecciosa, que en su mayoría pertenecían al Departamento de Salud de la Ribera de la Comunidad Valenciana (233.854 habitantes).

Se analizó: 1º la tasa de EI en relación al total de los ingresos, así como la tasa de incidencia de EI, respecto a la población asignada al hospital; 2º la incidencia de EI por tipo de diagnóstico y grupos de categorías nosológicas seleccionadas y 3º la mortalidad hospitalaria asociada a EI durante los 8 años, todo ello función de las variables sexo y edad.

■ **Resultados:** El número de ingresos en el Hospital Universitario de la Ribera, durante el periodo en estudio, fue de 149.419, donde se detectó 41.530 registros, codificados como una enfermedad infecciosa (19.718 como diagnóstico principal), en 23.786 pacientes. Ello supone que el 13,2% de todos los ingresos se produjo por patología infecciosa. Del total de los registros, 37.745 pertenecían a personas asignadas al Departamento de Salud de la Ribera (22.139 pacientes distintos), en 18.745 registros la EI fue la causa principal de ingreso

y en 19.460, se codificó como diagnóstico secundario. La mediana de edad de los pacientes, asignados al departamento, fue de 50 años (rango 0-108 años). Predominó el ingreso de hombres (57%) sobre el de mujeres (43%).

La tasa de incidencia de altas (diagnóstico principal) por enfermedades infecciosas fue de 977,37 casos por 100.000 habitantes y año entre los pacientes del Departamento Sanitario. Si se consideran todos los diagnósticos (principales y secundarios) de la población asignada, la tasa de patología infecciosa alcanza los 2.017 casos por 100.00 habitantes y año. La tasa mayor de ingreso se produjo en personas mayores.

Los grupos de enfermedades responsables del mayor número de ingresos fueron, en orden decreciente, las enfermedades infecciosas codificadas dentro de los grupos de enfermedades del aparato respiratorio, del aparato genitourinario, del aparato digestivo, intestinales y bacterianas. Por grupos de edad, en niños las tasas de incidencia superiores fueron por orden decreciente: las enfermedades respiratorias, intestinales, genitourinarias. En adultos las tasas de incidencia más altas se debieron a El del aparato digestivo, del aparato respiratorio y genitourinario. En mayores de 65 años, las tasas de incidencia predominantes fueron las enfermedades respiratorias, las enfermedades genitourinarias, y en tercer lugar las codificadas como “otras enfermedades bacterianas no zoonóticas”.

La mortalidad intra-hospitalaria en pacientes, del departamento con una patología infecciosa, como causa principal de ingreso, se sitúa en 4.5 por cada 100 altas hospitalarias por El. La principal causa de muerte se detectó asociada al grupo enfermedades bacterianas (25.8%), seguidas de micosis (10.9%) y El del aparato circulatorio (10.2%). La tasa de mortalidad intra-hospitalaria por El, como causa principal de ingreso, por grupo de edad fue en adultos de 1.9% y la mayor tasa de mortalidad 9.64%, en mayores de 64 años y hombres. La tasa de mortalidad en hombres es de 5% frente al 3.92% en mujeres.

■ **Conclusión:** Los ingresos hospitalarios por enfermedades infecciosas superan la décima parte del total de los ingresos. La tasa de incidencia de ingreso por EI es de casi un millar de casos por 100.000 habitantes y año; esta última tasa se duplica si se consideran unidos los diagnósticos principales y secundarios al alta hospitalaria. El mayor número de diagnósticos por EI se deben a enfermedades infecciosas respiratorias en todas las edades. Las tasas de incidencia por EI son superiores en los hombres, así como las tasa de mortalidad. La mortalidad hospitalaria asociada a EI, como causa principal de ingreso, puede alcanzar el 4.5% de las altas y las E. bacterianas se relacionan con el principal riesgo de muerte. La mortalidad superior se produce en mayores de 64 años.

■ **Palabras Claves:** Infección, enfermedad, hospitalización, incidencia, epidemiología, enfermedades transmisibles, clasificación internacional de enfermedades, notificación de enfermedad, mortalidad, infección comunitaria adquirida, alta de paciente, base de datos factuales, hombres, mujeres, enfermedades transmisibles, estadísticas-datos numéricos.

2. INTRODUCCIÓN

■ 2.1. LAS ENFERMEDADES INFECCIOSAS

La historia de las enfermedades infecciosas (EI) es la historia del hombre mismo (1;2). Algunos autores dividen, su historia moderna en cinco periodos:

- Periodo etiológico, a finales del siglo diecinueve, en el que se consideraba que toda entidad nosológica de origen incierto tenía una causalidad microbiana.
- Periodo clínico, a principios del siglo veinte, en el que la descripción de los cuadros clínicos se realizaba con gran meticulosidad y los datos del laboratorio, si existían, tenían un carácter complementario.
- Periodo terapéutico, desde 1925 a 1950, donde el uso de vacunas (M. Theiler: fiebre amarilla, Jenner: antivariólica), sueros (Sordelli: antidisentericos, antidiftéricos, antigangrenosos) y antimicrobianos (Domagk: sulfamidas, Fleming: penicilina) parece resolver la EI, de hecho se llegan a erradicar alguna de ellas (1950: inicio de erradicación del paludismo en España) (3-13).
- Periodo de desconcierto, desde 1950 hasta finales de 1960, en el cual, se evidencia signos de retroceso, tras el periodo de optimismo anterior, por la morbilidad/mortalidad persistente de los procesos infeccioso, aparición de un cambio importante de la etiología infecciosa como consecuencia del aumento de enfermedades oportunistas, problemas de resistencia a los antibióticos, enfermedades por nuevos patógenos ante el descubrimiento de microorganismos (virus, bacteriófagos etc.).
- Periodo patogénico, a partir de 1970 se produce el nacimiento de la microbiología clínica e infectología clínica con un nuevo sentido: estudiar la patogenia, la complicación infecciosa en todo tipo de pacientes y la implicación de agentes infecciosos en otros procesos, como el virus HTLV causante de la leucemia de células T (14).

En las últimas décadas del pasado siglo hasta la actualidad, se han producido notables avances en la medicina en general y de forma importante en la enfermedad infecciosa tales como: El conocimiento de nuevos patógenos y nuevas manifestaciones clínicas, cambios en la epidemiología debidos al descubrimiento de nuevos nichos ecológicos, nuevos mecanismos de transmisión de determinadas enfermedades, favorecidos por comportamientos sociales y formas de vida (viajes, drogas, alimentación etc.). Cambios producidos por nuevos métodos diagnósticos, erradicación de enfermedades transmisibles como la viruela (OMS 1979) control del cólera, de la peste, fiebre tifoidea etc. Frente a estos grandes logros, otras infecciones han ampliado su espectro de acción, al igual que se ha descubierto la participación de nuevos patógenos en distintos cuadros clínicos.

Ante el optimismo provocado por la aparición de los antimicrobianos, surgió la quimera de la posible desaparición de las enfermedades infecciosas. Esta quimera se fue desvaneciendo ante la morbilidad existente, incluso en países desarrollados como Estados Unidos. La mortalidad por enfermedades infecciosas sigue siendo importante e, incluso, ha podido aumentar en las últimas décadas del siglo XX (15; 16). Estamos, además, en una situación de cambio en la que surgen nuevos procesos infecciosos relacionados con el aumento de la supervivencia de muchas enfermedades, que en otro momento eran letales así como, procesos más estudiados, debido al desarrollo de nuevas técnicas diagnósticas y terapéuticas tanto en el campo de la medicina clínica como en las distintas especialidades quirúrgicas.

Mención especial requiere la aparición de la enfermedad del sida en 1981 que puso en jaque a la comunidad científica mundial (17). El rápido descubrimiento del VIH, como agente causal, el estudio intensivo sobre su abordaje, los avances tan relevantes diagnóstico-terapéuticos llevados a cabo para su control, desde el comienzo de la pandemia hasta el momento actual. Pese al intenso trabajo, el sida fue durante la década de los noventa, la causa de mortalidad más importante en la población joven española.

La enfermedad infecciosa persiste en la actualidad como principal causa de mortalidad y morbilidad. Es responsable de más del 20% de todos los problemas agudos o crónicos que se atienden en pacientes ambulatorios. Durante la hospitalización, aproximadamente un tercio o más de los enfermos reciben algún tipo de antimicrobiano durante su estancia, y alrededor del 5% de los pacientes adquieren infecciones que no presentaban al ingreso.

En el caso de los países en vías de desarrollo, las principales causas de mortalidad en los niños son los trastornos perinatales, las infecciones de las vías respiratorias inferiores, las enfermedades diarreicas el paludismo, en las que la malnutrición sigue siendo un factor contribuyente (18-20).

Aunque durante el siglo XX la mortalidad por las enfermedades infecciosas, en términos generales se ha reducido, la naturaleza dinámica de las mismas y su elevada morbilidad justifica los estudios epidemiológicos continuados (15; 21) Por ejemplo, en Escocia se han demostrado cambios significativos, en el tipo y número de la patología infecciosa, en los ingresos en una unidad regional de referencia de EI, a lo largo de las décadas (22) y, en Estados Unidos, se han determinado tendencias nacionales y raciales y disparidades socioeconómicas, en la atención de la salud, en la utilización de la atención sanitaria hospitalaria, de determinadas enfermedades infecciosas (23). Sin embargo, a pesar de los avances en el diagnóstico y el tratamiento, la mortalidad en algunas entidades no se ha modificado. Un prototipo es la mortalidad por endocarditis enterocócica, tercera causa de endocarditis infecciosa, que no ha cambiado en las últimas décadas, quizá por el aumento de algunos factores de riesgo asociadas al incremento de la mortalidad (la edad avanzada, o la adquisición nosocomial de la infección) (24). Todo ello es indicativo de la necesidad persistir en los estudios, de distinta naturaleza, sobre las enfermedades infecciosas.

■ 2.2. SISTEMAS DE CLASIFICACIÓN DE ENFERMEDADES

La necesidad de establecer una clasificación de las enfermedades surge desde que la medicina empezó a contemplarse como una disciplina científica, siendo la necesidad del tratamiento estadístico de los datos el motor impulsor de las diferentes clasificaciones (25).

En el siglo XVII, comenzó el estudio estadístico de las enfermedades, y a pesar del interés por el conocimiento sobre la incidencia de las enfermedades epidémicas de la época (siglos XVII-XIX), todas las clasificaciones que se conocen, basan su filosofía en la causa de defunción. Por ejemplo en España ya en 1863 las defunciones se clasificaban según cinco grupos de enfermedad: Enfermedades comunes, enfermedades contagiosas- epidémicas, muerte natural repentina, muerte violenta y muerte senil. La historia de la Clasificación Estadística data desde el siglo XVIII en que al eminente estadístico australiano Francios Bessier de Lacroix (1706-1777) se le concede el mérito de haber realizado el primer ensayo de clasificación sistemática de enfermedades (26).

En 1837, la Oficina del Registro General de Inglaterra y Gales encontró en la persona de William Farr (1803-1883), al primer médico estadístico, que no sólo aprovechó al máximo las imperfectas clasificaciones de enfermedades disponibles en ese tiempo, sino que las mejoró y perfeccionó hasta lograr que su uso y aplicación fueran uniformes desde el punto de vista internacional (27).

La clasificación propuesta por W. Farr fue objeto de varias revisiones en 1874, 1880 y 1886 y aunque las mismas nunca recibieron aprobación universal, los principios y procedimientos de clasificar las enfermedades, según localización anatómica, ha perdurado hasta nuestros días como la base de la Lista Internacional de Causas de Defunción

La primera clasificación internacionalmente aceptada (28) fue la clasificación de Bertillón en 1893 y las sucesivas revisiones de esta clasificación sugirieron basándose en las causas de defunción. A partir de 1965, entro en vigor la 8ª Revisión de

la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-8), que al introducir criterios clínicos, supuso la evolución de la Clasificación, hacia una verdadera Clasificación de Enfermedades (29).

La OMS define la clasificación de enfermedades como un sistema de categorías numérico asignado a entidades nosológicas de acuerdo a criterios previamente establecidos, pudiendo ser éstos de varios tipos. Se fundamenta al convertir los términos diagnósticos en códigos numéricos y alfanuméricos que permiten su fácil almacenamiento y posterior recuperación para el análisis de la información.

A lo largo del siglo XX, bajo el amparo de la Organización Mundial de la Salud se han realizado diversas clasificaciones de enfermedades, causas de defunción, episodios, procesos diagnósticos y de atención etc., que hoy constituyen el conjunto de Clasificaciones Internacionales de Enfermedades cuyos objetivos son (30):

- Examinar, registrar y estudiar el trabajo profesional con un espíritu objetivo.
- Utilizar un lenguaje común para todos los países, esencial para el intercambio de información.
- Constituir un elemento básico para la investigación y el estudio estadístico.

La novena Revisión de la Clasificación Internacional de Enfermedades, tradicionalmente conocida como CIE-9, entro en vigor en 1975. Está basada en categorías nosológicas significativas a nivel de tres dígitos, al igual que la Octava, pero, para una mayor definición de entidades, introduce un cuarto dígito separado por un punto decimal. Además incluye una serie de innovaciones respecto a las anteriores clasificaciones, al incorporar clasificaciones de procedimientos publicados por fascículos y otras clasificaciones independientes, lo que ha supuesto que la CIE-9 haya sido la Clasificación de enfermedades más extendida y aceptada a nivel mundial (31).

A partir de esta Clasificación y en ese mismo año, se publica, en Estados Unidos, una modificación de la misma, en la que se introduce un eje clínico a la Clasificación Internacional de Enfermedades. Esto supuso el desarrollo de la CIE 9-MC, la cual permite, a los profesionales de la medicina, tener un instrumento aplicable en su trabajo diario, y satisface la necesidad de comparación estadísticas de morbilidad y mortalidad hospitalaria a nivel nacional e internacional. Por ejemplo, la CIE 9-MC permitió identificar en USA a los pacientes hospitalizados en 6 estados, en base a códigos de los tumores malignos y de infección aguda, o en 134 instituciones mediante los códigos de diagnóstico de Infecciones de la piel, tejidos blandos o huesos (32;33).

La CIE 9-MC es totalmente compatible con la CIE-9, pero no al revés, al ser más compleja la primera, es decir lo clasificado con CIE-9 puede incorporarse a la clasificación CIE 9-MC, pero si se utiliza la Modificación Clínica, en muchos casos no tiene equivalencia con CIE-9. La CIE 9-MC, al especificar o detallar más las enfermedades desde el punto de vista clínico, incluso al contemplar nombres de determinadas enfermedades, puede suponer, en algunos casos, mayor facilidad para la codificación de ciertas enfermedades en base al diagnóstico descrito.

La CIE 9-MC es, pues, una Modificación Clínica de la CIE-9 siendo el cuadro clínico el fundamento de la clasificación. Consta de dos clasificaciones principales: la de enfermedades y procedimientos y tres clasificaciones suplementarias. Para la codificación de las rúbricas se utiliza también tres dígitos numéricos, incluyéndose un cuarto (tres y un cuarto número separado por punto decimal) para facilitar una mejor descripción del diagnóstico, incluso en determinadas categorías, para una mayor desagregación del cuadro clínico se puede introducir un quinto dígito. La CIE 9-MC cumple los criterios establecidos, al contener un número restringido de categorías, para lo cual las enfermedades se agrupan y cualquier enfermedad, solo se puede clasificar dentro de una categoría, al ser las categorías excluyentes entre si. Esta clasificación es la que habitualmente se ha estado utilizando en los hospitales tanto americanos como europeos. En

España hasta 1991, se utilizó oficialmente la CIE-9 al no existir una traducción oficial de la CIE 9-MC que ha ido evolucionando en sus numerosas revisiones hasta el momento actual (34;35).

En Octubre de 1989, fue convocada la Conferencia Internacional para la Décima revisión de la Clasificación Internacional de Enfermedades que adoptará un nuevo título, Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y Problemas Relacionados con la Salud, para enfatizar su finalidad estadística y reflejar la ampliación de su cometido (36). No obstante, la aplicación de la codificación de la CIE-10 no ha mejorado, significativamente, la calidad de los datos administrativos en relación con la CIE 9-MC (37). En el momento actual, la CIE10 solo se esta utilizando, en España, para clasificar las causas de mortalidad. A nivel hospitalario sigue vigente la codificación de la CIE 9-MC cuya ultima revisión, traducida al castellano, que fue editada por el Ministerio de Sanidad y Consumo en 2006 (38).

La codificación de las enfermedades se realiza, solo, en el momento del alta hospitalaria y el codificador debe extraer de ella, los elementos esenciales para poder realizar la adecuada clasificación, atendiendo a los parámetros homologados que asigna el código. Los elementos esenciales son diagnóstico principal, diagnóstico secundario, procedimientos quirúrgicos y procedimientos no quirúrgicos.

La CIE 9-MC clasifica dentro del Grupo de Enfermedades Infecciosas en el capítulo primero:

- Enfermedades infecciosas intestinales (códigos del 001 al 009)
- Tuberculosis (010-018)
- Enfermedades bacterianas zoonótica (020-027)
- Enfermedades bacterianas (030-041)

- Infección del virus de la inmunodeficiencia humana (VIH) (O42)
- Poliomielitis y otras enfermedades virales del sistema nervioso central no transmitidas por artrópodos (045-49)
- Enfermedades virales acompañadas de exantema (050-057)
- Enfermedades virales portadas por artrópodos (060-066)
- Otras enfermedades debidas a virus y chamydiae (070-079)
- Rickettsiosis y otras enfermedades portadas por artrópodos (080-088)
- Sífilis y otras venéreas (090-099)
- Otras enfermedades espiroquetales (100-104)
- Micosis (110-118)
- Helmintiasis (120-129)
- Otras enfermedades infecciosas y parasitarias (130-136)
- Efectos tardíos de enfermedades infecciosas y parasitarias (137-139)

En otros capítulos se encuentran, también, códigos que hacen referencia a las enfermedades infecciosas (capítulo 6, 7, 8, 9, 10, 11, 12, 13, 15, y 17) por lo que han sido revisados e incluidos estos códigos que reseñan a dichas enfermedades en los apartados siguientes:

- 320-383.22: enfermedades del sistema nervioso central y órganos de los sentidos

- 420-422.92: enfermedades del aparato circulatorio
- 460-519: enfermedades del aparato respiratorio
- 460-519: enfermedades del aparato respiratorio
- 590: enfermedades del aparato genitourinario
- 646.5-675.94: infección en gestación parto y puerperio
- 680-686.9: enfermedades de la piel y de los tejidos subcutáneos
- 711-730.99: enfermedades músculo-esquelético-conectivas
- 771-771.8: infecciones con origen en el periodo perinatal
- 996.60-996.62: infección por dispositivo, implante, injerto o postquirúrgica

Todas las ediciones y, las correspondientes traducciones, en nuestro caso al castellano, asumen la necesidad de actualizar las modificaciones que vayan surgiendo en la Internacional Classification of Diseases, 9th Revision Clinic Modification, para lo cual a nivel del Ministerio de Sanidad y Consumo existe una unidad técnica, específica, que periódicamente emite las modificaciones oportunas a través de boletines oficiales (34; 35). Durante el periodo de estudio, del presente trabajo, se ha utilizado la CIE- 9 MC cuarta edición

■ 2.3. CONJUNTO MÍNIMO BÁSICO DE DATOS AL ALTA HOSPITALARIA (CMBD)

Los datos sobre los ingresos hospitalarios al alta del paciente representan una de las fuentes claves de información sanitaria de un país y la sensibilidad de los diagnósticos parece buena para la mayoría de los diagnósticos al egreso del paciente (39).

Desde 1974, existe en Estados Unidos un núcleo de información mínima y común que se extrae de cada alta hospitalaria. Este núcleo consta de 14 datos y su utilización se ha extendido tanto en el sector público como en el privado. En 1975, el comité de información y documentación en ciencia y tecnología de las Comunidades Europeas reconocen la necesidad de desarrollar un conjunto mínimo básico de datos (CMBD-E) europeos, para lo cual se crea un grupo de expertos y representantes de los países de la Unión. El primer CMBD-E estaba formado por datos extraídos de la historia clínica y constaba de 13 variables, siendo aceptado en 1982 por el Grupo de trabajo sobre Estadísticas Hospitalarias y apoyado por las CC. EE, la OMS-Europea, el Comité Hospitalario de las CC. EE y la Asociación Internacional de Informática Médica. Posteriormente el Consejo de Europa lo incluyó como parte integrante del sistema de información hospitalaria (40).

En España, en la reunión del Consejo Interterritorial en el Pleno de 14 de diciembre de 1987 se acuerda aprobar las propuestas formuladas en relación al CMBD, con la extracción de la historia clínica de los pacientes 14 variables básicas. Así, el 24 de enero de 1992 el Instituto Nacional de la Salud (INSALUD) establece la obligatoriedad de cumplimiento del CMBD en los hospitales propios y administrados a nivel central, tras su implantación inicial en Cataluña. A partir del desarrollo de este proyecto, el resto de las CC.AA, cuyas competencias en materia sanitaria estaban transferidas, fueron publicando sus resoluciones para implantar este sistema de información.

El objetivo principal para el conjunto del Sistema Nacional de Salud, al implantar el CMBD, era la obtención de bases de datos normalizadas capaces de proporcionar una información asistencial válida, fiable y comparable de todos los hospitales. La evaluación de la actividad médica es una preocupación importante para los hospitales y los servicios de salud pública. Con la introducción de la codificación, los hospitales están ahora en condiciones de analizar su actividad médica y de dar a los médicos información valiosa sobre su actividad como se hace en Suiza (41).

En la Comunidad Valenciana y mediante la Orden de Octubre de 1992 de la Consellería de Sanidad y Consumo se regula el cumplimiento del CMBD para todos los hospitales públicos y privados, así como se establece la sustitución del libro de registro hospitalario por un sistema de registro informático que garantice la información necesaria para la cumplimentación (42).

Variables establecidas en la C. Valenciana:

- Identificación del hospital mediante código del centro
- Identificación del paciente con el nº de la historia clínica
- Número de asistencia. Ítem que hará referencia al nº de ingreso correlativo al año en curso
- Fecha de nacimiento
- Sexo
- Residencia habitual
- Financiación de la asistencia prestada
- Fecha de ingreso
- Servicio de ingreso
- Circunstancia de ingreso: urgente y programado
- Diagnóstico principal: es el proceso patológico responsable del ingreso se codifica utilizando CIE 9-MC

- Otros diagnósticos: procesos que coexisten en el momento del ingreso o se desarrollan a lo largo de la estancia hospitalaria
- Código E.: Este identifica las causas externas que han provocado el diagnóstico principal o los otros diagnósticos
- Código de Procedimientos quirúrgicos y obstétricos
- Otros procedimientos sean diagnósticos o terapéuticos
- Fecha de intervención
- Fecha de alta
- Circunstancias al alta: con destino a su domicilio, otro centro, alta voluntaria o éxitus
- Identificación del servicio responsable, mediante código que identifique al servicio bajo responsabilidad del cual se firma el alta hospitalaria
- Peso de nacimiento de los recién nacidos
- Sexo de los recién nacidos

El CMBD constituye una base de datos recogidos al alta de cada episodio de hospitalización, por lo tanto, no recoge datos de consultas externas ni de hospital de día ni de urgencias. Cada registro tiene las características de ser extensiva y homogénea en cuanto al tipo de codificación de las variables, siendo de utilidad tanto para el ámbito asistencial como de gestión. La utilidad del CMBD radica en sus dos vertientes: sistema de recuperación de la información y sistema de información propiamente dicho.

Centrándonos en su vertiente como sistema de información y dentro de sus utilidades, podemos destacar el hecho de registrar las enfermedades y los procesos relativos al usuario, lo que va a permitir conocer la morbi-mortalidad hospitalaria, importante para la planificación sanitaria y estudios epidemiológicos. Permite así mismo, conocer la actividad asistencial desarrollada, no solo referente a la cantidad sino también, a la complejidad de la demanda y los resultados obtenidos (43). Este sistema proporciona la obtención de indicadores de gestión y calidad asistencial, a la vez que un conocimiento de la estructura de la población atendida según sexo y edad. Es de utilidad, así mismo, en la investigación (epidemiológica, etiológica, etc.) de enfermedades codificadas pero no, obviamente, en las nuevas enfermedades (44). Permite, con relativa facilidad, la realización de estudios descriptivos que van a ser, sobre todo validos, al efectuarse sobre una base poblacional conocida (provincia, departamento asistencial u hospital) (45) (46) (47).

Estos indicadores pueden servir para decidir o comprobar eficacia de medidas preventivas (48) Por ejemplo que la mujer en las etapas posteriores del embarazo tiene un mayor riesgo de gripe grave que requiera ingreso hospitalario. La tasa de hospitalización por enfermedades respiratorias permite medir el riesgo de ese colectivo y fundamentar la recomendación de la vacuna de la gripe en mujeres embarazadas (49). Incluso ha servido para establecer hipótesis sobre la relación, entre las infecciones en la infancia y el posterior riesgo de cáncer en niños y adultos jóvenes. En Jerusalén se utilizó para deducir que la admisión hospitalaria en el 1er año de vida, debido a la infección, se asocia con un mayor riesgo de linfoma no Hodgkin (50). En la literatura científica se puede comprobar, la gran cantidad de estudios que utilizan el CMBD como fuente fundamental de los trabajos publicados.

Podríamos definir la historia clínica como la piedra angular en la práctica clínica y donde se apoya el sistema de información hospitalario. Desde el punto de vista documental, es el fichero maestro que contiene un conjunto de registros que identifican al paciente, que ha sido atendido en este nivel asistencial, por lo tan-

to, cada usuario solo debe tener una única historia, en la que contenga toda su información clínica, con independencia del episodio asistencial o servicio que la genere. La historia clínica computarizada se ha propuesto como un método para aumentar la eficiencia de los servicios médicos, el aumento de la calidad de la atención y disminución del número de errores (51). La legislación sanitaria relacionada con la información, la documentación clínica, que afectan a toda la nación está incluida en la Ley Orgánica de protección de Datos de Carácter Personal y la Ley básica Reguladora de la Autonomía del Paciente y los Derechos y Obligaciones en Materia de Información y Documentación Clínica, por otro lado cada comunidad autónoma edita las normas que desarrollan ambas leyes estatales y tienen su ámbito de aplicación local. Con el máximo respeto y cumplimiento con los principios legales, la historia clínica ha sido la fuente de información que ha permitido obtener y cotejar datos, necesarios, de las diversas variables para llevar a cabo este trabajo con la mayor exhaustividad.

■ 2.4. IDENTIFICACIÓN DEL PROBLEMA

Las enfermedades infecciosas superan las fronteras de las especialidades médicas y quirúrgicas constituyendo en si una especialidad. Es por ello, que se hace necesario identificar y cuantificar, aproximadamente, los procesos infecciosos que han sido tratados en un hospital y sobre todo, cuantos han sido causa principal de ingreso hospitalario.

No se encuentran trabajos que den resultados globales, sobre la incidencia que las enfermedades infecciosas suponen, en la población atendida y en relación con el número total de ingresos de un hospital (52). La mayoría de los estudios publicados se centran en un determinado tipo enfermedad, sin llegar a dibujar el espectro que la enfermedad infecciosa tiene, en el momento actual, como causa de ingreso, como proceso y la mortalidad asociada, dentro de este nivel asistencial (53).

Para la identificación de esta situación se ha utilizado la estadística descriptiva que como ciencia, estudia el comportamiento de los fenómenos de masas y, como todas las ciencias, busca las características generales de un colectivo determinado, en este caso, la población de personas ingresadas por una enfermedad infecciosa y/o con un proceso infeccioso con independencia de la causa principal de ingreso. De forma particular, conocer lo concerniente, de hecho, en la población asignada al Departamento sanitario, el cual permite conocer las tasas necesarias para completar el estudio.

Por tanto, el objetivo de este trabajo es hallar las regularidades que se encuentran en la población, y presentar hechos para que puedan ser fuente para estudios analíticos, de interpretación de los resultados, y valorar su impacto en la salud pública y la asistencia sanitaria.

Como en todo estudio descriptivo, es esencial, considerar cuidadosamente la validez de sus resultados, en relación con las distintas variables, sin embargo la disponibilidad de los datos y al estar realizado en un área geográfica pequeña permite definir con más facilidad unidades de observación relativamente más homogéneas al factor estudio.

El enfoque descriptivo de este trabajo va a permitir analizar las tasas de incidencia de las distintas enfermedades infecciosas, es decir, desde la perspectiva de incidencia de enfermedad infecciosa, como causa de ingreso, en relación al total de los ingresos existentes por año y en relación de una población determinada, donde se realiza el estudio. Así como las características de las enfermedades y la incidencia de muertes que se producen durante el ingreso hospitalario, asociadas a una enfermedad infecciosa que fue causa de ingreso hospitalario, durante un periodo de ocho años, y en función de las variables de sexo y grupos de edad.

El Hospital Universitario de la Ribera posee un importante desarrollo en cuanto al tratamiento automatizado e informatizado de los datos, situación que facilita la

calidad y la cantidad de la información disponible, lo que supone un avance para el estudio epidemiológico de las enfermedades, esencial para el conocimiento de las enfermedades, la prevención, la planificación sanitaria, gestión de recursos, así como, para la evaluación de las estrategias realizadas.

3. JUSTIFICACIÓN

La patología infecciosa sigue constituyendo un problema para los clínicos, gestores y ciudadanos. La morbi-mortalidad de la infección, hoy día, sigue siendo una preocupación y, por tanto, merece un estudio continuado.

La mayor parte de los trabajos sobre incidencia de la enfermedad infecciosa que requiere ingreso hospitalario, se ha realizado sobre enfermedades concretas y graves, pero no se ha logrado conocer una estimación global de los ingresos hospitalarios que se producen por los distintos procesos infecciosos.

Por ello, es necesario contribuir a un mayor conocimiento de la enfermedad infecciosa que precisa hospitalización e identificar aquellos procesos más frecuentes y servir de punto de partida de nuevos estudios de investigación que pudieran favorecer una mejora en la atención sanitaria.

Por lo antes expuesto, se consideró realizar este trabajo y ofrecer una visión general sobre las enfermedades infecciosas, la tipología de los grupos de enfermedades más prevalentes en el medio hospitalario y aproximarse a la incidencia real que estos procesos graves tienen, así como su peso relativo respecto a todos los ingresos hospitalarios.

Ante la escasez de estudios en España sobre la mortalidad intrahospitalaria global atribuible a los distintos procesos infecciosos, este estudio trata de examinar la incidencia de muertes asociadas a la EI, como causa principal de ingreso, por grupos de enfermedades, así como las tasas de mortalidad en relación con la población a estudio todo ello en función de las variables edad y sexo.

El estudio pretende también aportar una mayor comprensión acerca de la incidencia de las enfermedades infecciosas, responsables del ingreso hospitalario en un área geográfica. Al centrar la investigación en una población definida geográficamente y atendida

mayoritariamente en un solo hospital, permite obtener una visión sobre la importancia que las enfermedades infecciosas tienen, desde el punto de vista hospitalario, y en relación a una población determinada, que puede ser de utilidad en distintas áreas o departamentos de salud, tanto de esta Comunidad, como de otras regiones.

En definitiva, tratará de actualizar la importancia sanitaria de las enfermedades infecciosas graves desde una perspectiva general utilizando la óptica de la atención especializada.

4. HIPÓTESIS Y OBJETIVOS

Hipótesis Conceptual

- La patología infecciosa sigue constituyendo un importante problema desde la perspectiva hospitalaria

Objetivo General

- Conocer la morbi-mortalidad asociada a enfermedades infecciosas atendidas en el hospital.

Objetivos Específicos

- Estudiar la tasa de diagnósticos principales de enfermedades infecciosas al alta en relación al número total de altas.
- Conocer la incidencia de las enfermedades infecciosa admitidas al hospital en relación a la población asignada al departamento de salud.
- Analizar la frecuencia de agrupaciones de procesos infecciosos diagnosticados en el alta hospitalaria y establecer la comparación entre algunas variables como el sexo y la edad.
- Establecer la mortalidad hospitalaria asociada a los distintos grupos de enfermedades infecciosas, que fueron causa de diagnóstico principal, y analizar las variaciones que puedan existir en función de la edad y el sexo.

5. MATERIAL Y MÉTODOS

■ 5.1. DISEÑO DEL ESTUDIO

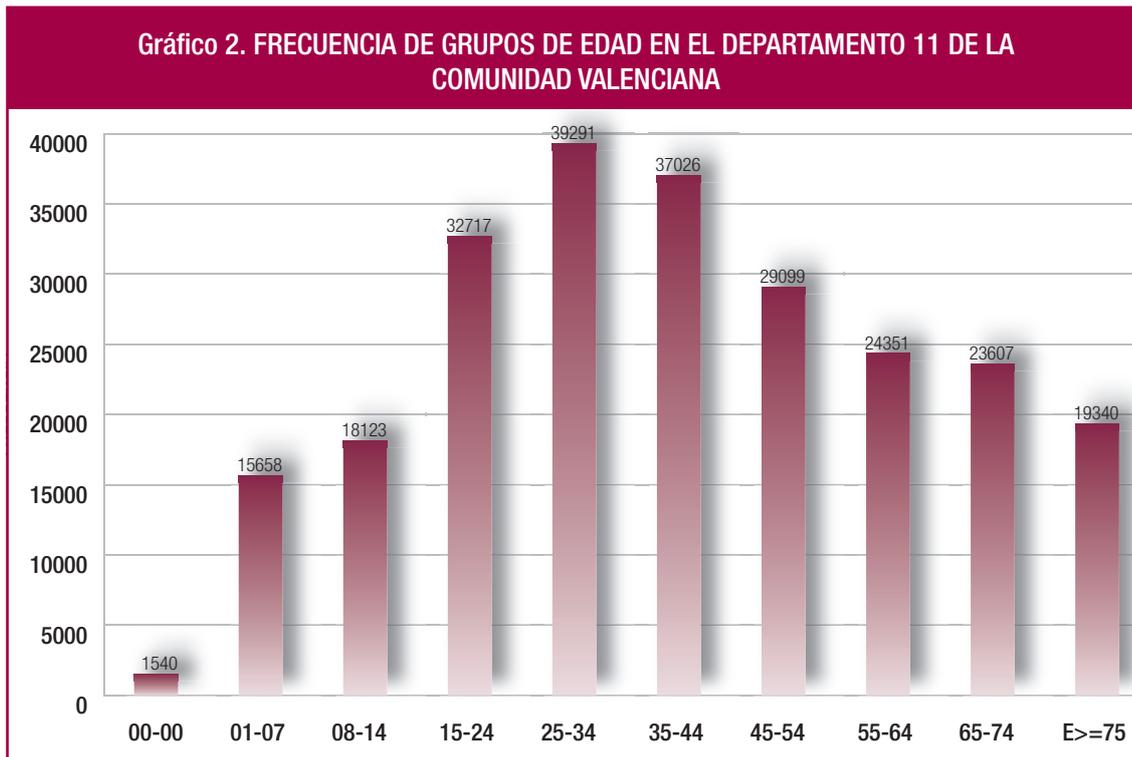
Se ha realizado un estudio descriptivo, observacional retrospectivo, de población ingresada en el Hospital Universitario de la Ribera cuyo diagnóstico principal y secundario fue una enfermedad infecciosa (población de estudio), mediante la revisión de 149.419 episodios de ingreso durante ocho años

El Departamento de Salud de la Ribera, que incluye atención especializada (Hospital Universitario de la Ribera) y atención primaria, es una institución de titularidad y financiación pública con gestión privada. Está situada en el sur de la provincia de Valencia. El Hospital Universitario de la Ribera, abrió sus puertas el 1 de enero de 1999, ha tenido, durante el periodo de estudio, una media de camas de 262. Satisface la demanda de atención sanitaria generada en la comarca de La Ribera de la Comunidad Valenciana, que abarca una población distribuida en más de 40 poblaciones. La institución cuenta con todos los avances tecnológicos sanitarios (las únicas áreas especializadas que no cubre son las de quemados, trasplantes y cuidados intensivos pediátricos). El Hospital está altamente informatizado y el soporte físico de la historia clínica se encuentra en formato electrónico. Su elevado grado de informatización permite una rápida transmisión de la información (resultados de laboratorio, imágenes radiológicas, opiniones médicas, etc.). En su Web www.hospital-ribera.com, se encuentra más información sobre la institución.

Se han analizado desde el 1 de enero de 1999 al 31 de diciembre del 2006 los datos contenidos en el CMBD de los pacientes cuya fecha de alta fuese anterior al 1 de enero del 2007.

La población diana la componen las personas que a nivel sanitario pertenecen al Departamento de Salud de la Ribera. Este Departamento de Salud de la Co-

En el gráfico nº 2, se aprecia la distribución de los grupos de edad formada por 34.309 niños en edad pediátrica, 157.829 adultos, (entre 14 a 64 años) y 41.716 mayores de 64 años, por tanto el porcentaje mayor es el de personas de edad adulta.

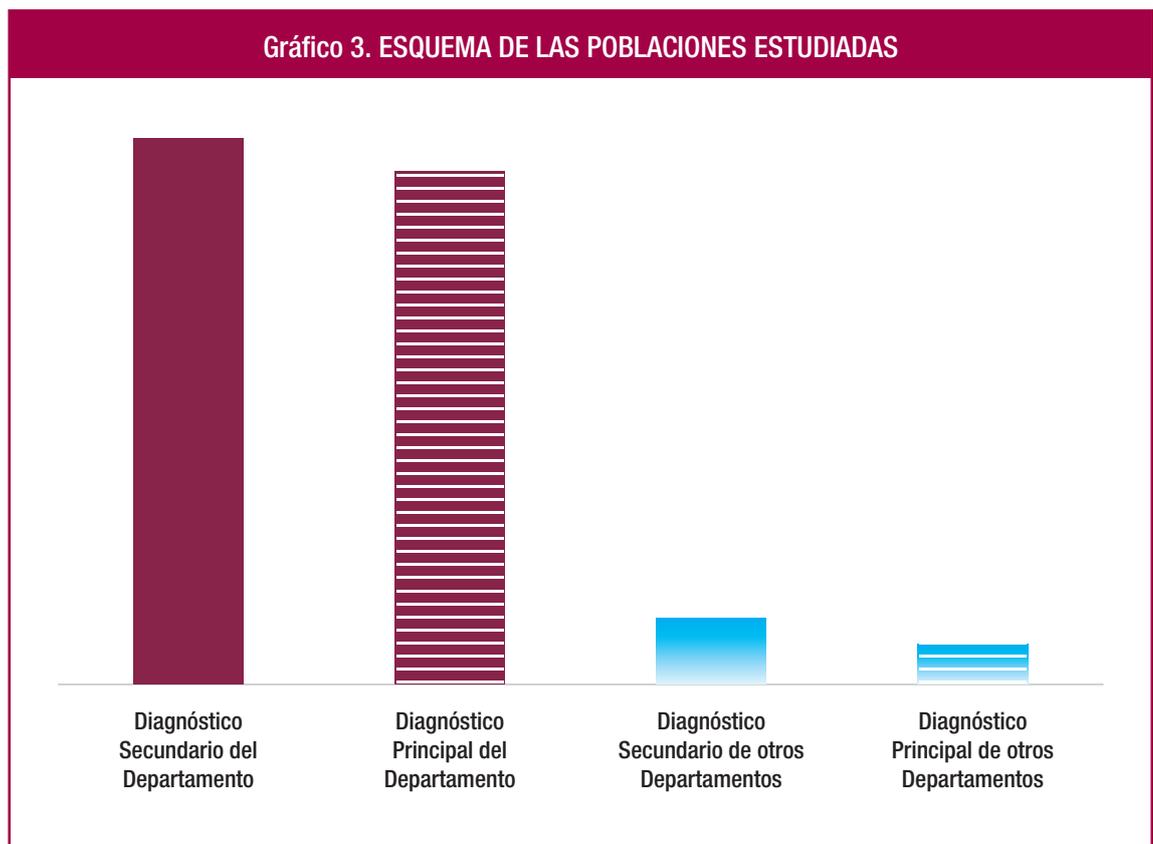


■ 5.2. POBLACIÓN DEL ESTUDIO Y FUENTES DE INFORMACIÓN

La población a estudio se consideró a todo paciente ingresado en el Hospital Universitario de la Ribera, entre los años 1999 al 2006, cuyo diagnóstico, al alta, fuese codificado como una enfermedad infecciosa, tanto en el diagnóstico principal como el secundario, en el CMBD.

Se han revisado un total de 149.419 episodios de ingresos hospitalarios analizando el ítem de diagnóstico principal y secundario contenidos en el CMBD. Se consideró caso al paciente ingresado en el Hospital Universitario de la Ribera con un diagnóstico principal o secundario de enfermedad infecciosa de acuerdo con el juicio clínico del informe de alta del paciente.

El criterio de inclusión para la selección de la muestra fue todo proceso nosológico que fuera codificado de acuerdo con la CIE 9-MC, cuarta edición actualizada en enero del 2002 con alguno de los códigos contenidos en el anexo I (Códigos estudiados referidos a enfermedades infecciosas). Por definición se asume como diagnóstico principal la causa que motivo el ingreso hospitalario, en nuestro caso todo paciente cuya causa de ingreso fue una enfermedad infecciosa, siendo el diagnóstico secundario, el episodio infeccioso que coexiste con el diagnóstico principal o se desarrolla durante el proceso de hospitalización pero que no supuso el motivo del ingreso. Los registros se distribuyeron en función de la pertenencia o no al departamento y del tipo de diagnóstico (principal o secundario).



La recogida de datos se hizo de forma automatizada. Posteriormente se depuraron los datos eliminando errores o diagnósticos repetidos. Los criterios

de exclusión de los episodios de ingreso fueron, error de codificación y los ingresos sucesivos por el mismo diagnóstico (pacientes que reingresaban en cortos espacios de tiempo por el mismo proceso).

Las variables principales fueron los diagnósticos de patología infecciosa, como causa principal de ingreso y como diagnóstico secundario, detectados a través del sistema de codificación de la CIE 9-MC y las variables sociodemográficas (edad, sexo, año de ingreso y pertenencia o no al Departamento sanitario). La mortalidad hospitalaria por procesos, en los casos que la EI fue el diagnóstico principal, fue otra variable.

Los datos establecidos en el CMBD de todas las entidades nosológicas recogidas en el anexo I complementados con los datos existentes en la historia clínica informatizada de atención especializada (SIAS) se agruparon minimizando la cantidad de datos analizados para maximizar su calidad.

5.3. REGISTRO Y ANÁLISIS DE LOS DATOS

Se archivaron en tablas donde se crearon campos para la identificación de las historias clínicas, nº SIP, episodio de ingreso, edad, sexo, población de vivienda, fecha de ingreso, alta y codificación, tipo y grupo de diagnóstico relacionado, mortalidad o no intrahospitalaria, y código de la CIE 9-MC, entre otros.

Se armonizaron los códigos del CIE con los diagnósticos, así como se comprobó, mediante la historia clínica electrónica, alguno de los datos discordantes o que requerían confirmación.

Si bien se ha seguido fielmente la codificación del CIE 9-MC, se han establecido grupos y subgrupos de enfermedades, por razones de operatividad, dichas asociaciones han seguido un criterio pragmático, conciliando la frecuencia de las enfermedades con interés infectológico.

Se agruparon las enfermedades infecciosas en los 18 grupos de la tabla 1.

TABLA 1. Grupos de enfermedades infecciosas	
Códigos	Título
001-009	ENFERMEDADES INFECCIOSAS INTESTINALES
010-018	TUBERCULOSIS
020-041	ENFERMEDADES BACTERIANAS
042	ENFERMEDAD POR EL VIRUS DE LA INMUNODEFICIENCIA HUMANA
045-088	ENFERMEDADES POR VIRUS, CLAMIDIAS Y RICKETTSIAS
090-104	ESPIROQUETOSIS Y ENFERMEDADES VENÉREAS
110-118	MICOSIS
120-136	ENFERMEDADES PARASITARIAS
320-383.22	ENFERMEDADES DEL SISTEMA NERVIOSO CENTRAL Y ORGANOS DE LOS SENTIDOS
420-422.92	ENFERMEDADES DEL APARATO CIRCULATORIO
460-519	ENFERMEDADES DEL APARATO RESPIRATORIO
522.0-576.1	ENFERMEDADES DEL APARATO DIGESTIVO
590-616.4	ENFERMEDADES DEL APARATO GENITOURINARIO
634.0-675.94	INFECCION EN GESTACIÓN PARTO Y PUERPERIO
680-686.9	INFECCIONES DE LA PIEL Y DEL TEJIDO CELULAR SUBCUTÁNEO
711-730.99	ENFERMEDADES MUSCULO-ESQUELETICA-CONECTIVAS
771-790.8	INFECCIONES CON ORIGEN EN EL PERIODO PERINATAL
958.3-996.62	INFECCIÓN POR DISPOSITIVO, IMPLANTE, INJERTO, POSTQUIRÚRGICA O POSTRAUMÁTICA

Para facilitar el análisis se han subdivido en 40 subgrupos organizados por orden alfabético que se especifican en la tabla nº 2:

TABLA 2. Relación de los Subgrupos de enfermedades

APENDICITIS
ARTRITIS
COLECISTITIS Y OTRAS E. DE AD
E. BACT. ZOONOTICAS
ESPIROQUETOSIS NO VENÉREAS
GRIPE
HELMINTIASIS
HEPATITIS Y OTRAS I. POR VIRUS Y CHLAMYDIAE
I POST QUIRÚRGICA O CATETER
I. CARDIACAS
I. CAVIDAD ORAL Y GLÁNDULAS
I. DE HERIDA POSTRAUMATICA
I. EN EL EMBARAZO Y PARTO
I. GENITALES MASCULINOS
I. INTEST. NO SALMONELÓSICAS
I. O. PÉLVICOS FEMENINOS Y MAMA
I. OJO Y ANEXOS
I. PERINATAL
I. PIEL Y T. C. SUBCUTÁNEO
I. PUERPERIO
I. RESP. AGUDA (SIN NEUMONIA, GRIPE O PLEURESIA)
I. URINARIAS
I. VIH
I. VIRAL CON EXANTEMA O POR ARTRÓPODOS
I. VIRAL SN (NO POR ARTRÓP. NI EXANT.)
MENINGITIS Y OTRAS DEL SN
MICOSIS
MIOSITIS INFECCIOSA
NEUMONIA
OSTEOMIELITIS
OTITIS Y MASTOIDITIS
PERITONITIS Y ABSCESO INTESTINAL
PLEURESIA Y OTRAS I. DEL A.R.
RICKETTSIOSIS Y OTRAS I. POR ARTRÓPODOS
SALMONELOSIS
SEPSIS Y OTRAS E. BACT. (NO ZOONOTICAS)
SÍFILIS Y OTRAS E. VENÉREAS
SINUSITIS CRÓNICA Y OTRAS I. TRS
TOXOPLASMOSIS Y OTRAS PARASITARIAS
TUBERCULOSIS

■ 5.4. ANÁLISIS ESTADÍSTICO DE LOS DATOS

Se ha calculado la tasa de incidencia de ingresos con diagnóstico de patología infecciosa como causa de ingreso de los CMBD correspondientes a los pacientes del Departamento 11, y estratificada por distintos tipos de enfermedades infecciosas, edades y sexo, así como la tasa de incidencia EI en relación a todos los ingresos hospitalarios durante el periodo de estudio. Para hallar las tasas de incidencia se consideró que la población de la Ribera atendida en el Hospital era una población dinámica estable de 233.854 habitantes; es decir, que el número de entradas y salidas de la población era homogéneo a lo largo de los 8 años. El número de altas totales del Hospital de la Ribera, en ese mismo periodo, fue de 149.419.

El estudio de mortalidad se realizó en función del diagnóstico principal, de los grupos y subgrupos de enfermedad, grupo etáreo y sexo, por 100 altas hospitalarias de enfermedades infecciosas de diagnóstico principal.

Se ha empleado una estadística descriptiva para las variables cualitativas y cuantitativas utilizando frecuencias y medidas de dispersión para la organización y resumen de los datos observados utilizando Excel y el paquete estadístico SPSS versión 15. Se estudiaron las incidencias de grupos de enfermedades y tasas de mortalidad. Se analizaron tendencias de altas a lo largo de los meses de subgrupos de enfermedad. En la representación visual de las propiedades más importantes de los datos se han empleado histogramas, diagramas de caja y pirámides poblacionales (distribución, tendencia central y dispersión). En los diagramas de caja se representaron las medianas y sus cuartiles. Para la representación gráfica de la distribución por edad y sexo se utilizaron las pirámides poblacionales.

La medida de la probabilidad estadística de padecer, desarrollar o estar expuesto a un proceso mórbido se realizó mediante el riesgo absoluto o relativo. Las variables cualitativas se compararon con tablas de contingencia mediante la Chi-cuadrado.

En los contrastes de hipótesis o de significación estadística (valor de p) para rechazar la hipótesis nula prefijamos el valor de $p < 0,05$. Así, cuando el valor de p estaba por debajo de $0,05$, se ha indicado que el resultado es estadísticamente significativo.

6. RESULTADOS

■ Los resultados del estudio se describen en los 4 apartados siguientes:

1. Diagnósticos realizados: Resultados en base al número total de los registros detectados, en el CMBD, que hacen referencia a una enfermedad infecciosa, incluyendo diagnóstico principal y secundario, así como los hallazgos en relación a otras variables estudiadas sobre el total de dichos registros.

2. Enfermedades infecciosas como causa principal de ingreso: Tasa de enfermedades infecciosas en relación a todos los ingresos en el hospital, y en función de las frecuencias de diagnósticos.

3. Tasas de incidencia de ingresos de EI en función de la población del Departamento 11: tasas en función de la población 233.854 habitantes y en relación a las distintas variables.

4. Mortalidad hospitalaria: asociada al diagnóstico principal de EI; tasas de mortalidad por edad, sexo y en función de la población del Departamento.

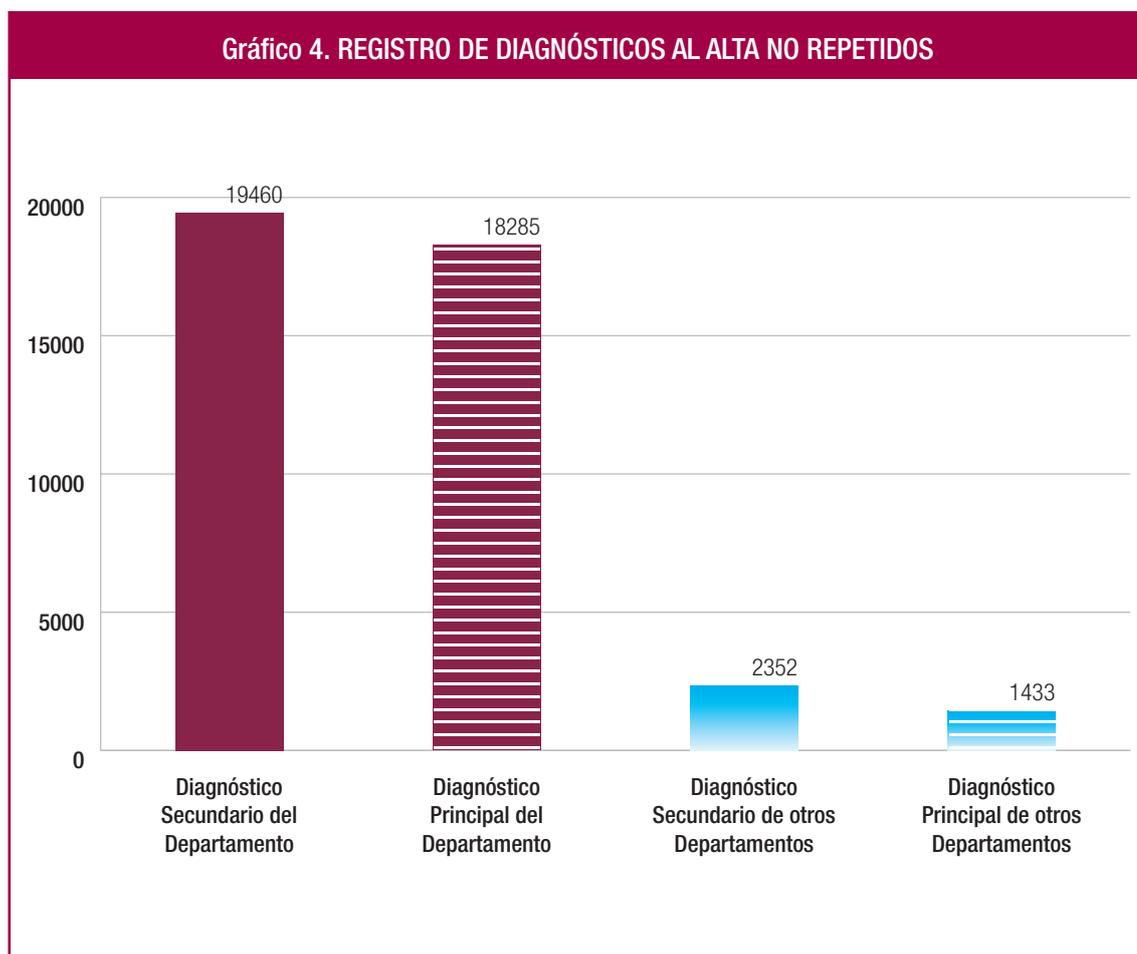
■ 6.1. DIAGNÓSTICOS DE ENFERMEDADES INFECCIOSAS REALIZADOS

Nº total de registros de EI: 41.530

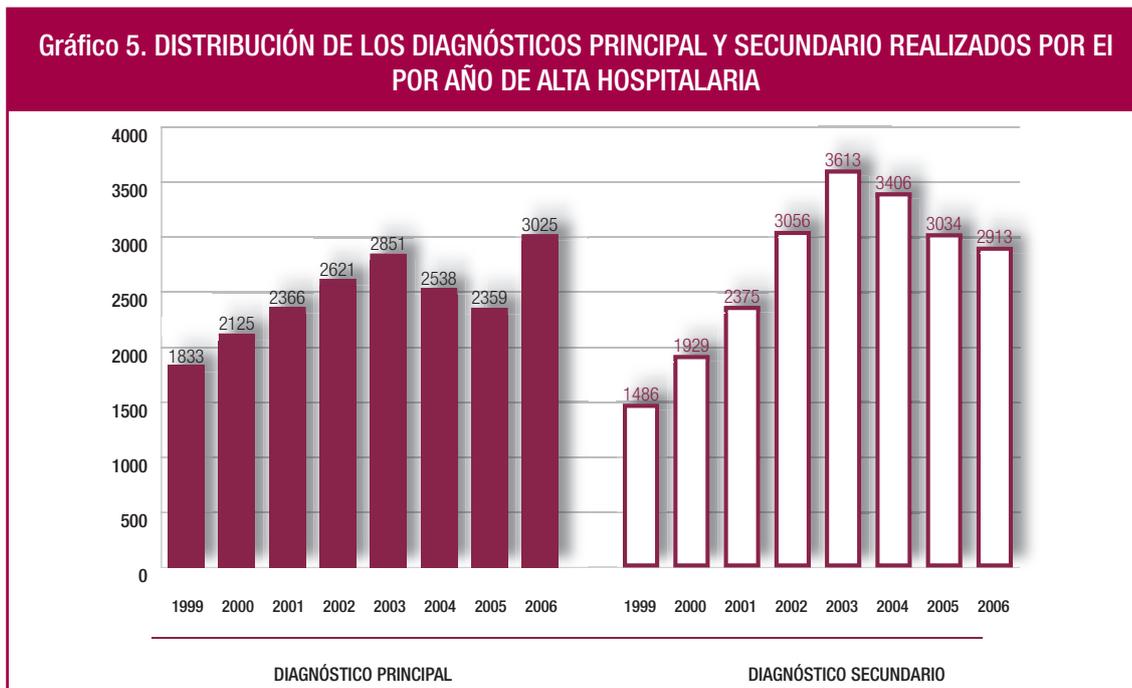
Durante el periodo de estudio (1 de enero 1999 al 31 de diciembre de 2006) se produjeron 149.419 altas hospitalarias, en las cuales se detectaron 41.841 registros con diagnóstico de patología infecciosa. Tras analizar y depurar las repeticiones y los posibles errores, se encontraron un total de 41.530 diag-

nósticos validos (D. principal y secundario), referentes a patología infecciosa, en 23.786 pacientes distintos ingresados en el Hospital Universitario de la Ribera.

De los 41.530 diagnósticos codificados al alta hospitalaria, la causa principal de ingreso se debía, en 19.718 registros, a una enfermedad infecciosa, lo que supone un 47,5% de los episodios estudiados, y, en 21.812 (52,5%), la EI se detecta como diagnóstico secundario. El gráfico nº 4 muestra el esquema de los diagnósticos estudiados, en función del tipo de diagnóstico (principal y secundario) y en relación a la pertenencia o no del paciente al Departamento sanitario de Alzira. Como se puede observar, la mayoría de los registros pertenecían a pacientes asignados a este departamento sanitario.

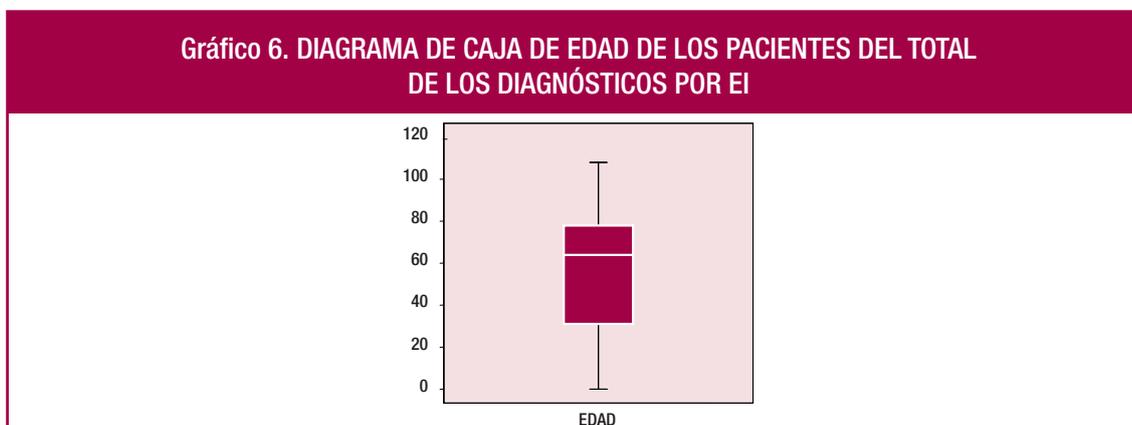


En el gráfico n° 5, aparece la distribución por años de los diagnósticos principales y secundarios.

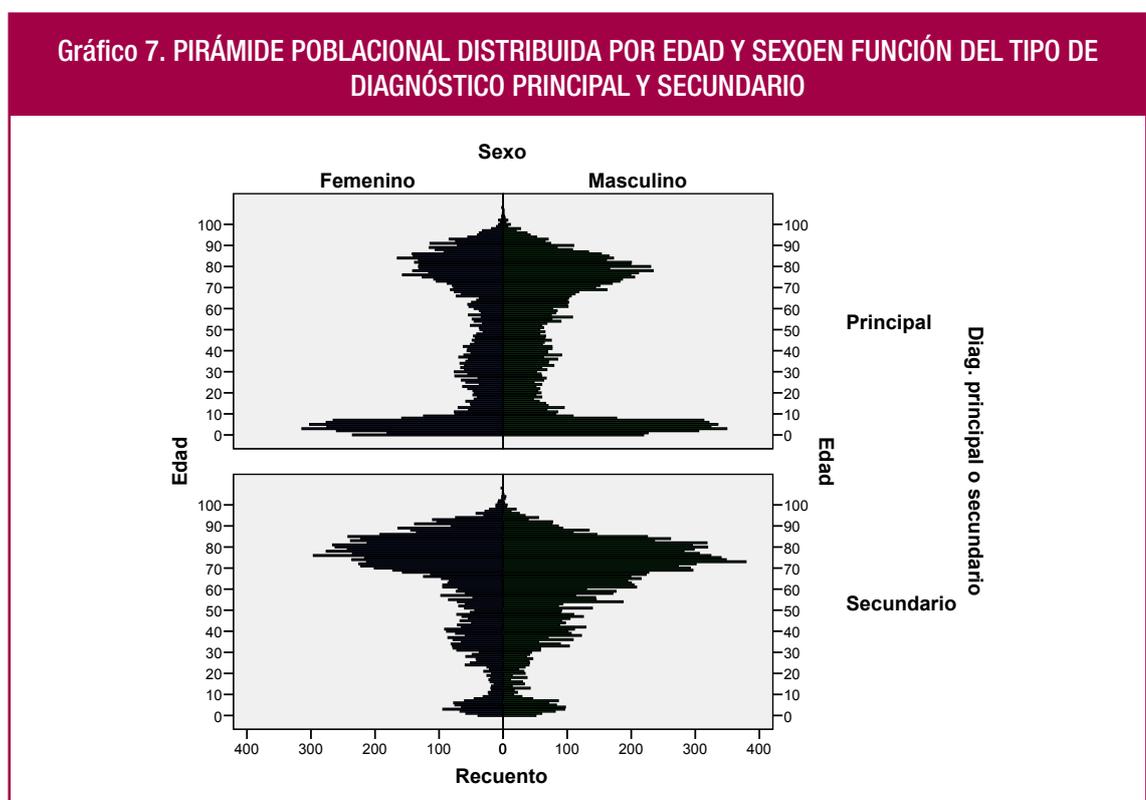


Al analizar los CMBD, de todos los registros validos incluidos, se observa que la mediana es de 64 años (p25 de 31 y p75 de 78; rango de 0 a 108 años).

El gráfico n° 6 muestra el diagrama de caja con la distribución de las edades de los pacientes, halladas en los diagnósticos.



La distribución de las edades, en los diagnósticos totales de EI (principales y secundarios) fue distinta, como se aprecia en el gráfico 7, así como la distribución por sexo: El 56,6% de los diagnósticos se produjo en hombres, frente al 47,4% que correspondieron a mujeres con una distribución poblacional anormal respecto a hombres y mujeres. El gráfico n° 7 aparece la pirámide poblacional (de la población a estudio) del total de diagnósticos de EI segmentada por edad y sexo



Las edades variaron según el grupo diagnóstico. Como se puede apreciar en el gráfico 7, el mayor número de diagnósticos, tanto principales como secundarios y en todas las edades, predominan en la población masculina.

Al segmentar las edades en tres grupos etáricos: edad pediátrica, adultos y mayores, se detectó que el 17,2% de los diagnósticos se produjeron en edad pediátrica (inferior a 14 años), un 33,1% se encontraba entre 14 y 64 años (adultos) y el 49,5% eran mayores de 64 años.

En el anexo II, se encuentra el listado completo por orden alfabético y el número de todos los diagnósticos hallados de EI al alta hospitalaria durante los 8 años.

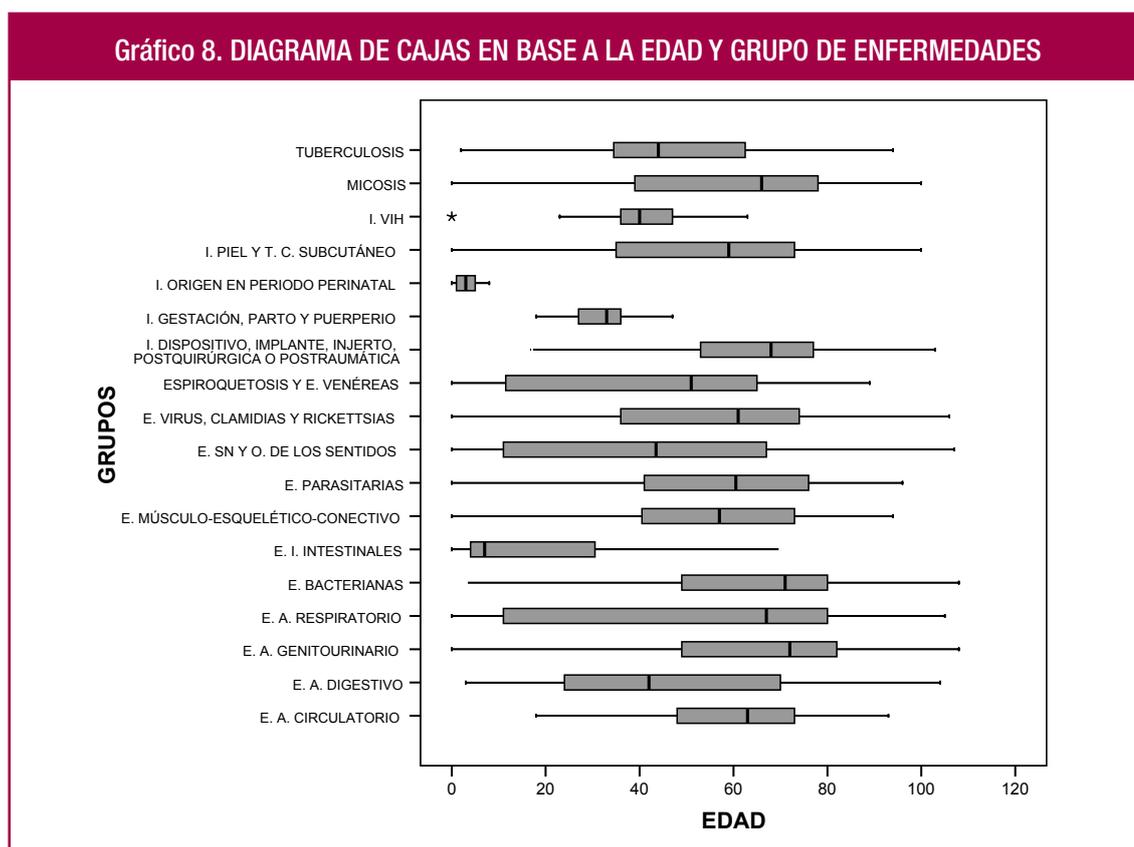
Todos diagnósticos codificados, se distribuyeron, inicialmente, en 18 categorías o grupos adaptados al CIE 9-MC.

En la tabla nº 3, se observa la cuantía de todos los diagnósticos seleccionados y distribuidos en los 18 grupos. La mayoría de episodios diagnosticados, corresponden a códigos del grupo de “E. del aparato respiratorio”, seguidos en orden decreciente de las “E. bacterianas”, “Ei del aparato genitourinario”, “E por virus, clamidias y rickettsias” y “Ei del aparato digestivo”.

TABLA 3. Relación de número absoluto de todos los diagnósticos de EI, distribuidos por grupos de enfermedad

E. A. CIRCULATORIO	266
E. A. DIGESTIVO	3190
E. A. GENITOURINARIO	6164
E. A. RESPIRATORIO	12822
E. BACTERIANAS	6776
E. I. INTESTINALES	1572
E. MÚSCULO-ESQUELÉTICO-CONECTIVO	307
E. PARASITARIAS	254
E. SN Y O. DE LOS SENTIDOS	575
E. VIRUS, CLAMIDIAS Y RICKETTSIAS	4494
ESPIROQUETOSIS Y E. VENÉREAS	88
I. DISPOSITIVO, IMPLANTE, INJERTO, POSTQUIRÚRGICA O POSTRAUMÁTICA	2154
I. GESTACIÓN, PARTO Y PUERPERIO	105
I. ORIGEN EN PERIODO PERINATAL	239
I. PIEL Y T. C. SUBCUTÁNEO	1033
I. VIH	417
MICOSIS	766
TUBERCULOSIS	308
TOTAL GENERAL	41530

El siguiente gráfico n° 8 evidencia la distinta distribución de las edades de los diagnósticos en función de los grupos de enfermedad.



En la tabla n° 4, se detallan la relación de los subgrupos de enfermedades y el número absoluto de diagnósticos (principal y secundario) en los 8 años. Al disgregar los grupos en 40 subgrupos de enfermedad y la frecuencia de diagnósticos (principal y secundario), se puede apreciar como la neumonía y otros procesos respiratorios son los episodios con mayor número de diagnosticados. Cabe resaltar, respecto a la tabla 1 (grupos de enfermedad), algún subgrupo como el de infección postquirúrgica o catéter con 2.114 (número absoluto) diagnósticos, así como el subgrupo de infecciones de la piel y tejido celular subcutáneo con 1.053 diagnósticos. Dentro del grupo codificado como enfermedades del aparato digestivo, se encuentra el subgrupo de “apendicitis” con 1.864 registros, el de “colecistitis y otras E del aparato digestivo” con 605 registros y el de “peritonitis y absceso intestinal” con 570 episodios.

TABLA 4. Relación en números absolutos de los diagnósticos de EI por subgrupos de enfermedades

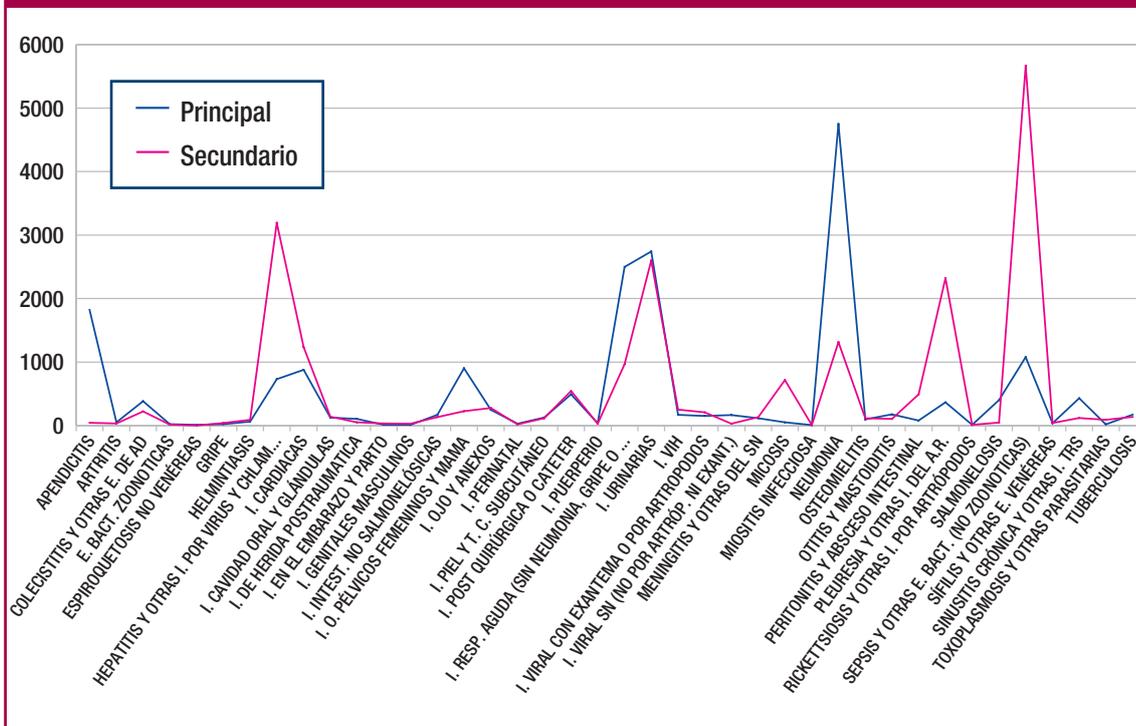
Subgrupos	D. Principal	D.Secundario	Total
APENDICITIS	1820	44	1864
ARTRITIS	50	32	82
COLECISTITIS Y OTRAS E. DE AD	382	223	605
E. BACT. ZOONOTICAS	21	14	35
ESPIROQUETOSIS NO VENÉREAS	10	1	11
GRIPE	22	39	61
HELMINTIASIS	60	89	149
HEPATITIS Y OTRAS I. POR VIRUS Y CHLAMYDIAE	731	3190	3921
I POST QUIRÚRGICA O CATETER	878	1236	2114
I. CARDIACAS	125	141	266
I. CAVIDAD ORAL Y GLÁNDULAS	102	49	151
I. DE HERIDA POSTRAUMATICA	9	31	40
I. EN EL EMBARAZO Y PARTO	10	30	40
I. GENITALES MASCULINOS	169	134	303
I. INTEST. NO SALMONELÓSICAS	901	224	1125
I. O. PÉLVICOS FEMENINOS Y MAMA	247	274	521
I. OJO Y ANEXOS	30	19	49
I. PERINATAL	126	113	239
I. PIEL Y T. C. SUBCUTÁNEO	489	544	1033
I. PUERPERIO	37	28	65
I. RESP. AGUDA (SIN NEUMONIA, GRIPE O PLEURESIA)	2499	965	3464
I. URINARIAS	2741	2599	5340
I. VIH	168	249	417
I. VIRAL CON EXANTEMA O POR ARTRÓPODOS	151	209	360
I. VIRAL SN (NO POR ARTRÓP. NI EXANT.)	164	30	194
MENINGITIS Y OTRAS DEL SN	116	133	249
MICOSIS	50	716	766
MIOSITIS INFECCIOSA	7	8	15
NEUMONIA	4749	1312	6061
OSTEOMIELITIS	95	115	210
OTITIS Y MASTOIDITIS	174	103	277
PERITONITIS Y ABSCESO INTESTINAL	79	491	570
PLEURESIA Y OTRAS I. DEL A.R.	366	2323	2689
RICKETTSIOSIS Y OTRAS I. POR ARTRÓPODOS	10	9	19
SALMONELOSIS	399	48	447
SEPSIS Y OTRAS E. BACT. (NO ZOONOTICAS)	1077	5664	6741
SÍFILIS Y OTRAS E. VENÉREAS	36	41	77
SINUSITIS CRÓNICA Y OTRAS I. TRS	430	117	547
TOXOPLASMOSIS Y OTRAS PARASITARIAS	17	88	105
TUBERCULOSIS	171	137	308
TOTAL GENERAL	19718	21812	41530

Al comparar los subgrupos por tipo de diagnóstico (principal o secundario), se puede observar que los registros por “neumonía” se producen, fundamentalmente, como diagnósticos principales, sin embargo existe un número importante de registros de “neumonía” como diagnósticos secundarios. En cambio, aparece gran disparidad en la distribución del número de diagnósticos codificados en el subgrupo de “hepatitis y otras infecciones por virus y clamidias”, ya que la mayoría se ha contabilizado como diagnóstico secundario; lo mismo ocurre con los registros de “sepsis y otras enfermedades bacterianas” y “peritonitis y absceso intestinales”. Los registros incluidos en el subgrupo de infecciones urinarias, así como, los incluidos en los subgrupos de: “postquirúrgica o catéter”, “piel y tejido celular subcutáneo”, “I. del aparato circulatorio” o “las infecciones de órganos pélvicos femeninos y mama” aparecen, en números absolutos, muy igualados en ambos tipos de diagnósticos. En los procesos de aparato digestivo, se aprecia un predominio de diagnósticos principales en cuanto a “apendicitis”, siendo similar el número de diagnósticos principal y secundario en el subgrupo de “colecistitis y otras enfermedades de aparato digestivo”.

El orden de frecuencias de diagnósticos secundarios, es el siguiente: 1º “sepsis y otras enfermedades bacterianas no zoonóticas” con 5.664 registros; 2º el subgrupo de “hepatitis y otras infecciones por virus, clamidias y rickettsias” (3.190), 3º “infecciones urinarias” (2.599) y 4º las enfermedades codificadas en el subgrupo de “pleuresía y otras enfermedades del aparato respiratorio” con 2.323 diagnósticos secundarios.

El gráfico nº 9 esquematiza la frecuencia de diagnósticos principales y secundarios, se puede apreciar el predominio de diagnósticos de, “neumonía” como diagnóstico principal y de “sepsis y otras enfermedades bacterianas no zoonóticas” como diagnósticos secundarios. En cambio no existe prácticamente diferencia en cuanto al tipo de diagnóstico en el subgrupo de “infecciones urinarias”.

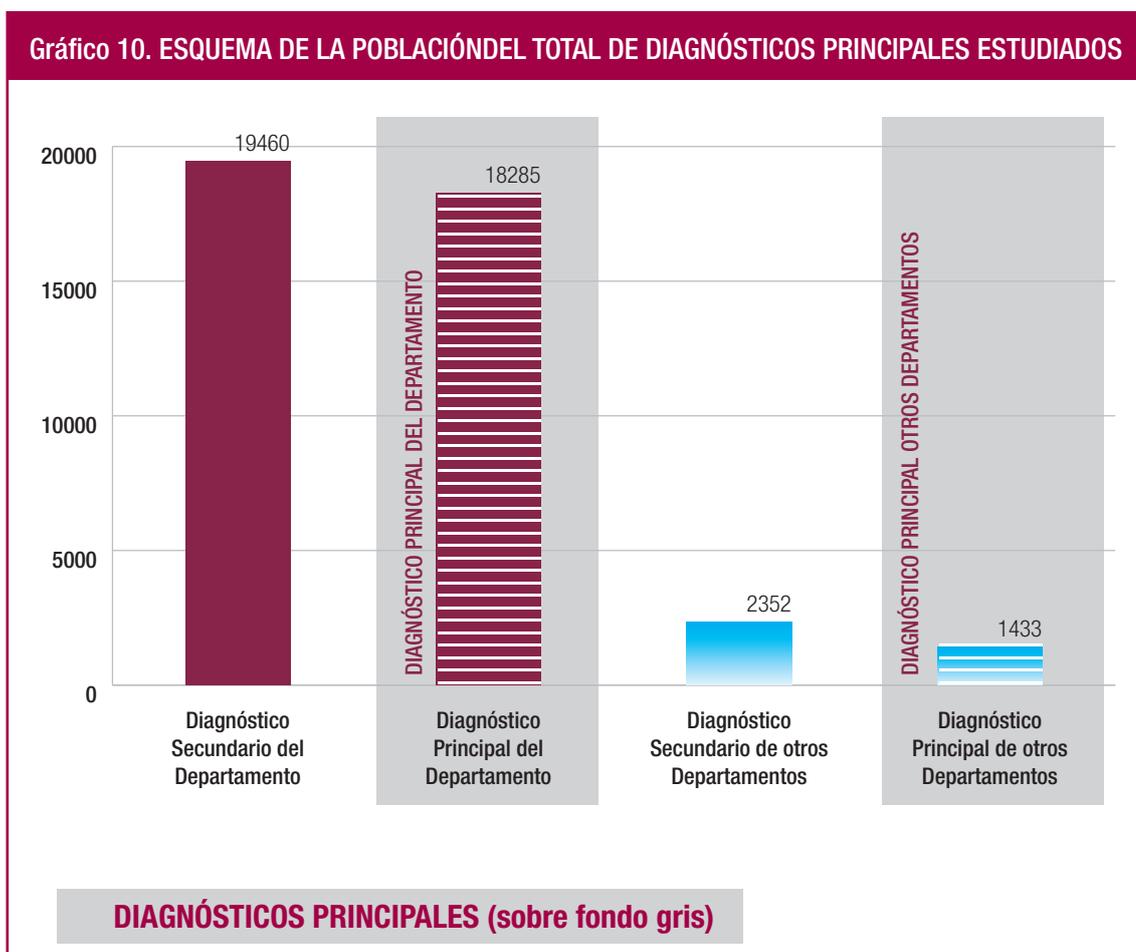
Gráfico 9. FRECUENCIA DE DIAGNÓSTICOS (PRINCIPAL Y SECUNDARIO) POR SUBGRUPOS DE EI



■ 6.2. ENFERMEDAD INFECCIOSA COMO DIAGNÓSTICO PRINCIPAL

Nº de diagnósticos principales: 19.718

El número total de ingresos en el hospital fue de 149.419 y los registros analizados por patología infecciosa (41.530), con independencia de la pertenencia o no al departamento sanitario, el número total de diagnósticos principales hallados en el CMBD por una enfermedad infecciosa, fue de 19.718, lo que supone una tasa de 132 por mil ingresos hospitalarios por EI en los ocho años (cálculo sobre los registros del histograma en rayas horizontales).



La mediana de edad fue de 49 años, a diferencia de la edad en los diagnósticos secundarios que fue de 69 como se puede visualizar en el grafico n° 11.

Gráfico 11. DIAGRAMA DE CAJA CON RESPECTO A LOS DIAGNÓSTICOS PRINCIPAL Y SECUNDARIO

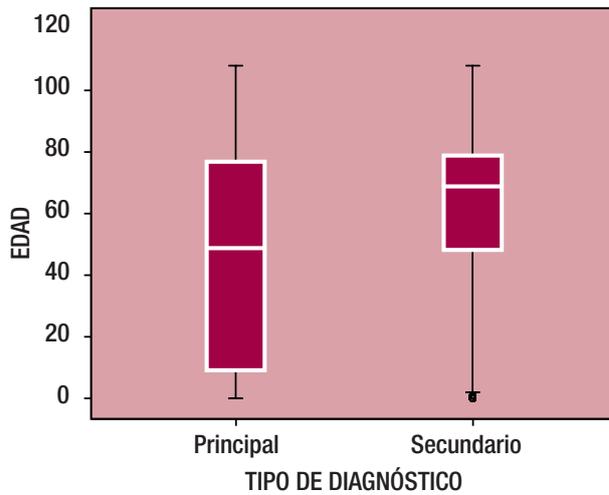
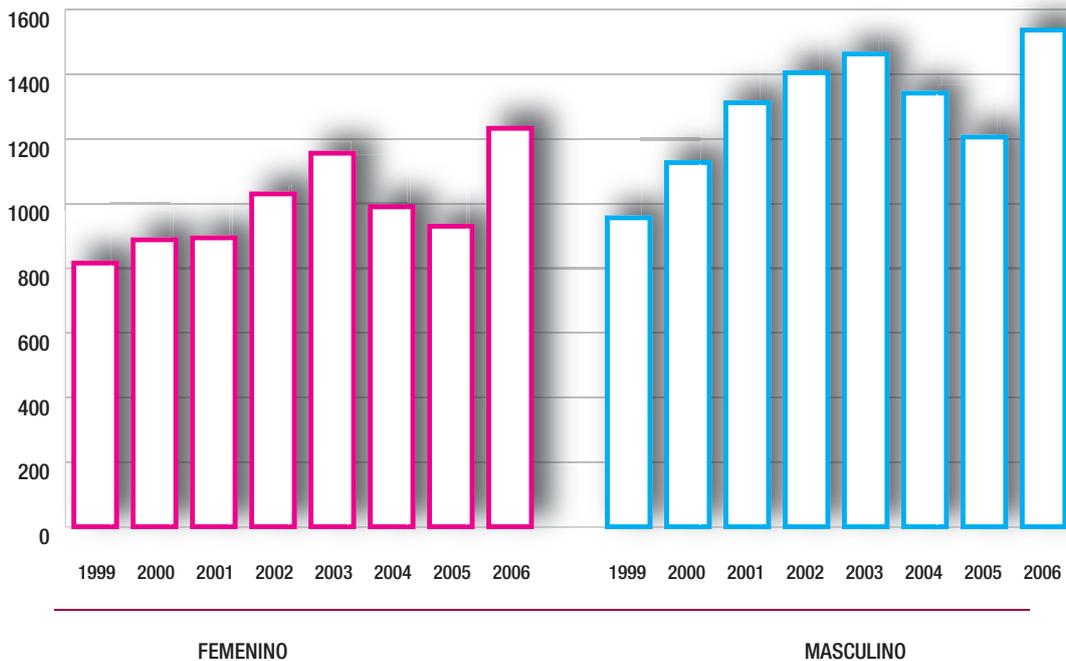
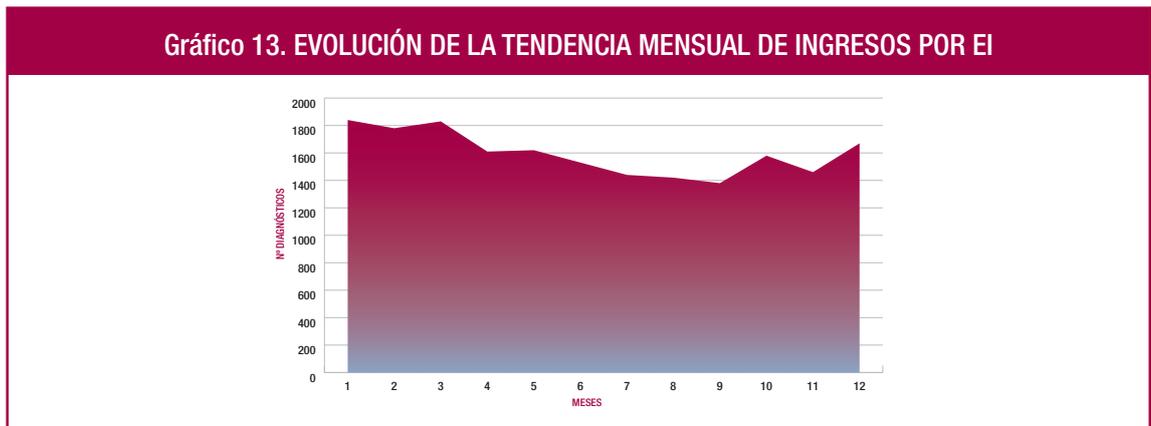


Gráfico 12. DIAGNÓSTICO PRINCIPAL DE EI DISTRIBUIDO POR SEXO Y AÑO DE ALTA

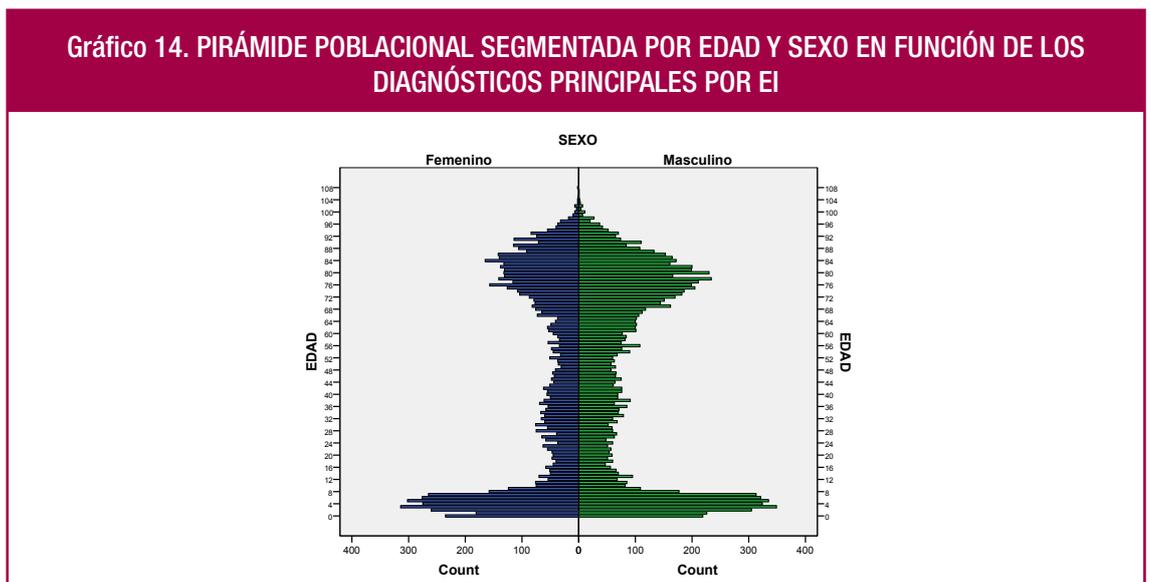


Al estudiar la evolución de las tendencias de ingresos de EI a lo largo del año, se aprecia una curva creciente de egresos que comienza en otoño y es máxima en invierno.

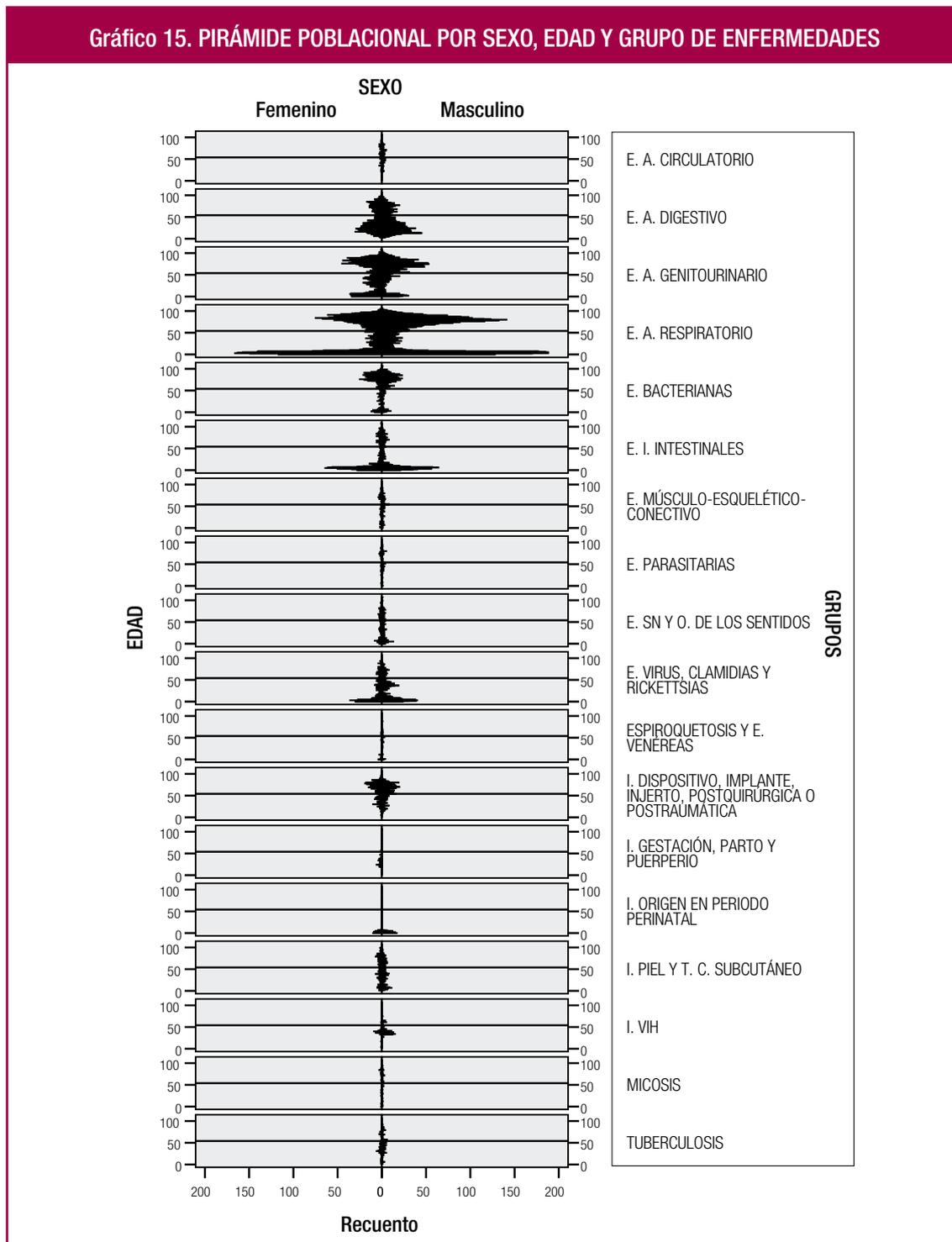
En el gráfico nº 13 se observa que en el primer trimestre del año se producen el número mayor de ingresos.



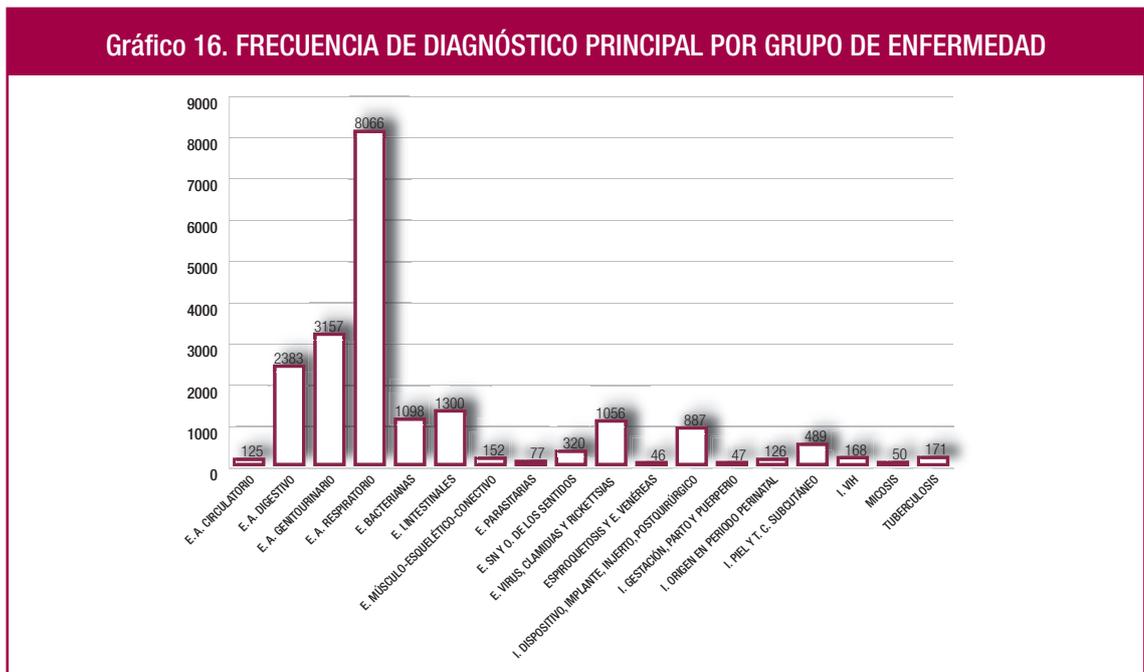
El gráfico nº 14 se describe que, en la pirámide poblacional aparecen 3 curvas de incidencia de diagnósticos según la edad y sexo: un pico de mayor número de diagnósticos en la edad pediátrica, una segunda curva, menos pronunciada, entre los 20 a 44 años y la tercera curva de mayor incidencia con un pico máximo, entre los 72 y 88 años.



En el siguiente gráfico n° 15 se observa, diferencias en las pirámides poblacionales al distribuir los diagnósticos principales por grupos de enfermedades, edad y sexo.



El gráfico nº 16 evidencia los grupos de enfermedades con mayor número de diagnósticos: “E del aparato respiratorio”, “genitourinario”, “digestivo” e “intestinales”.



El gráfico nº 17 muestra la evolución mensual del número de ingresos, en función del grupo de enfermedades infecciosas. Los ingresos por “E. aparato respiratorio” son sensiblemente menores en épocas estivales y los picos, máximos, aparecen en los 3 primeros meses del año. Sin embargo, la tendencia de egresos por E de aparato genitourinario alcanza picos máximos durante el verano.

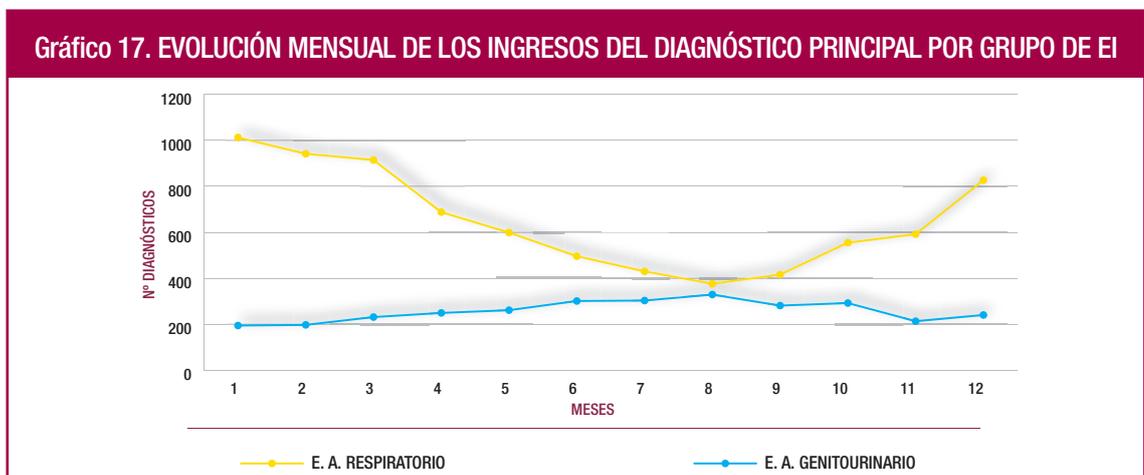
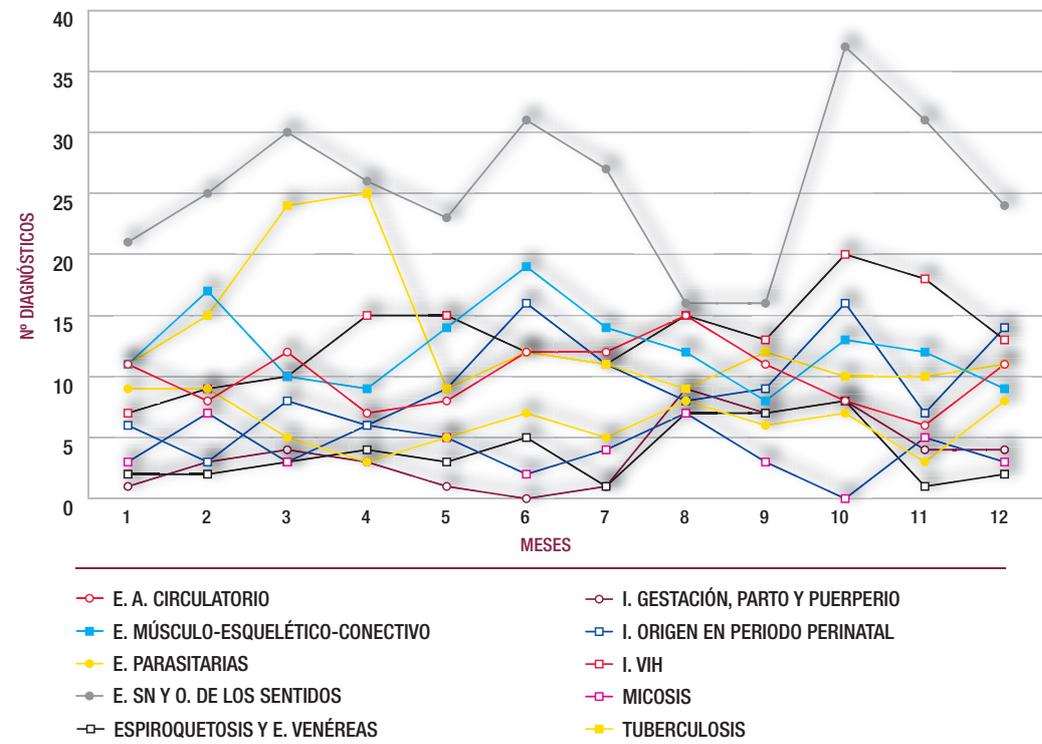
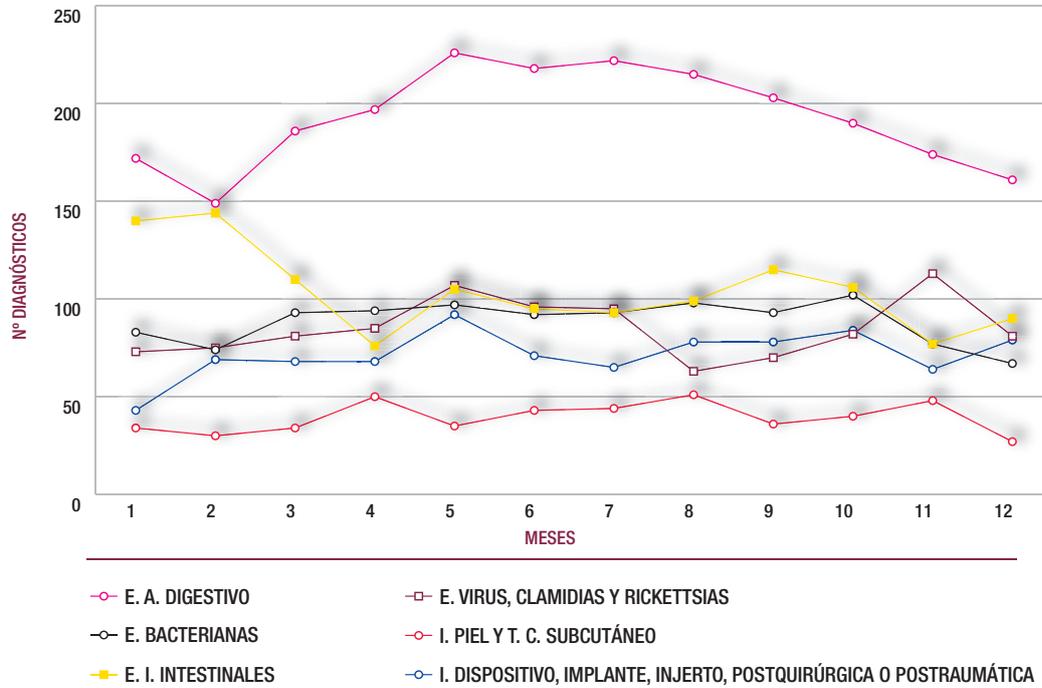


Gráfico 17. Cont. EVOLUCIÓN MENSUAL DE LOS INGRESOS DEL DIAGNÓSTICO PRINCIPAL POR GRUPO DE EI



En la tabla nº 5, puede observar la frecuencia de diagnósticos principales distribuidos por subgrupos de enfermedades y en función del sexo.

TABLA 5. Relación de la frecuencia de diagnósticos principales por subgrupos de enfermedades y sexo			
Subgrupos	Hombres	Mujeres	Total
APENDICITIS	1079	741	1820
ARTRITIS	31	19	50
COLECISTITIS Y OTRAS E. DE AD	190	192	382
E. BACT. ZOONOTICAS	12	9	21
ESPIROQUETOSIS NO VENÉREAS	10	0	10
GRIPE	10	22	22
HELMINTIASIS	38	22	60
HEPATITIS Y OTRAS I. POR VIRUS Y CHLAMYDIAE	403	328	731
I POST QUIRÚRGICA O CATETER	475	403	878
I. CARDIACAS	86	39	125
I. CAVIDAD ORAL Y GLÁNDULAS	45	57	102
I. DE HERIDA POSTRAUMATICA	7	2	9
I. EMBARAZO Y PARTO	0	10	10
I. GENITALES MASCULINOS	169	0	169
I. INTEST. NO SALMONELÓSICAS	467	434	901
I. O. PÉLVICOS FEMENINOS Y MAMA	4	243	247
I. OJO Y ANEXOS	19	11	30
I. PERINATAL	78	28	126
I. PIEL Y T. C. SUBCUTÁNEO	275	214	489
I. PUERPERIO	0	37	37
I. RESP. AGUDA (SIN NEUMONIA, GRIPE O PLEURESIA)	1311	1188	2499
I. URINARIAS	1332	1409	2741
I. VIH	133	35	168
I. VIRAL CON EXANTEMA O POR ARTRÓPODOS	94	57	151
I. VIRAL SN (NO POR ARTRÓP. NI EXANT.)	114	50	164
MENINGITIS Y OTRAS DEL SN	68	38	116
MICOSIS	34	16	164
MIOSITIS INFECCIOSA	34	16	50

TABLA 5. Continuación

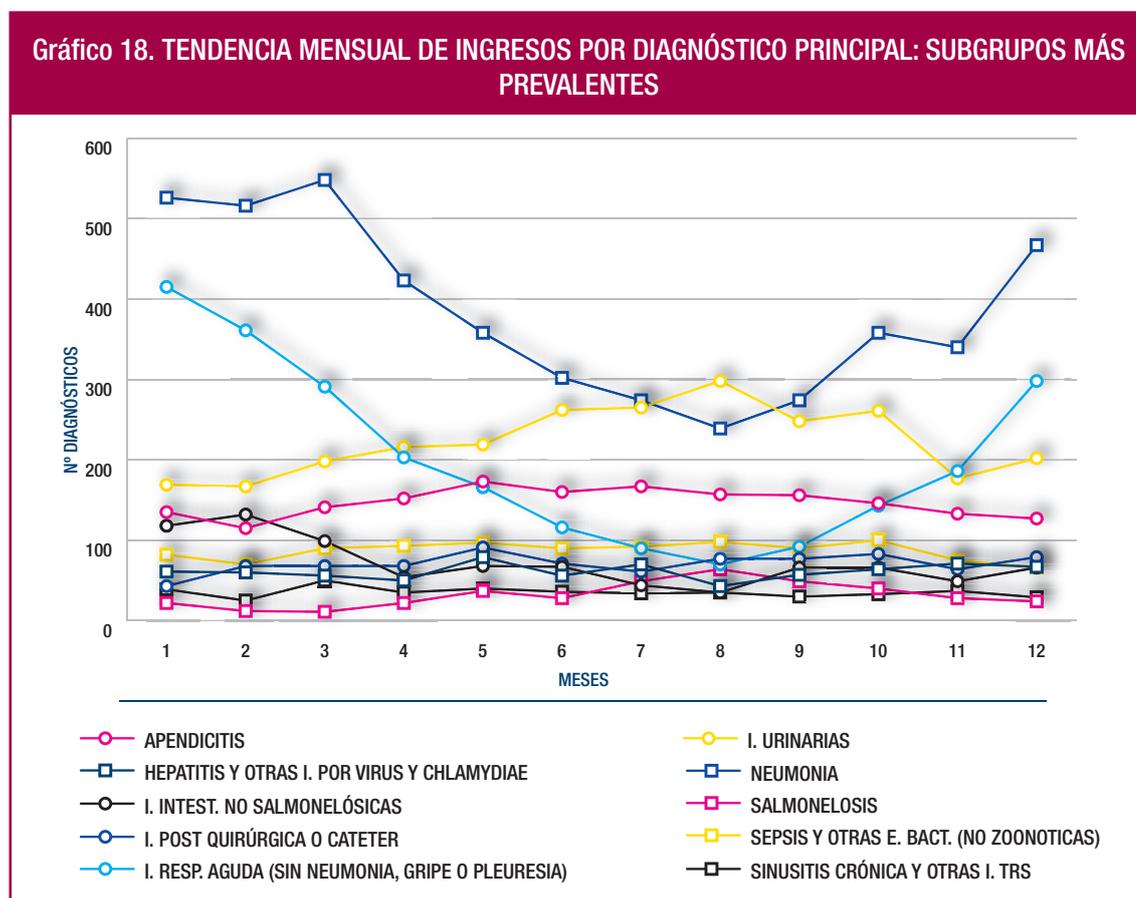
Subgrupos	Hombres	Mujeres	Total
NEUMONIA	3049	1700	4749
OSTEOMIELITIS	65	30	95
OTITIS Y MASTOIDITIS	96	78	174
PERITONITIS Y ABSCESO INTESTINAL	42	37	79
PLEURESIA Y OTRAS I. DEL A.R.	241	125	366
RICKETTSIOSIS Y OTRAS I. POR ARTRÓPODOS	8	2	10
SALMONELOSIS	206	193	399
SEPSIS Y OTRAS E. BACT. (NO ZOONÓTICAS)	576	501	1077
SÍFILIS Y OTRAS E. VENÉREAS	21	15	36
SINUSITIS CRÓNICA Y OTRAS I. TRS	243	187	430
TOXOPLASMOSIS Y OTRAS PARASITARIAS	13	4	17
TUBERCULOSIS	111	60	171
TOTAL GENERAL	11158	8560	19718

Analizando la tabla nº 5, se puede destacar que procesos, como la “neumonía”, “infección respiratoria aguda”, VIH, “tuberculosis”, “infecciones virales de SN” y las “infecciones en el periodo perinatal” entre otras, han sido diagnóstico principal, con mayor frecuencia en el sexo masculino. Mientras que las “infecciones urinarias”, “gripe” e “infecciones de la cavidad oral y glándulas”, son los únicos diagnósticos más prevalentes en el sexo femenino que en el masculino.

En los diagnósticos codificados dentro de los subgrupos de “peritonitis y absceso intestinal” así como en el de “bacterianas no zoonóticas”, apenas existe una diferencia en cuanto al número de registros en ambos sexos.

En los cuatro casos codificados en el subgrupo de I. de órganos pélvicos femeninos y mama, detectados en pacientes masculinos, se comprobó, que tres diagnósticos se debieron a infecciones mamarias y en un caso a un síndrome de trisomía de cromosomas sexuales.

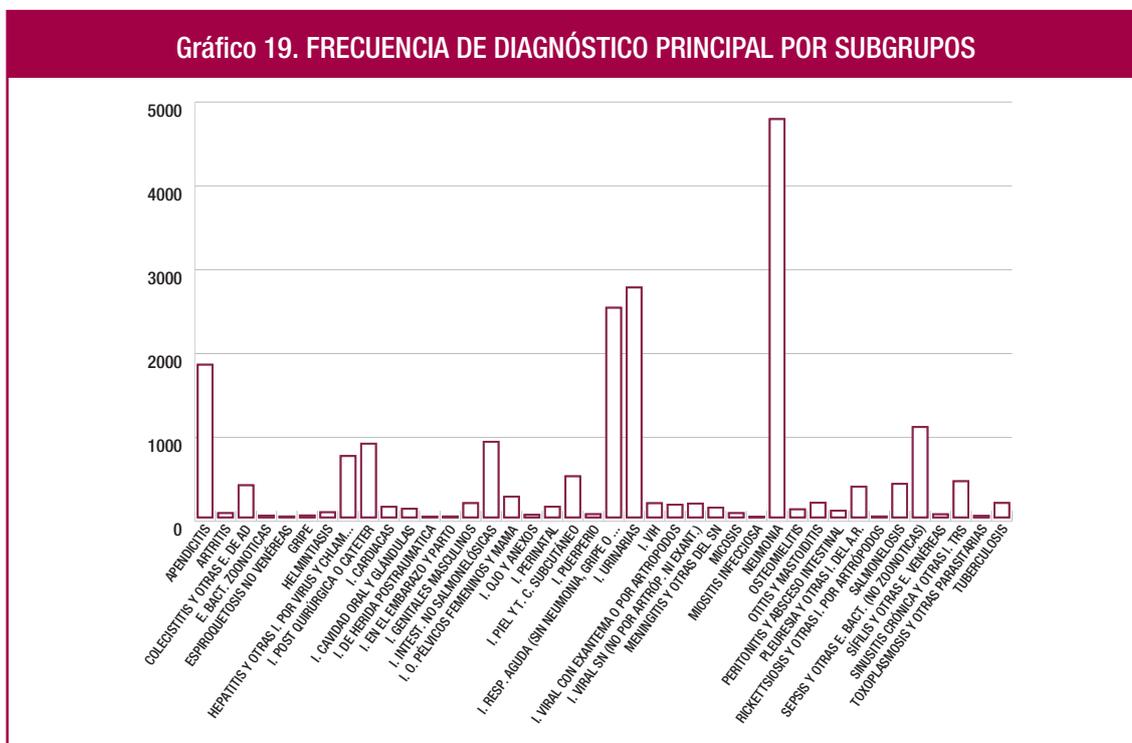
El gráfico nº 18 muestra la evolución mensual de los ingresos por los subgrupos de enfermedad más prevalentes. Como ya se ha mencionado, la “neumonía” e “infección respiratoria aguda (sin neumonía, gripe o pleuresía)” presentan una mayor incidencia durante los meses más fríos del año, y las infecciones urinarias presentan un pico superior (frecuencia acumulada por meses) en las épocas estivales. En cambio, los ingresos por “apendicitis” y “sepsis y otras bacterianas no zoonóticas” mantienen una tendencia de ingresos, estable a lo largo del año.



En la tabla nº 6, se expone el número total de diagnósticos principales por subgrupos de enfermedad y distribuidos en función de las tres franjas de edad. La frecuencia de diagnósticos principales hallados, en mayores de 64 años fue de 7.899 registros; en adultos (14 a 64 años) de 6.142 y pertenecientes a la edad pediátrica se encontraron 5.677 diagnósticos.

TABLA 6. Frecuencia de todos los diagnósticos principales distribuidos por subgrupos y franjas de edad

Subgrupos	Total	Mayores	Adultos	Niños
APENDICITIS	1820	144	1446	230
ARTRITIS	50	17	21	12
COLECISTITIS Y OTRAS E. DE AD	382	298	84	0
E. BACT. ZOONOTICAS	21	6	15	0
ESPIROQUETOSIS NO VENÉREAS	10	1	9	0
GRIPE	22	13	6	3
HELMINTIASIS	60	27	33	0
HEPATITIS Y OTRAS I. POR VIRUS Y CHLAMYDIAE	731	81	330	320
I POST QUIRÚRGICA O CATETER	878	489	383	6
I. CARDIACAS	125	50	75	0
I. CAVIDAD ORAL Y GLÁNDULAS	102	12	81	9
I. DE HERIDA POSTRAUMÁTICA	9	2	7	0
I. EN EL EMBARAZO Y PARTO	10	0	10	0
I. GENITALES MASCULINOS	169	68	91	10
I. INTEST. NO SALMONELÓNICAS	901	107	100	694
I. O. PÉLVICOS FEMENINOS Y MAMA	247	10	236	1
I. OJO Y ANEXOS	30	21	4	5
I. PERINATAL	126	0	0	126
I. PIEL Y T. C. SUBCUTÁNEO	489	151	246	92
I. PUERPERIO	37	0	37	0
I. RESP. AGUDA (SIN NEUMONIA, GRIPE O PLEURESIA)	2499	274	168	2057
I. URINARIAS	2741	1602	633	506
I. VIH	168	5	162	1
I. VIRAL CON EXANTEMA O POR ARTRÓPODOS	151	19	39	93
I. VIRAL SN (NO POR ARTRÓP. NI EXANT.)	164	15	42	107
MENINGITIS Y OTRAS DEL SN	116	37	58	21
MICOSIS	50	26	18	6
MIOSITIS INFECCIOSA	7	3	2	2
NEUMONIA	4749	3192	668	889
OSTEOMIELITIS	95	32	56	7
OTITIS Y MASTOIDITIS	174	11	86	77
PERITONITIS Y ABSCESO INTESTINAL	79	49	29	1
PLEURESIA Y OTRAS I. DEL A.R.	366	210	156	0
RICKETTSIOSIS Y OTRAS I. POR ARTRÓPODOS	10	0	9	1
SALMONELOSIS	399	62	102	235
SEPSIS Y OTRAS E. BACT. (NO ZOONOTICAS)	1077	798	164	115
SÍFILIS Y OTRAS E. VENÉREAS	36	2	14	20
SINUSITIS CRÓNICA Y OTRAS I. TRS	430	24	389	17
TOXOPLASMOSIS Y OTRAS PARASITARIAS	17	7	6	4
TUBERCULOSIS	171	34	127	10
TOTAL GENERAL	19718	7899	6142	5677



Tras comparar las causas de ingresos, por subgrupos de enfermedad y en función de las franjas de edad se observa que en la edad pediátrica, las “enfermedades infecciosas intestinales” y las “viriasis con exantema” suponen una causa de ingreso superior, en relación con los demás grupos etários, así como las enfermedades codificadas en el subgrupo de “infecciones virales del SN (no portada por artrópodos ni exantema)”. Las enfermedades del subgrupo de “hepatitis y otras infecciones por virus y clamidias” a penas existe diferencias en cuanto al número de ingresos en comparación con los adultos y la “sífilis otras venéreas” presentan, en esta franja de edad, un número superior de causas de ingreso en comparación con el grupo de 14 a 64 años y muy superior al de personas mayores.

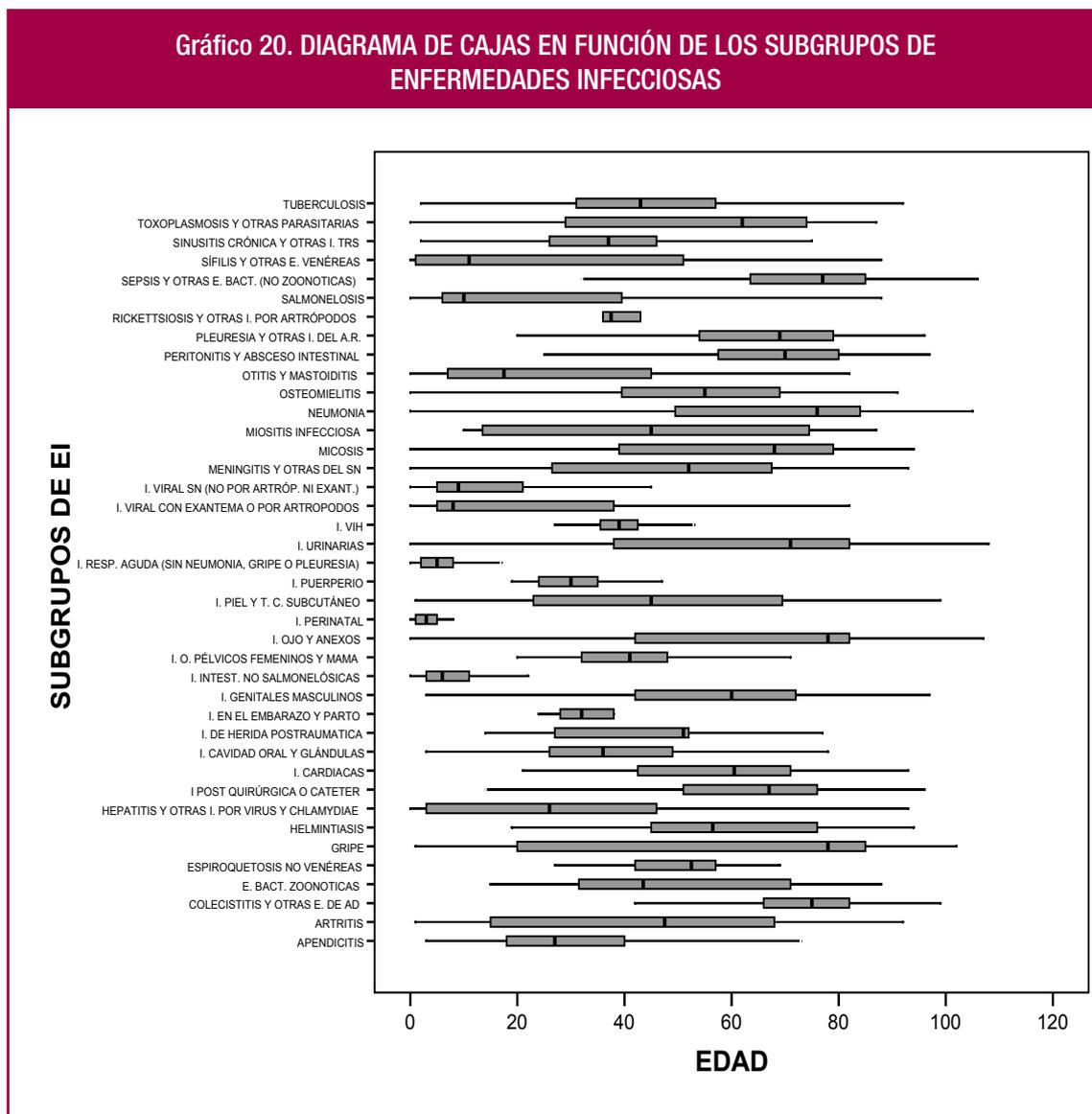
Con independencia de los diagnósticos más prevalentes en este grupo etáreo (14-64) de enfermedades específicas, propias de esta franja de edad, como “I. en el embarazo, parto o puerperio”. En adultos, el número de causas de ingreso superior, en comparación con los otros grupos etários, se producen en los subgrupos de EI, tales como: “apendicitis”, “E. bacterianas zoonóticas”, “helminiasis”, “I. cardiacas”,

“meningitis” y otras “E. del sistema nervioso” y “osteomielitis”, “rickettiosis”, “sinusitis crónica y otras infecciones del tracto respiratorio”.

En personas mayores de 64 años, los diagnósticos principales, en número muy superior, a las otras franjas de edad, se asocian a los subgrupos de enfermedad “colecistitis y otras I. del aparato digestivo”; “I. de ojos y anexos”; “I. urinaria”; “neumonía”; “pleuresía y otras I. aparato respiratorio” y “sepsis y otras E. bacterianas no zoonóticas”.

El gráfico nº 20 se pone de manifiesto, a través de diagramas de caja, la diferencia de edades en los distintos subgrupos de enfermedades.

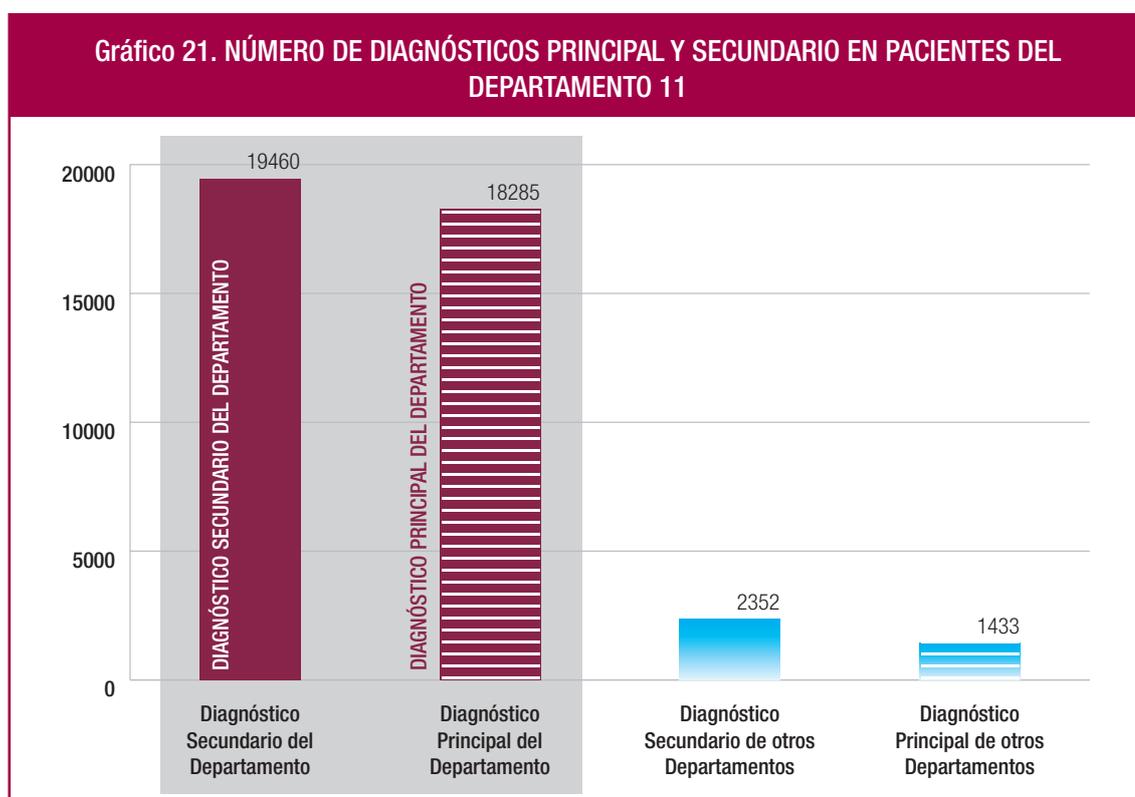
Gráfico 20. DIAGRAMA DE CAJAS EN FUNCIÓN DE LOS SUBGRUPOS DE ENFERMEDADES INFECCIOSAS



■ 6.3. DIAGNÓSTICOS EN POBLACIÓN DEL DEPARTAMENTO DE ALZIRA

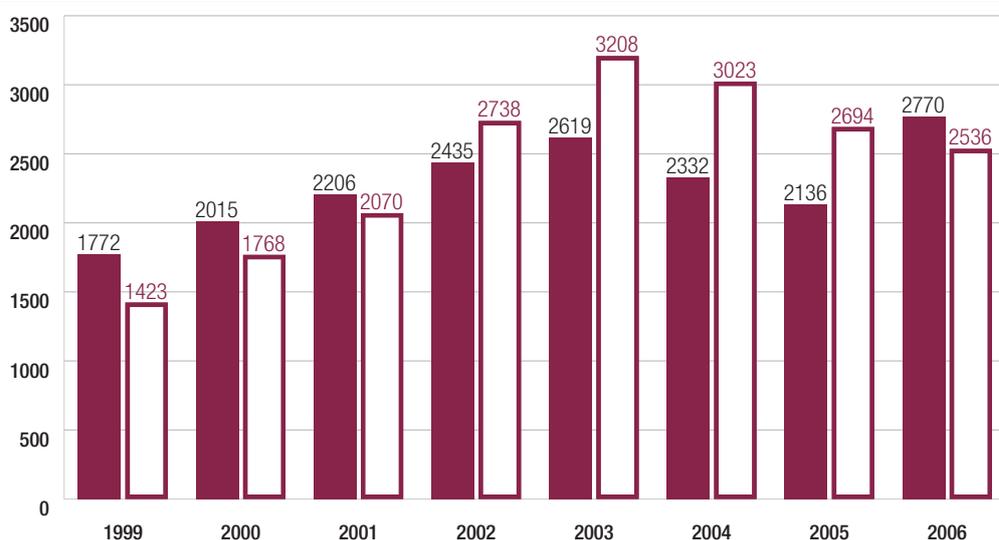
Del total de registros validos (41.530 de diagnósticos de EI), 37.745 diagnósticos pertenecían a 22.139 pacientes distintos, de la población asignada al Departamento de Salud 11 (233.854 habitantes). Esto supone la mayoría de los registros estudiados; concretamente, en 18.285 altas, la enfermedad infecciosa aparece como diagnóstico principal y en 19.460, como diagnóstico secundario.

En el gráfico nº 21 se observa la distribución del número de diagnósticos principales y secundarios según la pertenencia o no al Departamento 11. Los diagnósticos que se van a analizar, en este apartado, aparecen resaltados en el histograma.



En el gráfico nº 22, se aprecia que en los dos primeros años de funcionamiento del Hospital el número de diagnósticos secundarios fue inferior al resto de los años.

Gráfico 22. DIAGNÓSTICOS PRINCIPALES Y SECUNDARIOS POR AÑOS



	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006
■ D.Ppal	1772	2015	2206	2435	2619	2332	2136	2770
□ D.Sec.	1423	1768	2070	2738	3208	3023	2694	2536

La tabla nº 7 pone de manifiesto la relación del número total de registros detectados por año y tipo de diagnóstico.

TABLA 7. Frecuencia de diagnósticos principal y secundario, por años

Año de alta	D. principal	D. secundario	TOTAL
1999	1772	1423	3195
2000	2015	1768	3783
2001	2206	2070	4276
2002	2435	2738	5173
2003	2619	3208	5827
2004	2332	3023	5355
2005	2136	2694	4830
2006	2770	2536	5306
TOTAL	18285	19460	37745

La tabla nº 8 muestra en números absolutos los diagnósticos hallados, distribuidos por tipo de diagnóstico y en función de los 18 grupos de enfermedades. Como se puede evidenciar, en términos absolutos, “las enfermedades respiratorias”, fueron los procesos diagnosticados, de forma mayoritaria, y responsable de más del 40% de los ingresos por patologías infecciosas, seguidas de las “infecciones bacterianas” y del “aparato genitourinario”.

TABLA 8. Frecuencia de diagnósticos por grupo de enfermedades			
Grupos	D.principal	D.secundario	Número total
E. A. CIRCULATORIO	108	124	232
E. A. DIGESTIVO	2219	740	2959
E. A. GENITOURINARIO	2957	2733	5690
E. A. RESPIRATORIO	7593	4211	11804
E. BACTERIANAS	1037	5078	6115
E. I. INTESTINALES	1205	254	1459
E. MÚSCULO-ESQUELÉTICO-CONECTIVO	129	128	257
E. PARASITARIAS	69	156	225
E. SN Y O. DE LOS SENTIDOS	276	219	495
E. VIRUS, CLAMIDIAS Y RICKETTSIAS	977	3106	4083
ESPIROQUETOSIS Y E. VENÉREAS	39	38	77
I. DISPOSITIVO, IMPLANTE, INJERTO, POSTQUIRÚRGICA O POSTRAUMÁTICA	751	1097	1848
I. GESTACIÓN, PARTO Y PUERPERIO	39	49	88
I. ORIGEN EN PERIODO PERINATAL	107	100	207
I. PIEL Y T. C. SUBCUTÁNEO	443	480	923
I. VIH	142	213	355
MICOSIS	46	609	655
TUBERCULOSIS	148	125	273
TOTAL GENERAL	18285	19460	37745

En la tabla nº 9 quedan reflejados, en números absolutos, los registros de EI, estudiados, según el tipo de diagnóstico y en función de los subgrupos de enfermedades en la población del Departamento de Salud de Alzira.

TABLA 9. Frecuencia de diagnósticos por subgrupo de enfermedades

Subgrupos	D. principal	D. secundario	Total
APENDICITIS	1701	41	1742
ARTRITIS	47	29	76
COLECISTITIS Y OTRAS E. DE AD	360	213	573
E. BACT. ZOONOTICAS	19	13	32
ESPIROQUETOSIS NO VENÉREAS	10	1	11
GRIPE	20	35	55
HELMINTIASIS	55	83	138
HEPATITIS Y OTRAS I. POR VIRUS Y CHLAMYDIAE	677	2888	3565
I POST QUIRÚRGICA O CATETER	743	1072	1815
I. CARDIACAS	108	124	232
I. CAVIDAD ORAL Y GLÁNDULAS	85	33	118
I. DE HERIDA POSTRAUMÁTICA	8	25	33
I. EN EL EMBARAZO Y PARTO	8	26	34
I. GENITALES MASCULINOS	159	123	282
I. INTEST. NO SALMONELÓICAS	830	209	1039
I. O. PÉLVICOS FEMENINOS Y MAMA	229	252	481
I. OJO Y ANEXOS	23	17	40
I. PERINATAL	107	100	207
I. PIEL Y T. C. SUBCUTÁNEO	443	480	923
I. PUERPERIO	31	23	54
I. RESP. AGUDA (SIN NEUMONIA, GRIPE O PLEURESIA)	2353	889	3242
I. URINARIAS	2569	2358	4927
I. VIH	142	213	355
I. VIRAL CON EXANTEMA O POR ARTRÓPODOS	137	186	323
I. VIRAL SN (NO POR ARTRÓP. NI EXANT.)	155	24	179
MENINGITIS Y OTRAS DEL SN	98	110	208
MICOSIS	46	609	655
MIOSITIS INFECCIOSA	5	7	12
NEUMONIA	4526	1187	5713
OSTEOMIELITIS	77	92	169
OTITIS Y MASTOIDITIS	155	92	247
PERITONITIS Y ABSCESO INTESTINAL	73	453	526
PLEURESIA Y OTRAS I. DEL A.R.	314	1999	2313
RICKETTSIOSIS Y OTRAS I. POR ARTRÓPODOS	8	8	16
SALMONELOSIS	375	45	420
SEPSIS Y OTRAS E. BACT. (NO ZOONOTICAS)	1018	5065	6083
SÍFILIS Y OTRAS E. VENÉREAS	29	37	66
SINUSITIS CRÓNICA Y OTRAS I. TRS	380	101	481
TOXOPLASMOSIS Y OTRAS PARASITARIAS	14	73	87
TUBERCULOSIS	148	125	273
TOTAL GENERAL	18285	19460	37745

El cómputo global de patología infecciosa (D. principal y secundario), en los pacientes departamentales, afecta, básicamente, a personas adultas (54 años de edad media y una mediana de 65 años), y, al analizar solo los casos de diagnóstico principal, se observó que la mediana de edad de los pacientes fue de 50 años (rango 0-108 años).

Respecto al sexo, existe un predominio de enfermedades infecciosas en varones (57%) con 10.348 casos sobre mujeres (43%) con 7.937 diagnósticos.

La tasa de incidencia del total de diagnósticos por patología infecciosas en el hospital es de 2.017 por 100.000 habitantes y año del área geográfica de la Ribera.

En la tabla nº 10, se puede valorar las diferencias existente, relativas a las tasa de incidencia globales, por grupos de enfermedad y franjas de edad en los 8 años de estudio.

Las tasas de incidencia globales por EI en 100.000 habitantes y año, en función de los grupos de enfermedad y franja de edad fueron en la edad pediátrica de 2.420,65; en adultos de 952,61; y en mayores de 64 años, se situaron en 5.711,84 por 100.000 habitantes y año.

Se subraya que en niños, las mayores tasas globales, se dieron en el grupo de “Enfermedades del aparato respiratorio” (tasa de 1.133,8), “Enfermedades infecciosas intestinales” (tasa de 361,4) y las del grupo de “I. por virus, clamidias y rickettsias” 206,94 por 100.000 habitantes y año. El riesgo relativo de un niño a padecer una “enfermedad infecciosa intestinal” es, al compararlo con la incidencia de adultos o mayores, respectivamente, de 21,2 y 6,8 veces mayor.

En adultos, las tasas superiores las ocasionan las “Enfermedades el aparato respiratorio”, seguidas del grupo de “Enfermedades del aparato digestivo” y “E bacterianas no zoonóticas” con tasas, respectivas, de 191,1; 143,2; y 140,6 por 100.000 habitantes y año.

Las tasas más altas, por 100.000 habitantes y año, en los mayores de 64 años se asociaron a las “Enfermedades del aparato respiratorio”, (tasa de 1.879,3) seguidas por “E. bacterianas” (tasa de 1.111,8) y “El del aparato genitourinario” (tasa de 1.074,8).

La tabla nº 10 describe las tasas de incidencia de función de total de diagnósticos por EI, en función de las franjas de edad y grupos de enfermedades.

TABLA 10. Incidencia por 100.000 habitantes y año de diagnósticos de EI por grupo de enfermedades y tramos de edad (diagnóstico principal y secundario)

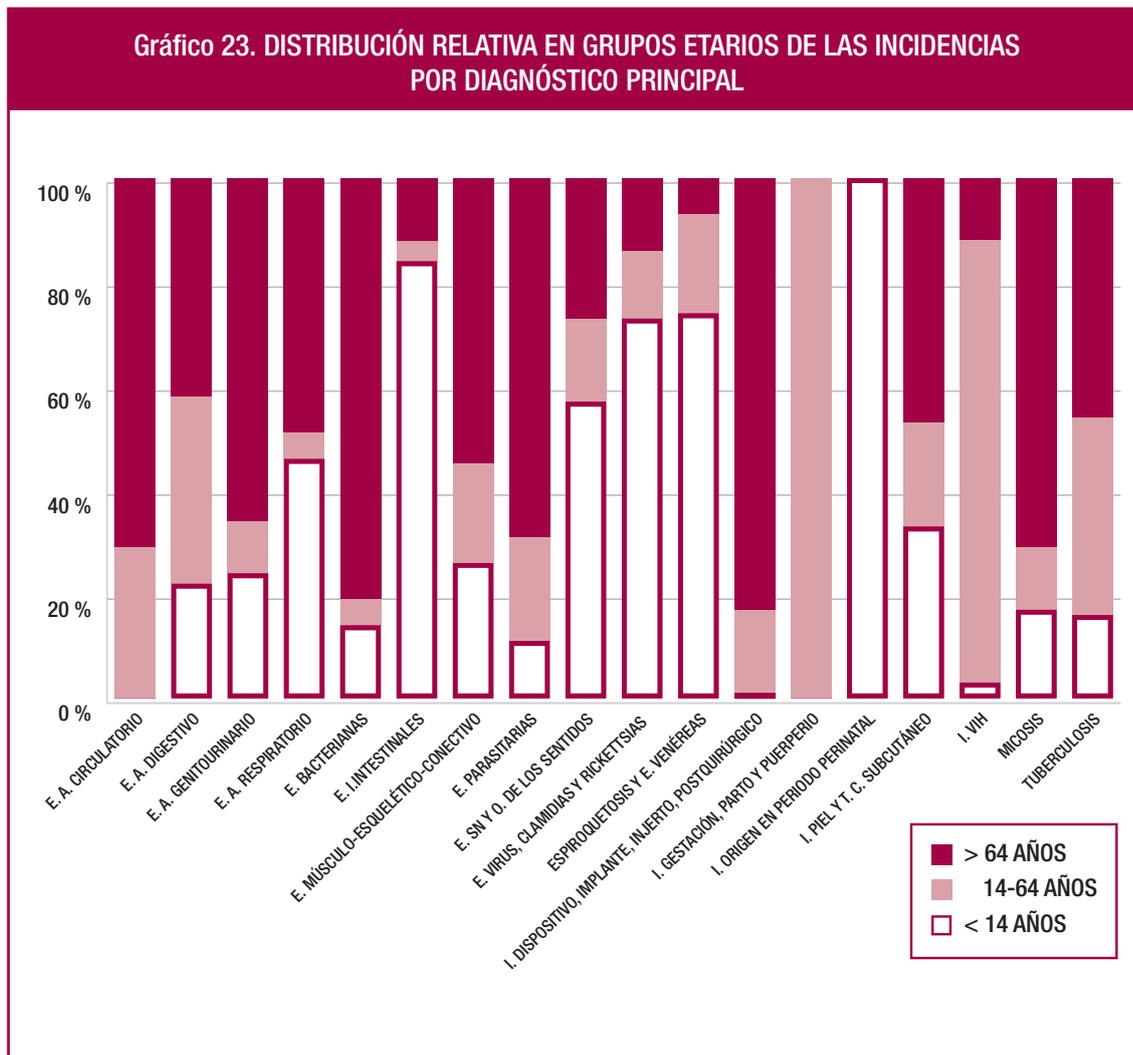
Grupos etáneos	0 -13	14 - 64	> 64	Totales
Número de habitantes por tramos de edad	34.309	157.829	41.716	233.854
E. A. CIRCULATORIO	0,36	9,74	32,36	12,40
E. A. DIGESTIVO	78,33	143,27	279,87	158,16
E. A. GENITOURINARIO	196,38	123,87	1.074,83	304,14
E. A. RESPIRATORIO	1.133,81	191,11	1.879,37	630,95
E. BACTERIANAS	229,90	140,66	1.111,08	326,86
E. I. INTESTINALES	361,42	19,09	67,42	77,99
E. MÚSCULO-ESQUELÉTICO-CONECTIVO	9,11	8,63	36,86	13,74
E. PARASITARIAS	2,91	8,87	31,46	12,03
E. SN Y O. DE LOS SENTIDOS	52,46	16,71	41,95	26,46
E. VIRUS, CLAMIDIAS Y RICKETTSIAS	206,94	126,72	573,22	218,24
ESPIROQUETOSIS Y E. VENÉREAS	7,29	2,85	6,29	4,12
I. DISPOSITIVO, IMPLANTE, INJERTO, POSTQUIRÚRGICA O POSTRAUMÁTICA	9,47	57,10	329,91	98,78
I. GESTACIÓN, PARTO Y PUERPERIO	0,00	6,97	0,00	4,70
I. ORIGEN EN PERIODO PERINATAL	75,42	0,00	0,00	11,06
I. PIEL Y T. C. SUBCUTÁNEO	36,43	34,85	114,76	49,34
I. VIH	1,46	25,82	7,49	18,98
MICOSIS	14,57	20,99	104,88	35,01
TUBERCULOSIS	4,37	15,36	20,08	14,59
TOTAL GENERAL	2.420,65	952,61	5.711,84	2.017,55

Al centrar el estudio solo sobre la causa de ingreso por EI, (Diagnóstico Principal) la tasa de incidencia global se situa en 997,37 por 100.000 habitantes y año

En la tabla nº 11, se observa las tasas de incidencia, de diagnósticos principales, halladas, en función de los grupos de enfermedades y los tres grupos etáricos. Como se puede comprobar las tasas varían en función de la franja de edad: en la edad pediatría es 1.920,05; en adultos se sitúa 438,05, la menor tasa hallada; La incidencia superior se produjo en la franja de edad de mayores de 65 años, con una tasa de incidencia de 2.241,05 por 100.000 habitantes y año.

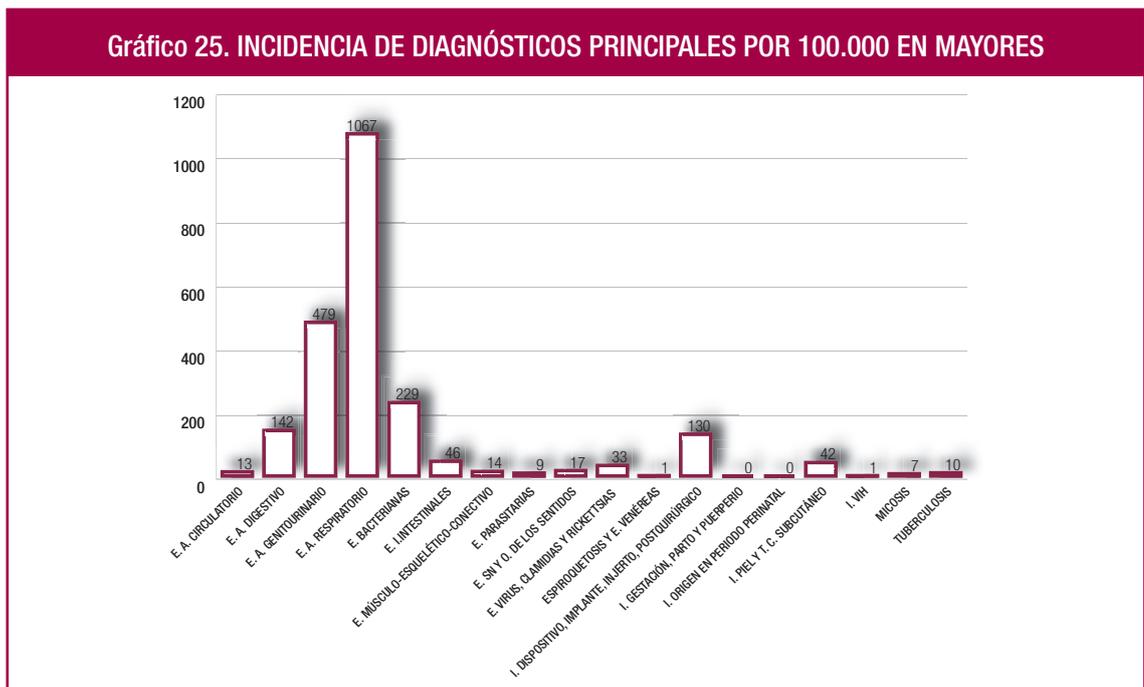
Incidencia por 100.000 habitantes y año	0 -13	14 - 64	> 64	Total
Total de la población	34.309	157.829	41.716	233.854
E. A. CIRCULATORIO	0,00	5,23	12,59	5,77
E. A. DIGESTIVO	76,87	121,49	141,73	118,61
E. A. GENITOURINARIO	175,61	69,30	479,43	158,06
E. A. RESPIRATORIO	1.013,58	98,68	1.067,34	405,86
E. BACTERIANAS	40,08	12,91	228,93	55,43
E. I. INTESTINALES	314,42	14,81	46,15	64,41
E. MÚSCULO-ESQUELÉTICO-CONECTIVO	6,92	4,91	14,38	6,90
E. PARASITARIAS	1,46	2,69	9,29	3,69
E. SN Y O. DE LOS SENTIDOS	34,61	9,90	16,78	14,75
E. VIRUS, CLAMIDIAS Y RICKETTSIAS	173,79	30,89	32,96	52,22
ESPIROQUETOSIS Y E. VENÉREAS	6,19	1,58	0,60	2,08
I. DISPOSITIVO, IMPLANTE, INJERTO, POSTQ. O POST	1,82	24,79	129,75	40,14
I. GESTACIÓN, PARTO Y PUERPERIO	0,00	3,09	0,00	2,08
I. ORIGEN EN PERIODO PERINATAL	38,98	0,00	0,00	5,72
I. PIEL Y T. C. SUBCUTÁNEO	29,88	17,50	41,95	23,68
I. VIH	0,36	10,77	1,50	7,59
MICOSIS	1,82	1,27	7,49	2,46
TUBERCULOSIS	3,64	8,24	10,19	7,91
INCIDENCIA GENERAL	1.920,05	438,05	2.241,05	977,37

En el gráfico nº 23, se aprecia el predominio de determinados grupos de enfermedades infecciosas, en las distintas franjas de edad.



Analizando por separado la tasa de incidencia para cada franja de edad por 100.000 habitantes y año, (en relación a la población de la Ribera) por grupos de enfermedad se aprecia que en niños las enfermedades del aparato respiratorio tienen una mayor tasa de incidencia (1.013,5), seguidas en menor proporción, por las “El intestinales” (314,42) y a continuación las codificadas en el grupo de “E. del aparato genitourinario” (175,61) a la par que las codificadas como “E. virus, clamidias y rickettsias” (173,79).

El gráfico n° 24 muestra la incidencia de diagnósticos principales por grupos de enfermedad, en la franja de edad pediátrica, por 100.000 habitantes y año en relación a la población asignada.

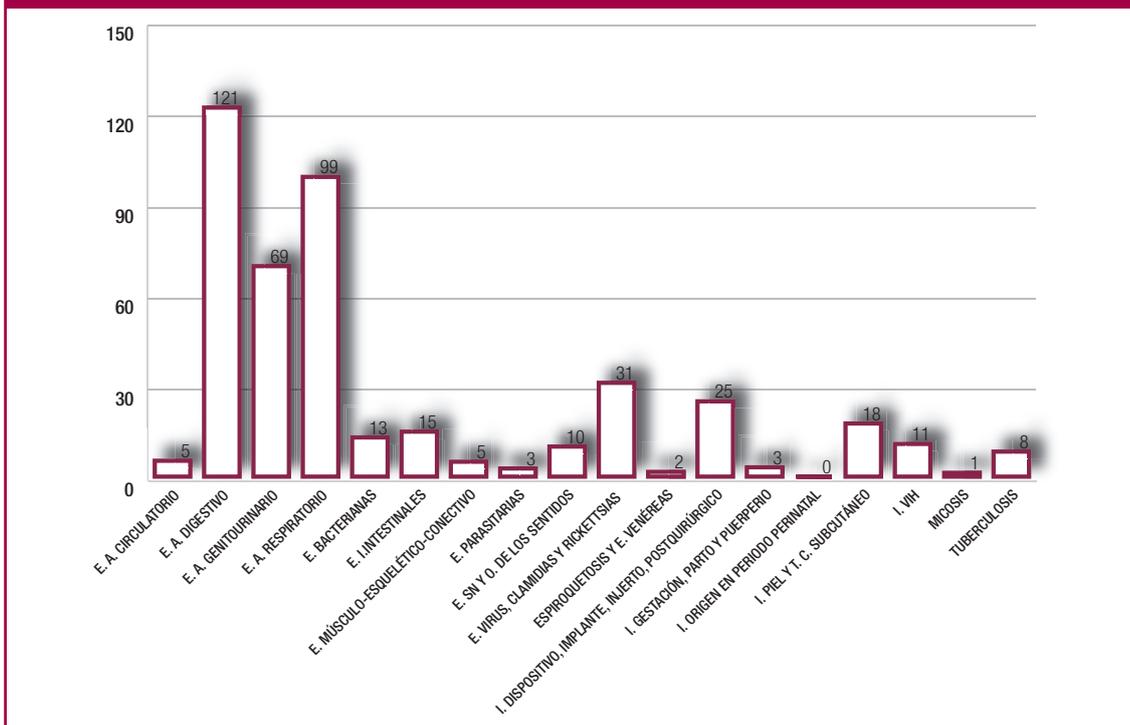


En el grupo que corresponde a personas mayores, también existe una mayor incidencia de enfermedades infecciosas respiratorias con una tasa de incidencia de 1067,34 por 100.000 hab./año; en segundo lugar se sitúan las enfermedades del aparato genitourinario con una tasa de 479,4 y, en tercer lugar, las codificadas como “otras enfermedades bacterianas no zoonóticas” con tasa de 228,93 por 100.000 habitantes y año, como se puede apreciar en el gráfico n° 25.

En el grupo de adultos (14-64 años), las enfermedades infecciosas con mayor incidencia fueron: “El del aparato digestivo” con una tasa de incidencia de 121,49 por 100.000 h/año, en segundo lugar las codificadas en el grupo de “El aparato respiratorio” (tasa 98,6) seguidas de las “E. del aparato genitourinario” con una tasa de 69.3 por 100.000 hab./año.

En el gráfico n° 26, se observa la incidencia de diagnósticos principales, en adultos de 14 a 64 años por 100.000 habitantes y año en relación a la población asignada.

Gráfico 26. INCIDENCIA DE DIAGNÓSTICOS PRINCIPALES POR 100.000 HABITANTES EN ADULTOS



En la tabla nº 12, se detallan las tasas de incidencia de los diagnósticos principales 100.000 habitantes y año, en relación a la población del Departamento de Alzira, distribuida en subgrupos de enfermedades.

TABLA 12. Tasa de incidencia por diagnóstico principal	
APENDICITIS	90,92
ARTRITIS	2,51
COLECISTITIS Y OTRAS E. DE AD	19,24
E. BACT. ZOONOTICAS	1,02
ESPIROQUETOSIS NO VENÉREAS	0,53
GRIPE	1,07
HELMINTIASIS	2,94
HEPATITIS Y OTRAS I. POR VIRUS Y CHLAMYDIAE	36,19
I POST QUIRÚRGICA O CATETER	39,71
I. CARDIACAS	5,77
I. CAVIDAD ORAL Y GLÁNDULAS	4,54
I. DE HERIDA POSTRAUMATICA	0,43
I. EN EL EMBARAZO Y PARTO	0,43
I. GENITALES MASCULINOS	8,50
I. INTEST. NO SALMONELÓNICAS	44,37
I. O. PÉLVICOS FEMENINOS Y MAMA	12,24
I. OJO Y ANEXOS	1,23
I. PERINATAL	5,72
I. PIEL Y T. C. SUBCUTÁNEO	23,68
I. PUERPERIO	1,66
I. RESP. AGUDA (SIN NEUMONIA, GRIPE O PLEURESIA)	125,77
I. URINARIAS	137,32
I. VIH	7,59
I. VIRAL CON EXANTEMA O POR ARTRÓPODOS	7,32
I. VIRAL SN (NO POR ARTRÓP. NI EXANT.)	8,29
MENINGITIS Y OTRAS DEL SN	5,24
MICOSIS	2,46
MIOSITIS INFECCIOSA	0,27
NEUMONIA	241,92
OSTEOMIELITIS	4,12
OTITIS Y MASTOIDITIS	8,29
PERITONITIS Y ABSCESO INTESTINAL	3,90
PLEURESIA Y OTRAS I. DEL A.R.	16,78
RICKETTSIOSIS Y OTRAS I. POR ARTRÓPODOS	0,43
SALMONELOSIS	20,04
SEPSIS Y OTRAS E. BACT. (NO ZOONOTICAS)	54,41
SÍFILIS Y OTRAS E. VENÉREAS	1,55
SINUSITIS CRÓNICA Y OTRAS I. TRS	20,31
TOXOPLASMOSIS Y OTRAS PARASITARIAS	0,75
TUBERCULOSIS	7,91
TOTAL GENERAL	977,37

Las tasas superiores se contabilizan por orden decreciente en los subgrupos de: “neumonía” (241,9); “infección urinaria” (137,3); “infección respiratoria aguda (sin gripe, neumonía o pleuresía)” (125,7) y “apendicitis” (90,9).”

En la tabla n° 13, se reflejan las tasas de incidencia de EI, en función de los distintos subgrupos de enfermedad y franjas de edad. En los resultados que ofrece esta tabla, en comparación, con la tabla n° 10 (tasas de incidencia por grupos de enfermedad y edad) se puede resaltar en niños la tasa de incidencia “de sífilis y otras E. venéreas”, con 6,19 por 100.000 hab./año, muy superior a la existente en los otros grupos etáricos; la tasa de “infección viral del SN (no por artrópodos, ni exantema)” y de “otitis y mastoiditis” con tasas respectivas de 36,80 y 25,50 por 100.000 hab./año.

TABLA 13. Tasa de incidencia por 100.000 habitantes y año por subgrupo y franja de edad

Subgrupos	Niños	Adultos	Mayores	Total
APENDICITIS	74	108	40,2	90,9
ARTRITIS	4	0	4,8	2,5
COLECISTITIS Y OTRAS E. DE AD	0	6	85,1	19,2
E. BACT. ZOONOTICAS	0	1	1,8	1
ESPIROQUETOSIS NO VENÉREAS	0	0,7	0,3	0,5
GRIPE	0,7	0,4	3,9	1,1
HELMINTIASIS	0	2,4	7,5	2,9
HEPATITIS Y OTRAS I. POR VIRUS Y CHLAMYDIAE	107,1	24,2	23,4	36,2
I POST QUIRÚRGICA O CATETER	1,8	24,3	129,1	39,7
I. CARDIACAS	0	5,2	12,6	5,8
I. CAVIDAD ORAL Y GLÁNDULAS	2,6	5,3	3,3	4,5
I. DE HERIDA POSTRAUMATICA	0	0,5	0,6	0,4
I. EN EL EMBARAZO Y PARTO	0	0,6	0	0,4
I. GENITALES MASCULINOS	3,6	6,7	19,2	8,5
I. INTEST. NO SALMONELÓSICAS	234,6	7,2	28,2	44,4
I. O. PÉLVICOS FEMENINOS Y MAMA	0,4	17,3	3	12,2
I. OJO Y ANEXOS	1,8	0,2	4,5	1,2
I. PERINATAL	39	0	0	5,7

TABLA 13. Continuación

Subgrupos	Niños	Adultos	Mayores	Total
I. PIEL Y T. C. SUBCUTÁNEO	29,9	17,5	42	23,7
I. PUERPERIO	0	2,5	0	1,7
I. RESP. AGUDA (SIN NEUMONIA, GRIPE O PLEURESIA)	703,2	12,6	79,1	125,8
I. URINARIAS	171,6	45,3	457,3	137,3
I. VIH	0,4	10,8	1,5	7,6
I. VIRAL CON EXANTEMA O POR ARTRÓPODOS	29,5	3	5,4	7,3
I. VIRAL SN (NO POR ARTRÓP. NI EXANT.)	36,8	3,2	4,2	8,3
MENINGITIS Y OTRAS DEL SN	7,3	3,7	9,3	5,2
MICOSIS	1,8	1,3	7,5	2,5
MIOSITIS INFECCIOSA	0,4	0,2	0,6	0,3
NEUMONIA	303,9	49,2	919,6	241,9
OSTEOMIELITIS	2,6	3,2	9	4,1
OTITIS Y MASTOIDITIS	25,5	5,9	3	8,3
PERITONITIS Y ABSCESO INTESTINAL	0,4	2,2	13,2	3,9
PLEURESIA Y OTRAS I. DEL A.R.	0	9,4	58,4	16,8
RICKETTSIOSIS Y OTRAS I. POR ARTRÓPODOS	0,4	0,6	0	0,4
SALMONELOSIS	79,8	7,6	18	20
SEPSIS Y OTRAS E. BACT. (NO ZOONOTICAS)	40,1	11,9	227,1	54,4
SÍFILIS Y OTRAS E. VENÉREAS	6,2	0,9	0,3	1,6
SINUSITIS CRÓNICA Y OTRAS I. TRS	5,8	27,1	6,6	20,3
TOXOPLASMOSIS Y OTRAS PARASITARIAS	1,5	0,3	1,8	0,7
TUBERCULOSIS	3,6	8,2	10,2	7,9
TOTAL GENERAL	1920,1	438,1	2241,3	977,4

En adultos caben destacar las menores tasas de incidencia en subgrupos de enfermedad como “neumonía” (tasa 49,18); “artritis” (tasa 0,00); “gripe” (tasa 0,40); “piel y tejido celular subcutáneo” (tasa 17,50); “l. respiratoria aguda (sin neumonía y gripe o pleuresía)” (tasas 12,59); “l urinaria” (45,30); y “salmonelosis” (tasa de 7,60).

En mayores, se subraya que las tasas de incidencia inferiores, en comparación con las otras franjas de edad, fueron, por 100.000 habitantes/año: “apendicitis” (tasa de 40,15); “otitis y mastoiditis” (tasa 3,0); “sífilis y otras venéreas” (tasa de 0,30).

En la tabla 14, se detalla las tasas de incidencia halladas, en cada subgrupo de enfermedad y distribuidas por sexo (tasa de incidencia = N° de diagnósticos x 1000.000/ por N° de hombres o mujeres censadas y x 8 años; considerando el número medio de hombres censados de 118.798 y el de mujeres, de 115.056).

TABLA 14. Tasa de incidencia de diagnóstico principal por subgrupos de enfermedades y por sexo en 100.000 habitantes/año

Subgrupos	Tasa incidencia	
	Mujeres	Hombres
APENDICITIS	75,07	106,27
ARTRITIS	1,85	3,16
COLECISTITIS Y OTRAS E. DE AD	19,88	18,62
E. BACT. ZOONOTICAS	0,76	1,26
ESPIROQUETOSIS NO VENÉREAS	0	1,05
GRIPE	1,20	0,95
HELMINTIASIS	2,17	3,68
HEPATITIS Y OTRAS I. POR VIRUS Y CHLAMYDIAE	33,14	39,14
I POST QUIRÚRGICA O CATETER	37,92	41,46
I. CARDIACAS	3,91	7,58
I CAVIDAD ORAL Y GLÁNDULAS	5,21	3,89
I. DE HERIDA POSTRAUMÁTICA	0,22	0,06
I. GENITALES MASCULINOS	0	16,73
I.EMBARAZO Y PARTO	0,87	0
I. INTEST. NO SALMONELÓSICAS	43,46	45,24
I. O. PÉLVICOS FEMENINOS Y MAMA	24,44	0,42
I. OJO Y ANEXOS	0,98	1,47
I. PERINATAL	4,24	7,16
I. PIEL Y T. C. SUBCUTÁNEO	20,97	26,31
PUERPERIO	3,37	0
I. RESP. AGUDA (SIN NEUMONIA, GRIPE, PLEURESIA)	121,57	129,84
I. URINARIAS	142,97	131,84
I. VIH	3,26	11,78
I. VIRAL CON EXANTEMA O POR ARTRÓPODOS	5,65	8,94
I. VIRAL SN (NO POR ARTRÓP. NI EXANT.)	5,21	11,26
MENINGITIS Y OTRAS DEL SN	4,56	5,89
MICOSIS	1,63	3,26
MIOSITIS INFECCIOSA	0,22	0,32
NEUMONIA	175,24	306,51
OSTEOMIELITIS	2,82	5,37

TABLA 14. Continuación

Subgrupos	Tasa incidencia	
	Mujeres	Hombres
OTITIS Y MASTOIDITIS	7,50	9,05
PERITONITIS Y ABSCESO INTESTINAL	3,69	4,10
PLEURESIA Y OTRAS I. DEL A.R.	11,73	21,68
RICKETTSIOSIS Y OTRAS I. POR ARTRÓPODOS	0,22	0,63
SALMONELOSIS	19,88	20,20
SEPSIS Y OTRAS E. BACT. (NO ZOONOTICAS)	51,17	57,56
SÍFILIS Y OTRAS E. VENÉREAS	1,52	1,58
SINUSITIS CRÓNICA Y OTRAS I. TRS	17,71	22,83
TOXOPLASMOSIS Y OTRAS PARASITARIAS	0,43	1,05
TUBERCULOSIS	5,65	10,10
TOTAL GENERAL	862,30	1088,82

La tasa de incidencia de EI como causa de ingreso, en la población masculina y femenina se sitúa, respectivamente, en 1.088,82 y 862,30 por 100.000 habitantes y año.

Al comparar las tasas de incidencia entre ambos sexos, se encuentra que únicamente existen tasas superiores de mujeres que de hombres, en los subgrupos siguientes: Infección urinaria (tasa de 142,97 frente a 131,84); “colecistitis y otras enfermedades del aparato digestivo” así como por enfermedades pertenecientes al subgrupo de “infecciones de la cavidad oral y glándulas” (tasas respectivas: 19,88 y 5,21 en mujeres frente a 18,62 y 3,89 en hombres por 100.000 habitantes y año).

En los hombres, cabe citar los subgrupos con tasas superiores y más significativas respecto a las mujeres como: “I. cardíacas”, “neumonía, pleuresía y otras infecciones de aparato respiratorio”, VIH, “tuberculosis”, “infección viral del SN (no por artrópodos ni exantema)” y “las infecciones perinatales”, entre otras.

Se menciona así mismo, que la tasa de incidencia del subgrupo de “espiroquetosis no venéreas”, en hombres fue de 1,05 por 100.000 habitantes y año, sin que se computase ningún diagnóstico en este subgrupo en mujeres.

■ 6.4. ESTUDIO DE LA MORTALIDAD HOSPITALARIA

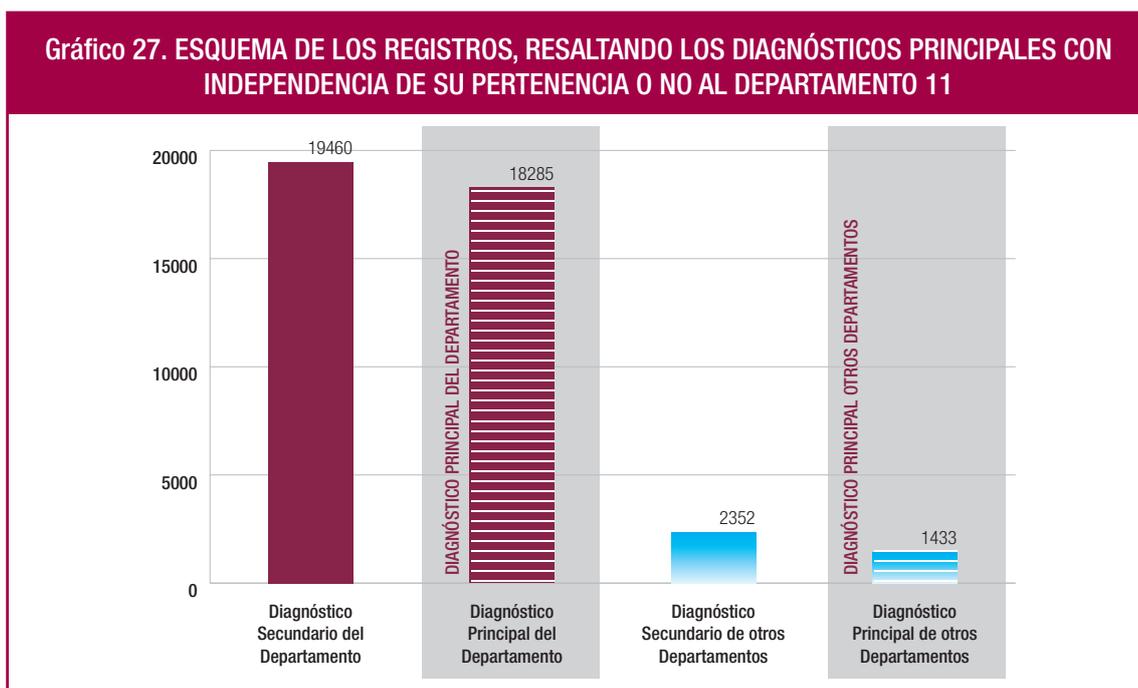
Los resultados de la mortalidad intrahospitalaria asociada a una enfermedad infecciosa se han descrito siguiendo el esquema:

A. Mortalidad asociada al diagnóstico principal (19718 registros) del total de diagnósticos.

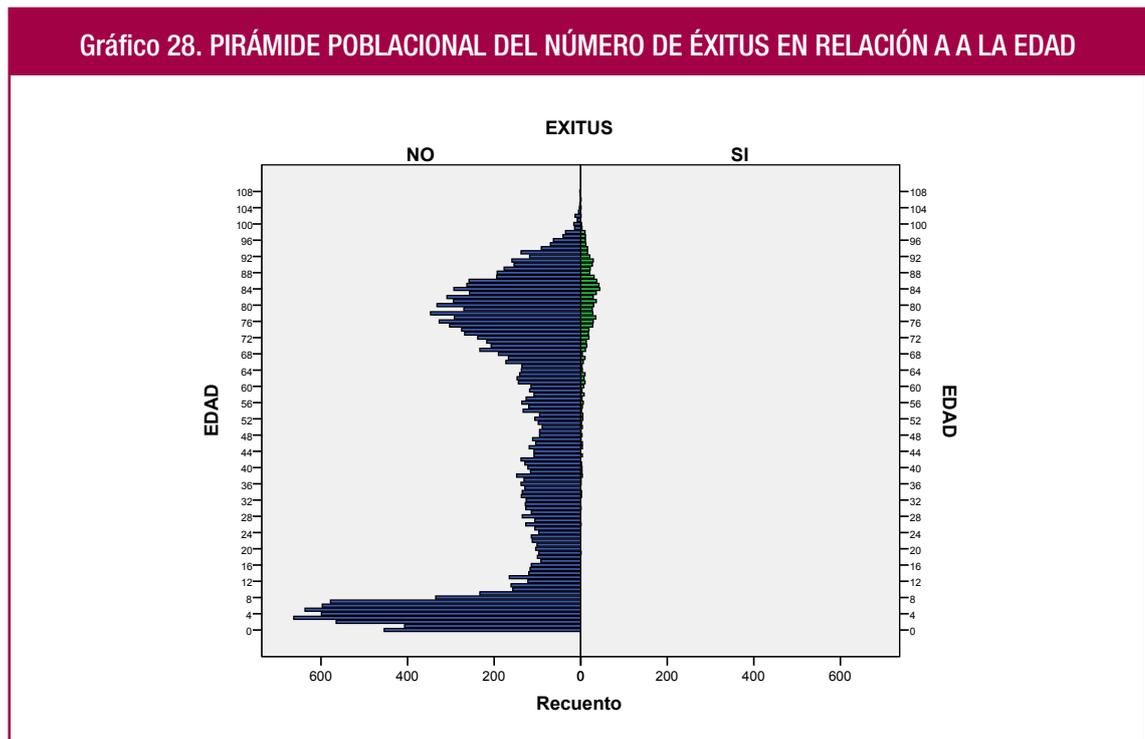
B. Mortalidad asociada al diagnóstico principal (18285 registros) en los pacientes asignados al departamento 11.

A. La mortalidad asociada a la EI como causa principal de ingreso del total de diagnósticos estudiados (19718 registros).

En el gráfico n° 27 aparece la distribución de diagnósticos principales en base a la pertenencia o no de los pacientes al departamento 11, representados en el histograma como barras con tramas de líneas horizontales y sobre fondo gris.



El siguiente gráfico n° 28, muestra la pirámide poblacional con una distribución mayor de fallecimientos en los diagnósticos de personas mayores.



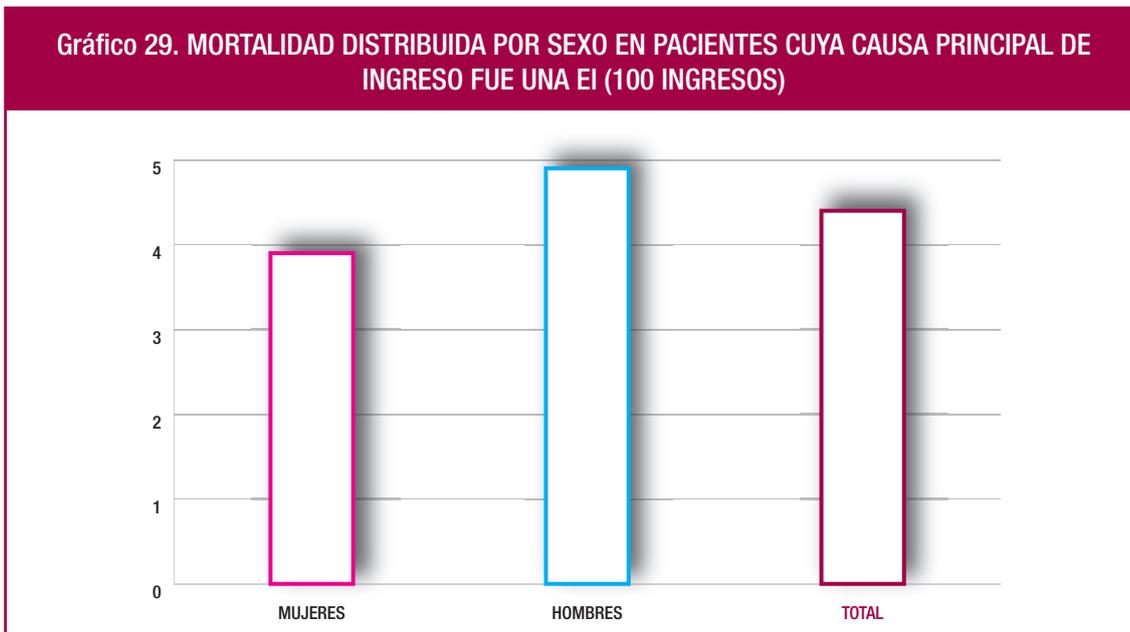
La tasa de mortalidad por 100 altas hospitalarias por El se sitúa en el 4.4% para el total de diagnósticos principales hallados (19.718). La mortalidad de los pacientes ingresados por una enfermedad infecciosa fue significativamente superior en hombres (4,9%) que en mujeres (3,9%) ($p < 0,001$), tal y como se puede apreciar en la tabla n° 15

TABLA 15. Número de fallecimientos del total de DP y tasa de mortalidad asociados a la El por sexo

EXITUS	FEMENINO	MASCULINO	TOTAL GENERAL
SI	330	544	874
NO	8230	10614	18844
% Tasa	3,9	4,9	4,4

En la estimación del riesgo de muerte, la razón de las ventajas para sexo (femenino /masculino) fue de 1,278 (intervalo de confianza al 95% de 1,112-1,470).

En el gráfico n° 29 se reflejan las tasas de mortalidad de EI en función del sexo



La tabla n° 16 refleja la frecuencia de éxitos atribuibles al diagnóstico principal, así como, el número de diagnósticos hallados, en cada grupo, y la tasa de mortalidad por 100 altas de EI, en función de los 18 grupos de enfermedades. Se puede apreciar, que la mortalidad asociada a una enfermedad infecciosa, en ambos sexos, aparece de forma igualitaria en cuanto al número de fallecimientos, codificados en el grupo de “E. del aparato genitourinario”, “E parasitarias” y “E por virus clamidias y rickettsias”.

El mayor número de éxitos se asocia al grupo de “enfermedades respiratorias” y “bacterianas”, tanto en hombres como en mujeres.

La mortalidad asociada a “tuberculosis”, “VIH”, y “EI del aparato digestivo” predomina en hombres

Al comparar la mortalidad entre los diferentes grupos se detectaron diferencias significativas en las tasas de mortalidad entre los grupos ($p < 0,000$).

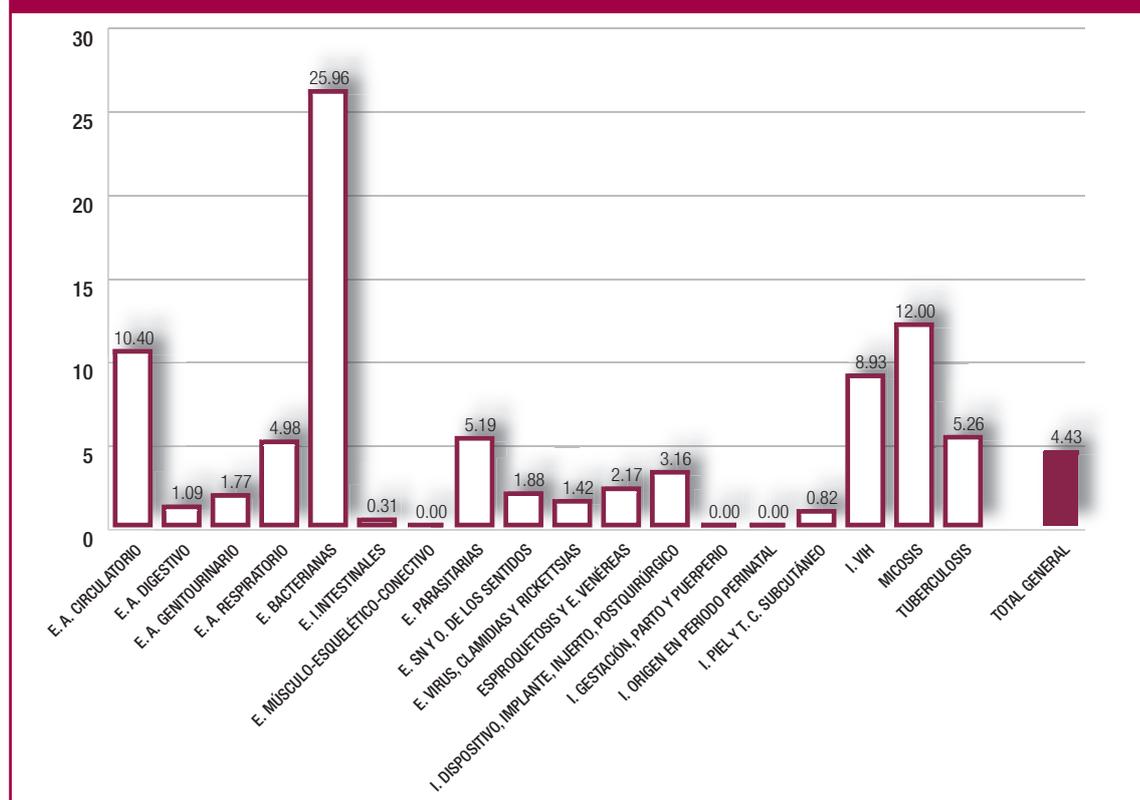
Al analizar las tasas de mortalidad (número de fallecimientos x 100/número de diagnósticos por esa enfermedad), se aprecia que la mayor tasa de mortalidad (26% de los diagnosticados) se asocia al grupo de enfermedades codificadas en CIE 9-MC como “enfermedades bacterianas”, seguida de “micosis” (tasa 12%) y de “EI del aparato circulatorio” con una tasa de mortalidad de 10,4 %.

TABLA 16. Porcentaje de éxitos asociados a diagnóstico principal por grupos de enfermedades

Grupos	Éxitos	Nº diagnósticos	Porcentaje
E. A. CIRCULATORIO	13	125	10,4
E. A. DIGESTIVO	26	2383	1,1
E. A. GENITOURINARIO	56	3157	1,8
E. A. RESPIRATORIO	402	8066	5,0
E. BACTERIANAS	285	1098	26,0
E. I. INTESTINALES	4	1300	0,3
E. MÚSCULO-ESQUELÉTICO-CONECTIVO		152	0,0
E. PARASITARIAS	4	77	5,2
E. SN Y O. DE LOS SENTIDOS	6	320	1,9
E. VIRUS, CLAMIDIAS Y RICKETTSIAS	15	1056	1,4
ESPIROQUETOSIS Y E. VENÉREAS	1	46	2,2
I. DISPOSITIVO, IMPLANTE, INJERTO, POSTQUIRÚRGICA O POSTRAUMÁTICA	28	887	3,2
I. GESTACIÓN, PARTO Y PUERPERIO		47	0,0
I. ORIGEN EN PERIODO PERINATAL		126	0,0
I. PIEL Y T. C. SUBCUTÁNEO	4	489	0,8
I. VIH	15	168	8,9
MICOSIS	6	50	12,0
TUBERCULOSIS	9	171	5,3
MORTALIDAD GLOBAL	874	19718	4,4

El gráfico n° 30 muestra la distribución del porcentaje de fallecimientos relacionados con un diagnóstico principal de EI, por grupos de enfermedades

Gráfico 30. TASA DE MORTALIDAD INTRAHOSPITALARIA DE LOS PACIENTES CON CAUSA PRINCIPAL DE INGRESO POR EI



En la tabla n° 17, se relaciona, en números absolutos, los éxitos asociados a los 40 subgrupos de enfermedades y franjas de edad. El cómputo general de éxitos se sitúa en 874 fallecimientos en los 19718 registros estudiados, en los que la EI fue causa principal de ingreso (total de registros con independencia a la pertenencia o no al departamento sanitario).

El mayor número de óbitos se relacionan con “neumonía”, “sepsis y otras enfermedades bacterianas” e “infecciones urinarias”, para el grupo de edad de más de 64 años. En adultos, las causas de fallecimiento se asociaron a “neumonía”, “sepsis y otras bacterianas” y con la “infección por VIH”. No se encontraron fallecimientos en niños.

En la tabla siguiente, se detallan la frecuencia de éxitos, en función de los subgrupos de enfermedades y tramos de edad. La tabla no recoge aquellos subgrupos de enfermedades, en los que no se produjeron fallecimientos, ni la columna de edad pediátrica al no haber encontrado ningún óbito en dicha franja etária.

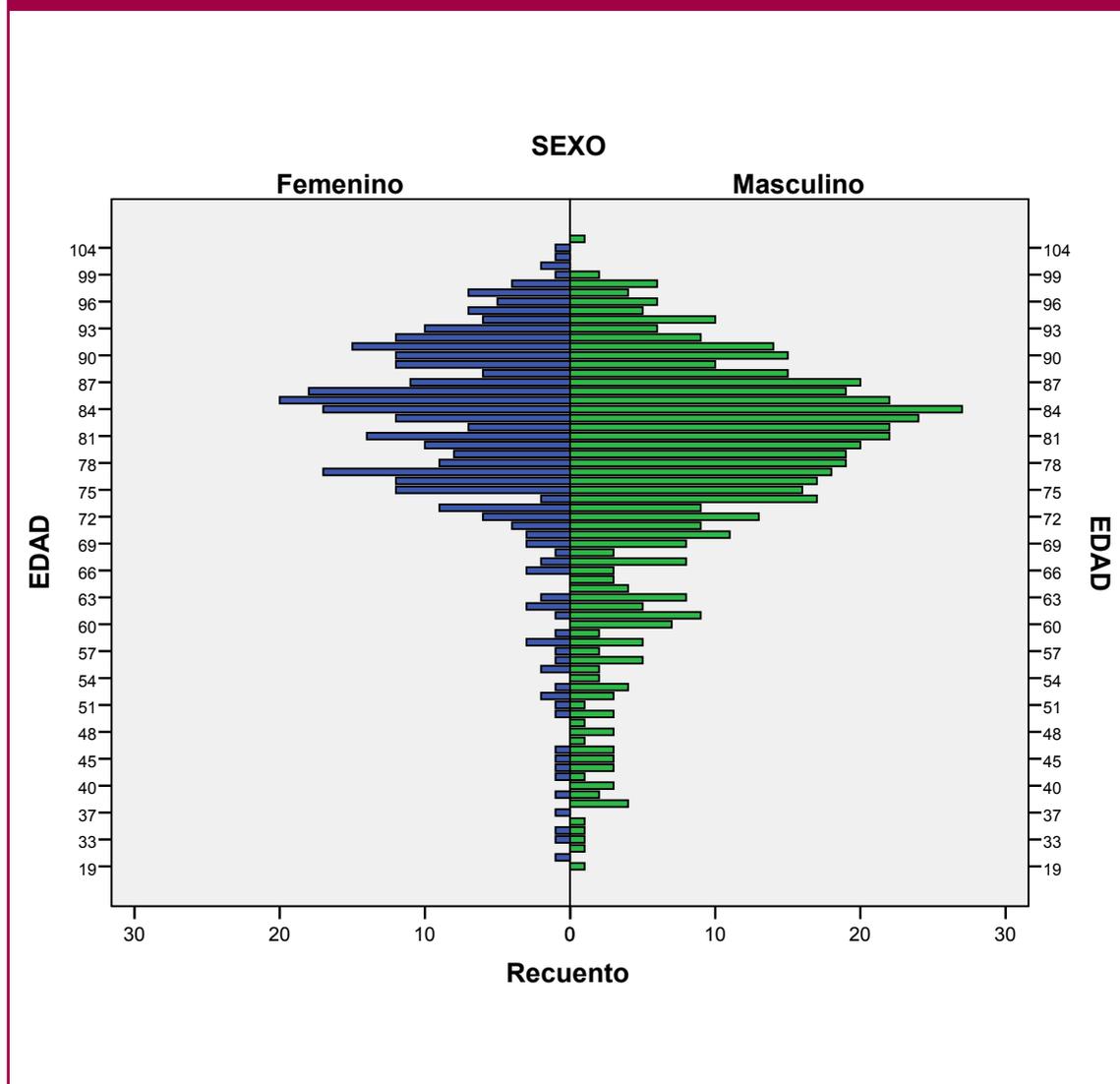
Al comparar la mortalidad entre los diferentes subgrupos, se encontraron diferencias significativas de mortalidad ($p < 0,000$).

TABLA 17. Frecuencia de muertes por grupos de edad y subgrupos de EI

Subgrupos	>64	14-64	No Consta	Total general
APENDICITIS	5	2		7
COLECISTITIS Y OTRAS E. DE AD	7	1		8
E. BACT. ZONÓTICAS		1	1	2
HELMINTIASIS	2			2
HEPATITIS Y OTRAS I. POR VIRUS Y CHLAMYDIAE	7			7
I POST QUIRÚRGICA O CATETER	23	5		28
I. CARDIACAS	7	6		13
I. INTEST. NO SALMONELÓICAS	2	1	1	4
I. O. PÉLVICOS FEMENINOS Y MAMA	1			1
I. PIEL Y T. C. SUBCUTÁNEO	4			4
I. RESP. AGUDA (SIN NEUMONIA, GRIPE O PLEURESIA)	14			14
I. URINARIAS	53	2		55
I. VIH		15		15
I. VIRAL SN (NO POR ARTRÓP. NI EXANT.)	6	2		8
MENINGITIS Y OTRAS DEL SN	5	1		6
MICOSIS	2	4		6
NEUMONIA	342	34		376
PERITONITIS Y ABSCESO INTESTINAL	8	3		11
PLEURESIA Y OTRAS I. DEL A.R.	10	2		12
SEPSIS Y OTRAS E. BACT. (NO ZONOTICAS)	251	32		283
SÍFILIS Y OTRAS E. VENÉREAS		1		1
TOXOPLASMOSIS Y OTRAS PARASITARIAS		2		2
TUBERCULOSIS	4	5		9
TOTAL GENERAL	753	119	2	874

En el gráfico n° 31, aparecen distribuidas los fallecimientos detectados, en función del sexo, y se aprecia que tanto en hombres como en mujeres, la distribución de las éxitus, se produjo preferentemente en edades avanzadas con un mayor porcentaje de mortalidad en hombres.

Gráfico 31. PIRÁMIDE POBLACIONAL DEL NÚMERO DE ÉXITUS EN RELACIÓN A LA EDAD



En la tabla n° 18, se pueden objetivar las tasas de mortalidad en hombres, la frecuencia de diagnósticos y el número de éxitus asociados a ellos, en función de los 40 subgrupos de enfermedades.

TABLA 18. Tasas de mortalidad en HOMBRES por subgrupos de enfermedades			
Subgrupos enfermedad	Frecuencia	Nº de éxitos	Tasa mortalidad
APENDICITIS	1079	4	0,37
ARTRITIS	31	0	0,00
COLECISTITIS Y OTRAS E. DE AD	190	6	3,16
E. BACT. ZOONOTICAS	12	0	0,00
ESPIROQUETOSIS NO VENÉREAS	10	0	0,00
GRIPE	10	0	0,00
HELMINTIASIS	38	0	0,00
HEPATITIS Y OTRAS I. POR VIRUS Y CHLAMYDIAE	403	3	0,74
I POST QUIRÚRGICA O CATETER	475	17	3,58
I. CARDIACAS	86	9	10,47
I. CAVIDAD ORAL Y GLÁNDULAS	45	0	0,00
I. DE HERIDA POSTRAUMATICA	7	0	0,00
I. GENITALES MASCULINOS	169	0	0,00
I. INTEST. NO SALMONELÓICAS	467	4	0,86
I. O. PÉLVICOS FEMENINOS Y MAMA	4	0	0,00
I. OJO Y ANEXOS	19	0	0,00
I. PERINATAL	78	0	0,00
I. PIEL Y T. C. SUBCUTÁNEO	275	2	0,73
I. RESP. AGUDA (SIN NEUMONIA, GRIPE O PLEURESIA)	1311	1	0,08
I. URINARIAS	1332	26	1,95
I. VIH	133	13	9,77
I. VIRAL CON EXANTEMA O POR ARTRÓPODOS	94	0	0,00
I. VIRAL SN (NO POR ARTRÓP. NI EXANT.)	114	4	3,51
MENINGITIS Y OTRAS DEL SN	68	5	7,35
MICOSIS	34	5	14,71
MIOSITIS INFECCIOSA	3	0	0,00
NEUMONIA	3049	266	8,72
OSTEOMIEELITIS	65	0	0,00
OTITIS Y MASTOIDITIS	96	0	0,00
PERITONITIS Y ABSCESO INTESTINAL	42	7	16,67
PLEURESIA Y OTRAS I. DEL A.R.	241	7	2,90
RICKETTSIOSIS Y OTRAS I. POR ARTRÓPODOS	8	0	0,00
SALMONELOSIS	206	0	0,00
SEPSIS Y OTRAS E. BACT. (NO ZOONOTICAS)	576	154	26,74
SÍFILIS Y OTRAS E. VENÉREAS	21	1	4,76
SINUSITIS CRÓNICA Y OTRAS I. TRS	243	0	0,00
TOXOPLASMOSIS Y OTRAS PARASITARIAS	13	2	15,38
TUBERCULOSIS	111	8	7,21
TOTAL GENERAL	11158	544	4,88

Las tasas de mortalidad superiores, por orden decreciente, se hallan en relación con los siguientes subgrupos de enfermedades : 1º “sepsis y otras E. bacterianas (no zoonóticas)” con una tasa de 26,74%; en 2º lugar “peritonitis y absceso intestinal” con una tasa de 16,67% y en 3º lugar la “toxoplasmosis y otras parasitarias” con una tasa de 15,38, seguida de las tasas de “micosis” y de “I. cardiacas” con tasas de 14,71 y 10,47% altas respectivamente.

La tabla nº 19 evidencia las tasas de mortalidad en mujeres en función de los distintos subgrupos de enfermedad. La mayor tasa de mortalidad se relaciona con la “sepsis y otras enfermedades bacterianas no zoonóticas” con una tasa de 25,75%, y en 2º lugar con el subgrupo de “enfermedades bacterianas zoonóticas” con tasa de 22,22%. Esta última tasa en las mujeres, se obtuvo con un escaso número de casos (2 muertes de los 9 diagnósticos del subgrupo “E. bacterianas zoonóticas”), la diferencia con los hombres, que no se encontró ningún fallecimiento. El 3º en la mortalidad lo ocupó la “peritonitis y absceso intestinal” con una tasa de 10,81%.

TABLA 19. Tasas de mortalidad en MUJERES por subgrupos de enfermedades

Subgrupos	Frecuencia	Nº éxitos	Tasa de mortalidad
APENDICITIS	741	3	0,40
ARTRITIS	19	0	0,00
COLECISTITIS Y OTRAS E. DE AD	192	2	1,04
E. BACT. ZOONOTICAS	9	2	22,22
GRIPE	12	0	0,00
HELMINTIASIS	22	2	9,09
HEPATITIS Y OTRAS I. POR VIRUS Y CHLAMYDIAE	328	4	1,22
I POST QUIRÚRGICA O CATETER	403	11	2,73
I. CARDIACAS	39	4	10,26
I. CAVIDAD ORAL Y GLÁNDULAS	57	0	0,00
I. DE HERIDA POSTRAUMATICA	2	0	0,00
I. EN EL EMBARAZO Y PARTO	10	0	0,00
I. INTEST. NO SALMONELÓSICAS	434	0	0,00

TABLA 19. Continuación

Subgrupos	Frecuencia	Nº éxitos	Tasa de mortalidad
I. O. PÉLVICOS FEMENINOS Y MAMA	243	1	0,41
I. OJO Y ANEXOS	11	0	0,00
I. PERINATAL	48	0	0,00
I. PIEL Y T. C. SUBCUTÁNEO	214	2	0,93
I. PUERPERIO	37	0	0,00
I. RESP. AGUDA (SIN NEUMONIA, GRIPE O PLEURESIA)	1188	13	1,09
I. URINARIAS	1409	29	2,06
I. VIH	35	2	5,71
I. VIRAL CON EXANTEMA O POR ARTRÓPODOS	57	0	0,00
I. VIRAL SN (NO POR ARTRÓP. NI EXANT.)	50	4	8,00
MENINGITIS Y OTRAS DEL SN	48	1	2,08
MICOSIS	16	1	6,25
MIOSITIS INFECCIOSA	4	0	0,00
NEUMONIA	1700	110	6,47
OSTEOMIELITIS	30	0	0,00
OTITIS Y MASTOIDITIS	78	0	0,00
PERITONITIS Y ABSCESO INTESTINAL	37	4	10,81
PLEURESIA Y OTRAS I. DEL A.R.	125	5	4,00
RICKETTSIOSIS Y OTRAS I. POR ARTRÓPODOS	2	0	0,00
SALMONELOSIS	193	0	0,00
SEPSIS Y OTRAS E. BACT. (NO ZOONOTICAS)	501	129	25,75
SÍFILIS Y OTRAS E. VENÉREAS	15	0	0,00
SINUSITIS CRÓNICA Y OTRAS I. TRS	187	0	0,00
TOXOPLASMOSIS Y OTRAS PARASITARIAS	4	0	0,00
TUBERCULOSIS	60	1	1,67
TOTAL GENERAL	8560	330	3,86

Por tanto la “sepsis y otras enfermedades bacterianas” se asocian con las mayores tasas de mortalidad, así como el subgrupo de “peritonitis y abscesos intestinales” y la “infección cardiaca” tanto en hombres como mujeres.

La tabla nº 20 detalla las tasas de mortalidad en relación a los 40 subgrupos de enfermedades codificadas como diagnóstico principal 19.718 registros (utilizados en el estudio) y distribuidos por grupos de edad. Existieron diferencias significativas entre las tasas de mortalidad de los adultos (2,1%) y los mayores (9,5%) ($p < 0,000$).

TABLA 20. Tasa de mortalidad asociada a diagnóstico principal por subgrupos y franjas de edad

Subgrupos de enfermedades	Franjas de edad		
	>64	14-64	Total
APENDICITIS	3,5	0,1	0,4
ARTRITIS	0,0	0,0	0,0
COLECISTITIS Y OTRAS E. DE AD	2,3	1,2	2,1
E. BACT. ZOONOTICAS	0,0	7,1	9,5
ESPIROQUETOSIS NO VENÉREAS	0,0	0,0	0,0
GRIPE	0,0	0,0	0,0
HELMINTIASIS	7,4	0,0	3,3
HEPATITIS Y OTRAS I. POR VIRUS Y CHLAMYDIAE	8,6	0,0	1,0
I POST QUIRÚRGICA O CATETER	4,7	1,3	3,2
I. CARDIACAS	14,0	8,1	10,4
I. CAVIDAD ORAL Y GLÁNDULAS	0,0	0,0	0,0
I. DE HERIDA POSTRAUMÁTICA	0,0	0,0	0,0
I. EN EL EMBARAZO Y PARTO	0,0	0,0	0,0
I. GENITALES MASCULINOS	0,0	0,0	0,0
I. INTEST. NO SALMONELÓSICAS	1,9	1,0	0,4
I. O. PÉLVICOS FEMENINOS Y MAMA	10,0	0,0	0,4
I. OJO Y ANEXOS	0,0	0,0	0,0
I. PERINATAL	0,0	0,0	0,0
I. PIEL Y T. C. SUBCUTÁNEO	2,6	0,0	0,8
I. PUERPERIO	0,0	0,0	0,0
I. RESP. AGUDA (SIN NEUMONIA, GRIPE O PLEURESIA)	5,1	0,0	0,6
I. URINARIAS	3,3	0,3	2,0
I. VIH	0,0	9,3	8,9
I. VIRAL CON EXANTEMA O POR ARTRÓPODOS	0,0	0,0	0,0
I. VIRAL SN (NO POR ARTRÓP. NI EXANT.)	40,0	4,8	4,9
MENINGITIS Y OTRAS DEL SN	13,5	1,7	5,2
MICOSIS	7,7	22,2	12,0
MIOSITIS INFECCIOSA	0,0	0,0	0,0
NEUMONIA	10,7	5,1	7,9
OSTEOMIELITIS	0,0	0,0	0,0

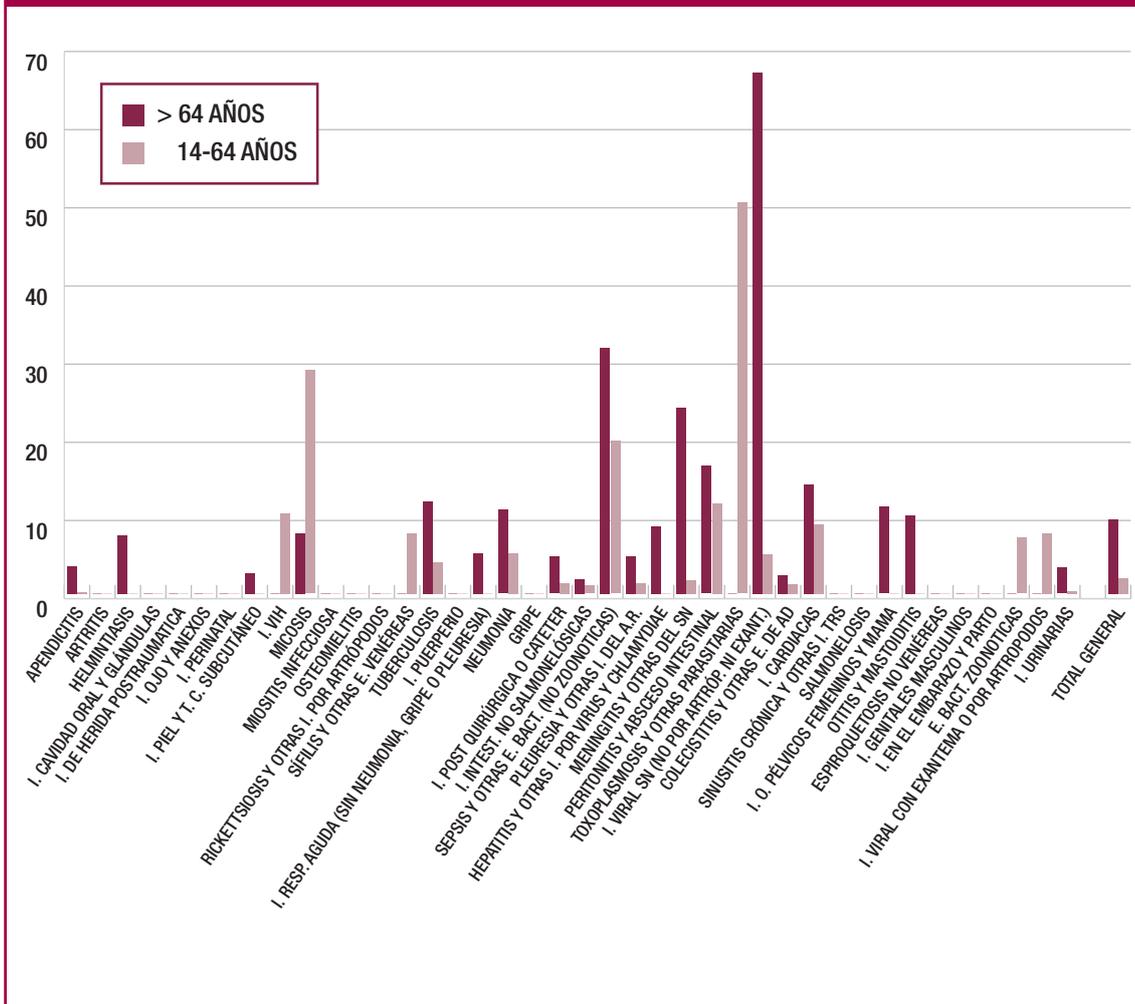
Subgrupos de enfermedades	Franjas de edad		
	>64	14-64	Total
OTITIS Y MASTOIDITIS	0,0	0,0	0,0
PERITONITIS Y ABSCESO INTESTINAL	16,3	10,3	13,9
PLEURESIA Y OTRAS I. DEL A.R.	4,8	1,3	3,3
RICKETTSIOSIS Y OTRAS I. POR ARTRÓPODOS	0,0	0,0	0,0
SALMONELOSIS	0,0	0,0	0,0
SEPSIS Y OTRAS E. BACT. (NO ZOONOTICAS)	31,5	19,5	26,3
SÍFILIS Y OTRAS E. VENÉREAS	0,0	7,1	2,8
SINUSITIS CRÓNICA Y OTRAS I. TRS	0,0	0,0	0,0
TOXOPLASMOSIS Y OTRAS PARASITARIAS	0,0	33,3	11,8
TUBERCULOSIS	11,8	4,0	5,3
TOTAL GENERAL	9,5	1,9	4,4

De los resultados de la tabla, se puede deducir las principales causa de mortalidad. En mayores de 64, se asocian a enfermedades codificadas dentro del subgrupo de “I. viral del sistema nervioso (no por artrópodos ni exantema)” con tasa de 40,0%, seguidas de “sepsis y otras E. bacterianas” con una tasa de 31,5%, “peritonitis y absceso intestinal” con una tasa de 16,3 y “meningitis y otras E del sistema nervioso” con una tasa de 13,5% altas de EI. La tasa de mortalidad por neumonía se sitúa en 10,7% para este grupo de edad.

En adultos, la mayor tasa de mortalidad, se relaciona con las rubricas de “toxoplasmosis y otras parasitarias” con una tasa de 33,3%, le sigue la tasa de mortalidad por micosis con una tasa de (22,2%), sepsis (19,5%), infección por VIH (9,3%) y neumonía (5,1%).

De los datos de la tabla se puede destacar que la tasa mortalidad asociada a “infección de órganos pélvicos femeninos y mama” fue de 10% altas en personas de más de 64 años, no computándose ningún fallecimiento asociado a este subgrupo en la edad adulta. Gráficamente queda expresado en el siguiente histograma. Gráfico 32.

Gráfico 32. MORTALIDAD HOSPITALARIA POR SUBGRUPOS/EDAD EI DIAGNÓSTICO PRINCIPAL SOBRE 100 ALTAS



B. Mortalidad asociada al diagnóstico principal en los pacientes asignados al Departamento de Alzira (18.285 registros).

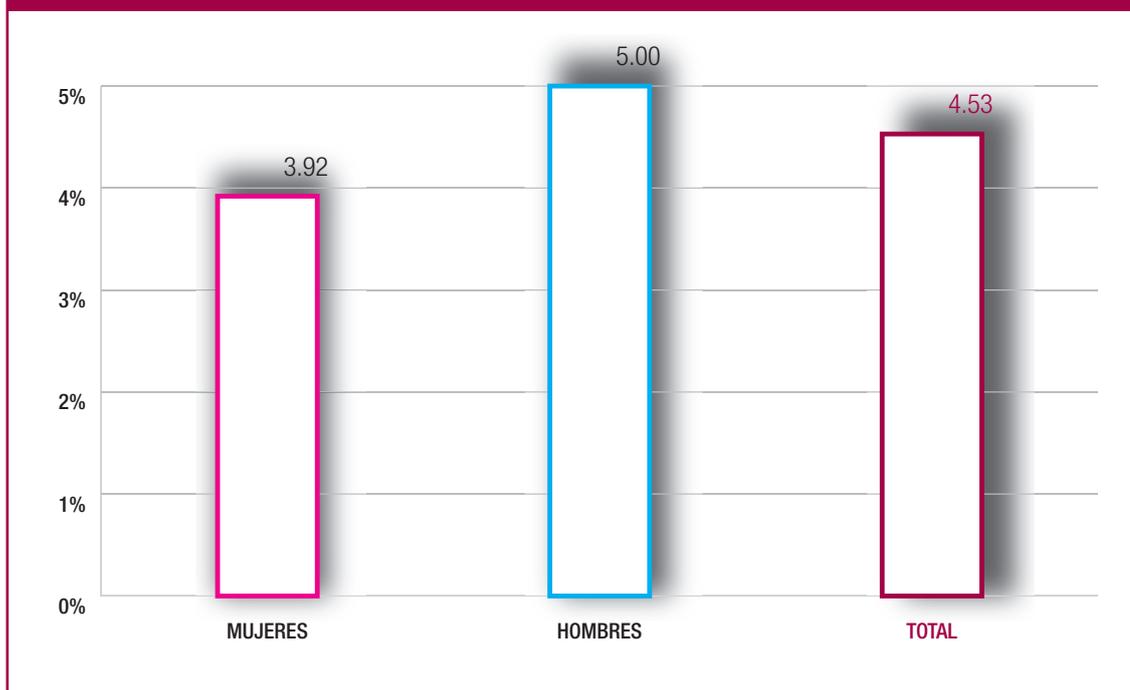
La mortalidad asociada a un diagnóstico de enfermedad infecciosa, como causa principal de ingreso hospitalario fue de 4,5 por cada 100 altas de enfermedades infecciosas. La tabla nº 21 describe la mortalidad analizada en números absolutos y, la tasa de mortalidad, distribuida por sexo y en función del número total de diagnósticos principales estudiados de los pacientes asignados al Departamento de Salud de Alzira

TABLA 21. Frecuencia de éxitus en pacientes del Departamento distribuidas por sexo

Mortalidad	Diagnósticos en mujeres	Diagnósticos en hombres	Diagnósticos en ambos sexos
Exitus	311	517	828
Total diagnósticos principales	7937	10348	18285
Tasa de mortalidad por 100 altas de EI	3,92	5,00	4,53

En el gráfico n° 33, se puede apreciar que la tasa de mortalidad por enfermedades infecciosas como causa principal de ingreso, es superior en hombres que en mujeres, con una tasa de mortalidad de 5 y 3.92.

Gráfico 33. MORTALIDAD (SOBRE 100 INGRESOS) DISTRIBUIDA POR SEXOS EN PACIENTES PERTENECIENTES AL DEPARTAMENTO SANITARIO CUYA CAUSA PRINCIPAL DE INGRESO FUE UNA EI



Concretamente, el número absoluto de fallecidos, en esta muestra (diagnósticos principales de la población del Departamento de Salud de la Ribera) fue de 828, lo que equivale a una tasa de mortalidad de 44,25 por 100.000 habitantes y año, en esta zona sanitaria en relación con las enfermedades infecciosas.

La tasa de mortalidad atribuible a una enfermedad infecciosa en hombres fue de 59,29 por 100.000 habitantes y año, mientras que en mujeres, se situó en 32,72 por 100.000 habitantes y año.

En el gráfico n° 34, se detallan el número de éxitos asociados a la patología infecciosa, durante el periodo en estudio, con un total de 828 óbitos en esta población (de los 874 totales detectados), 104 muertes de promedio anual, en los procesos infecciosos ingresados como diagnóstico principal.

El porcentaje mayor de fallecimientos se produjo en el grupo de personas mayores de 64 años (9,64%). En el grupo de edad pediátrica, no se objetivo ningún fallecimiento, y la tasa de mortalidad en adultos fue inferior al 2 por cada 100 altas por enfermedad infecciosa.

Gráfico 34. NÚMERO DE MUERTES POR AÑO ASOCIADAS A DIAGNÓSTICO PRINCIPAL DE EI EN POBLACIÓN ASIGNADA AL DEPARTAMENTO SANITARIOI

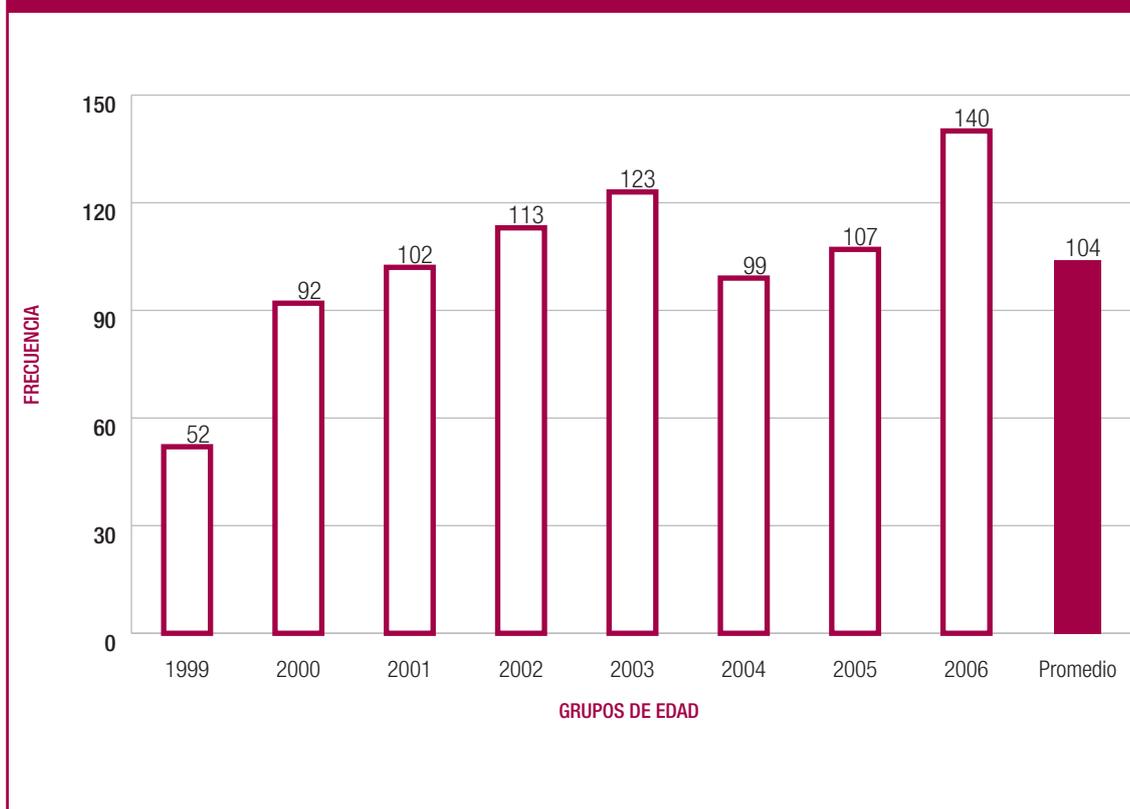
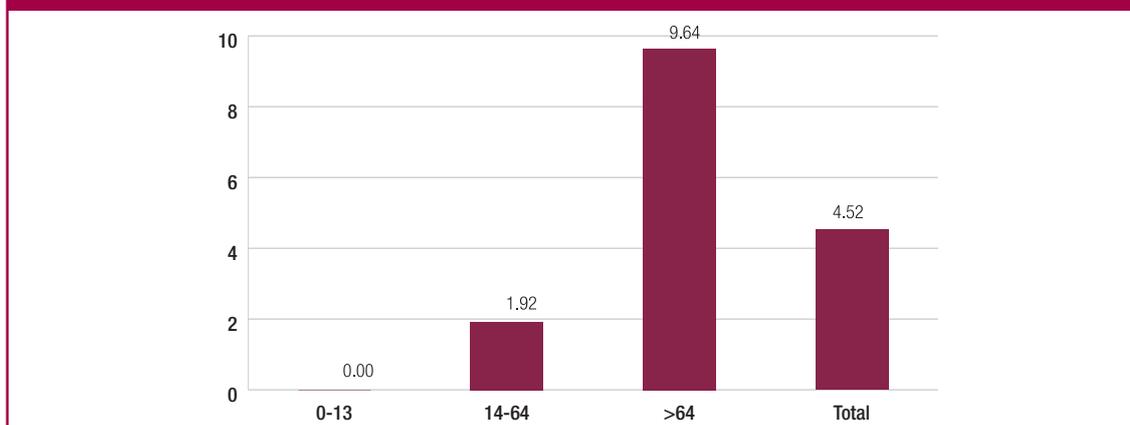


Gráfico 35. MORTALIDAD (SOBRE 100 INGRESOS) DE LOS GRUPOS ETARIOS EN PACIENTES PERTENECIENTES DEPARTAMENTO SANITARIO CUYA CAUSA PRINCIPAL DE INGRESO FUE UNA EI

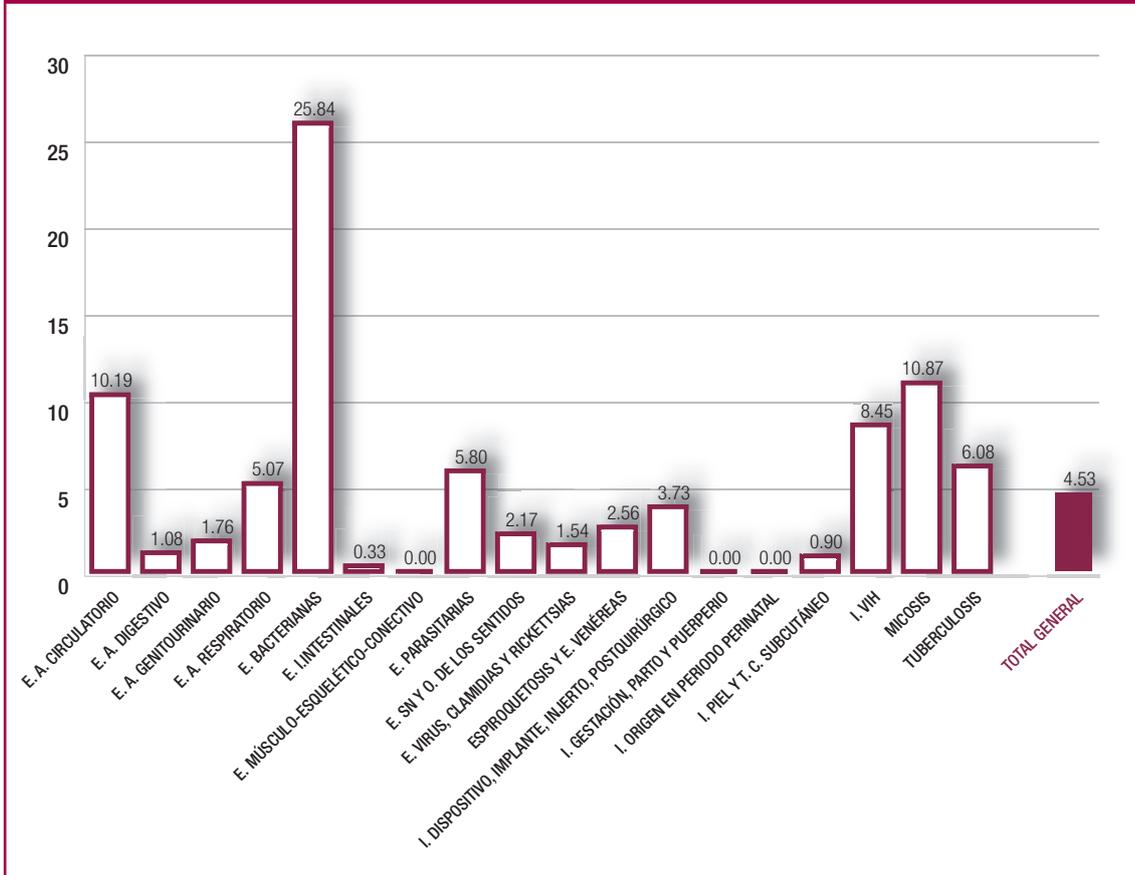


En la tabla 22, se detallan el número de éxitos, la supervivencia y el porcentaje muertes en relación con los diagnósticos principales distribuidos en los 18 grupos de enfermedades.

TABLA 22. Tasa de mortalidad asociada a diagnóstico principal por grupos de enfermedad en la población del Departamento de Alzira

Grupos	SI	NO	Total general	%
E. A. CIRCULATORIO	11	97	108	10,2
E. A. DIGESTIVO	24	2195	2219	1,1
E. A. GENITOURINARIO	52	2905	2957	1,8
E. A. RESPIRATORIO	385	7208	7593	5,1
E. BACTERIANAS	268	769	1037	25,8
E. I. INTESTINALES	4	1201	1205	0,3
E. MÚSCULO-ESQUELÉTICO-CONECTIVO		129	129	0,0
E. PARASITARIAS	4	65	69	5,8
E. SN Y O. DE LOS SENTIDOS	6	270	276	2,2
E. VIRUS, CLAMIDAS Y RICKETTSIAS	15	962	977	1,5
ESPIROQUETOSIS Y E. VENÉREAS	1	38	39	2,6
I.DISPOSITIVO, IMPLANTE, INJERTO, POSTQUIRÚRGICA O POSTRAUMÁTICA	28	723	751	3,7
I. GESTACIÓN, PARTO Y PUERPERIO		39	39	0,0
I. ORIGEN EN PERIODO PERINATAL		107	107	0,0
I. PIEL Y T. C. SUBCUTÁNEO	4	439	443	0,9
I. VIH	12	130	142	8,5
MICOSIS	5	41	46	10,9
TUBERCULOSIS	9	139	148	6,1
TOTAL GENERAL	828	17457	18285	4,5

Gráfico 36. PORCENTAJE DE MUERTE INTRAHOSPITALARIA DE LOS PACIENTES DEL DEPARTAMENTO CUYA CAUSA PRINCIPAL DE INGRESO FUE UNA EI



7. DISCUSIÓN

■ 7.1. DATOS GENERALES

En este estudio, se muestra que más de una décima parte (13,2%) de los ingresos hospitalarios se deben a una enfermedad infecciosa. En Nueva Zelanda entre los años 1980-1998 los egresos hospitalarios mostraron un aumento en la proporción debida a las enfermedades infecciosas del 2,2% al 12,6% (54). Los resultados en la Ribera y los de Nueva Zelanda confirman los de un estudio anterior, lo que indica el importante peso que sigue siendo atribuible a las enfermedades infecciosas en zonas tan apartadas como Oceanía y Europa (54-56).

Durante el último siglo, en el mundo, se han reducido las enfermedades infecciosas, gracias a la mejora de la atención sanitarias y de higiene, el uso masivo de vacunas efectivas y de agentes antimicrobianos. No obstante, diez personas por cada 1.000 habitantes y año de un área geográfica requirieron un ingreso hospitalario por una enfermedad infecciosa a pesar de que en los países en vías de desarrollo se ha reducido el impacto de las infecciones. Esta tasa media de ingresos por enfermedades infecciosas de 10 por 1.000 habitantes y año, en el Departamento de Salud de la Ribera de la Comunidad Valenciana, es inferior a la detectada en 1994 en Estados Unidos donde la tasa de hospitalización para enfermedades infecciosas fue de 15,4 por 1.000 habitantes (21).

Existen pocos datos en la literatura, para comparar estas tasas entre diversos países y, además, no se han empleado métodos idénticos para la comparación de datos (57;21;54). Así, Mills y colaboradores durante el periodo 1988-2000, detectó un 2,2% de las altas debidas a ingresos atribuibles al capítulo 1 del CIE 9-MC (enfermedades infecciosas y parasitarias, que no recoge todas las enfermedades infecciosas incluidas en otros capítulos referidos a aparatos), aunque la proporción se elevó a 12.6%, casi 6 veces más, al incluir otros códigos refe-

ridos, no solo a enfermedades infecciosas de órganos o aparatos, sino también a efectos tardíos de infecciones o consecuencia del tratamiento, y profilaxis de enfermedades infecciosas (54). Un análisis global de la patología infecciosa requeriría incluir, como se ha hecho en este trabajo, el análisis de los códigos correspondientes a otros capítulos que incluyen infecciones de órganos o sistemas.

En este trabajo, se observó un mayor riesgo relativo del hombre a padecer una enfermedad infecciosa grave que requiera atención hospitalaria; este riesgo no ha sido enfatizado en la literatura. Una excepción a esta mayor asociación de la enfermedad infecciosa grave al género masculino es la de la infección urinaria. También en la infancia se señalan mayores tasas de morbilidad y mortalidad en varones que en mujeres para alguna enfermedad con excepción de la infección urinaria; por ejemplo, en los estudios sobre pielonefritis en el primer año de vida entre los lactantes, en el Estado de Washington, se detectó que los lactantes con hidronefrosis prenatal tenían casi 12 veces más probabilidades de tener pielonefritis (y hospitalizaciones) en el primer año de vida pero esta asociación era mayor en las niñas (58).

En Dinamarca, se examinaron las diferencias de género de un total de 64.049 hospitalizaciones para la otitis media, neumonía, influenza, y otras infecciones graves del tracto respiratorio, de 1995 a 1999 (59). En menores de 15 años, los niños fueron hospitalizados con más frecuencia que las niñas, pero ocurrió a la inversa al estudiar las hospitalizaciones, en edades de 15-25 años; por tanto este estudio solo forjaría la hipótesis de que el género desempeña un papel variable en la susceptibilidad para las infecciones respiratorias en determinadas épocas de la vida (59).

Los grupos de enfermedades que ocasionaron un mayor número de ingresos fueron las enfermedades infecciosas codificadas como respiratorias, genitourinarias intestinales y digestivas. Las enfermedades del aparato respiratorio fue-

ron responsables de un 40% de los ingresos por patología infecciosa seguida por las enfermedades del aparato genitourinario.

La mayor frecuencia de ingresos en números absolutos se produce en las edades superiores a 64 años. Destaca que en niños predominan las enfermedades del grupo de “infecciones respiratorias” y “enfermedad infecciosas intestinales”, en adultos, las del grupo “enfermedades del aparato digestivo”; y, en los mayores de 64 años, las enfermedades del grupo “enfermedades respiratorias”. Al tener en cuenta la población del Departamento, se encontraron diferencias notables en las tasas de incidencia según la edad de los pacientes ingresados: en niños fue mayor la incidencia de las enfermedades respiratorias, intestinales, y genitourinarias, aunque en menor proporción, que en los mayores de 64 años. Los niños y ancianos, por tanto, están sometidos a un mayor riesgo de padecer una enfermedad infecciosa que requiere ingreso que los otros grupos de población. Los ancianos, que los hemos definido como los mayores de 64 años, poseen características que favorecen la infección como la afectación de la inmunidad celular y humoral, así como, la reducción de algunas funciones fisiológicas como el reflejo tusígeno, la circulación y la curación de heridas. Está bien establecido que muchas infecciones se asocian a mayor morbilidad en el anciano (como el herpes zoster, listeriosis, o infección urinaria) y con mayor frecuencia se asocian a mayor mortalidad (bacteriemia o meningitis). Inversamente, algunas infecciones como las enfermedades de transmisión sexual son menos frecuentes. El hecho que en personas con más de 64 años de edad, aumente la incidencia de hospitalización se ha puesto de manifiesto por enfermedades específicas infecciosas, como las neumonías o enfermedades estafilocócicas adquiridas en la comunidad en países como Inglaterra (60). En USA, la tasa media anual de hospitalizaciones por enfermedades infecciosas fue de 503 por 10.000 adultos de más de 64 años, que se mantuvo estable desde 1998 hasta 2004 (61); esta tasa es superior a la detectada en este estudio cuando se considera solo la causa principal de ingreso pero equivalente a la tasa de patología infecciosa de los pacientes ingresados (diagnóstico principal y secundario).

Los indios americanos y nativos de Alaska de más de 64 años tienen también, como grupo, la segunda mayor tasa de hospitalizaciones por enfermedades infecciosas. Sus hospitalizaciones por enfermedades infecciosas representaron el 23% de todas las hospitalizaciones que fue mayor que la de población en general de los EE.UU. (62). El aumento de la tasa de hospitalización detectada en la literatura entre los adultos mayores se asocia con el envejecimiento de la población (63).

La tasa de hospitalizaciones por enfermedades infecciosas en niños en USA es de 7010,8 por 100.000 nacidos vivos, o aproximadamente 1 hospitalización de enfermedades infecciosas de cada 14 bebés. Las tasas de hospitalización fueron más altas entre los lactantes no blancos (64). También en los países en vías de desarrollo o en población rural de aborígenes, la mayor morbilidad infecciosa infantil, que requieren hospitalización, la constituye las infecciones respiratorias y la diarrea infecciosa (65; 66). Se observan, así mismo, cambios en la utilización de los servicios de salud a nivel hospitalario, pues las tasas de ingreso para infecciones agudas respiratorias bajas, antes de los dos años, en una cohorte de niños aborígenes de Australia Occidental, las hospitalizaciones fueron 7,5 veces superiores que en los que no eran aborígenes, quizá condicionadas por la no utilización de medidas preventivas adecuadas (67).

■ 7.2. DATOS POR GRUPOS

Enfermedades Infecciosas Intestinales

Las diarreas continúan siendo una causa frecuente de hospitalización en los países desarrollados, especialmente entre niños (68). El riesgo relativo de un niño a padecer una “enfermedad infecciosa intestinal” es, de unas 21 y 7 veces más que en adultos o mayores, respectivamente en este estudio.

Incluso entre adultos, la diarrea puede representar un 1.5% de todas las hospitalizaciones (69). La importancia relativa de todas las causas de diarreas se ha

analizado en otros países mediante un sistema similar al CMBD. Así, Nelson y col. en Hong Kong detectaron que el 11% de los niños de menos de 5 años dados de alta lo fueron con el diagnóstico primario de diarrea, de las cuales el 74% fueron codificadas como no específicas, 10,4 % por rotavirus, el 11% por *Salmonella* y el 5% como otras infecciones víricas o bacterianas (70).

En el Departamento sanitario estudiado, por su frecuencia, se puede destacar la gastroenteritis por *Salmonella*, con una incidencia de 22,86 casos por 100.000 habitantes y año y, entre las no bacterianas, la diarrea por rotavirus con una incidencia de 9,5 por 100.000 habitantes y año. Sin embargo, la sensibilidad de la vigilancia activa de la infección por rotavirus entre los niños hospitalizados es superior a la detectada a través de los códigos de egresos hospitalarios (71)

Otros sistemas de información más centrados en la microbiología o en una entidad concreta, pueden ofrecer datos más ajustados en cuanto a la etiología. Así, un 14% de los patógenos responsables de gastroenteritis corresponde a rotavirus en el sistema nacional de información microbiológica; Gil y col. Estimaron, en ese estudio, que la incidencia anual de hospitalización por rotavirus fue de 1 caso por 1.000 niños de 5 años o menor edad, aunque durante el invierno alcanza la cifra de 2,5 por 1.000 (72). El 89,2% de las infecciones por rotavirus ingresadas en España corresponden a niños con menos de 5 años, lo que representa el 21.8% de todos los patógenos identificados en muestras fecales de los niños de esa edad (73). Visser y col apreciaron que la infección por rotavirus representaba 25.3% de las admisiones en el hospital y que representaba una tasa de ingreso de 2,5 por 1.000 niños de menos de 5 años. Estas estimaciones son inferiores a las publicadas en otros países donde la elevada incidencia justifica un programa nacional de vacunación (73).

Aunque la incidencia de infección por *Salmonella typhi* ha decaído en muchos países como el nuestro (74), no existe evidencia de una reducción en los últimos años en España, de la infección por otro tipo de *Salmonella spp.* El centrar la prevención de la salmonelosis a la infección transmitida por las aves de corral y los huevos ten-

drá un impacto importante desde una perspectiva de salud pública en la mayoría de países europeos (75). Se estima que la incidencia anual es de 0,08 fallecimientos por 100.000 habitantes y que estas muertes se producen principalmente entre los adultos con enfermedad subyacente grave. Un 22% de las personas infectadas por *Salmonella* en los Estados Unidos son hospitalizados y entre ellos predominan (47% de los casos) las personas con edad superior a los 60 años (76). La incidencia de gastroenteritis en la población general es alta, y origina un considerable uso de medicación, consultas en atención primaria y ausencia de la escuela y el trabajo (77). Las infecciones intestinales, por otros patógenos, como la *Yersinia*, también suponen unas tasas de incidencia de ingresos considerables, sobre todo en niños y en personas en los pacientes hospitalizados en España (78).

Tuberculosis

Las tasas de ingresos por tuberculosis solo son un reflejo de la incidencia real de la enfermedad. En este estudio, las tasas de incidencia de tuberculosis del total de diagnósticos fue de 14,59 por 100.000 habitantes y año en la población general, se reduce en niños a 4,37 por 100.000 niños y año y se eleva en las personas mayores a 20,08 por 100.000 habitantes y año, probablemente como expresión del envejecimiento del sistema inmunitario (primario o secundario a otras enfermedades) que facilita la reactivación de la enfermedad tuberculosa; no obstante las cifras reales pueden ser superiores al no contabilizarse pacientes tratados en régimen ambulatorio. El CMBD proporciona información de interés epidemiológico no contenida en los partes de EDO por lo que la aplicación del método captura-recaptura empleando el CMBD es una alternativa para estimar tasas más reales de tuberculosis (79; 80).

A diferencia de lo que ocurre en España, en determinados países africanos con índices muy altos de tuberculosis, como Uganda, la tuberculosis respiratoria y el paludismo pueden representar casi un tercio de la carga global de enfermedad hospitalaria en términos de días-cama de hospital (81).

Enfermedades bacterianas

La incidencia de enfermedades bacterianas, en el área de salud, es llamativamente superior entre los mayores, superando en 5 veces la de niños y en 17 veces la de adultos. En Noruega, la incidencia de sepsis fue de 9,5 por 1.000 ingresos hospitalarios y 1,49 por 1.000 habitantes en 1999 (82). En las sepsis graves, ya se ha detectado que, en los hospitales de agudos, las tasas de hospitalización y la mortalidad son superiores entre los pacientes de mayor edad (83).

De acuerdo a los datos obtenidos del CMBD por Andreu y col, las tasas de hospitalización, tanto para la sepsis en general como para la sepsis grave en la Comunidad Valenciana son inferiores a las de otros países, pero aumentaban, en un 5% cada año (84). En el estudio de la Comunidad Valenciana, durante un período de 10 años (1995-2004), en los 26 hospitales públicos, se identificaron 33.767 casos de sepsis. La tasas de incidencia entre los hombres aumentó de 64,11 casos por 100.000 habitantes en 1995 a 114,02 casos por 100.000 habitantes en 2004 ($P < 0.001$). Estas tasas entre las mujeres, aunque inferiores, aumentó de 45,08 casos por 100.000 habitantes en 1995 a 83,62 casos por 100.000 habitantes en 2004 ($P < 0.001$).

La bacteriemia con frecuencia se manifiesta como una enfermedad grave que requiere la atención de cuidados intensivos. En la Región de Salud de Calgary (con una población de aproximadamente 1 millón de habitantes), durante el período 2000-2002, se encontraron que los factores de riesgo y las enfermedades crónicas que influían en la adquisición de la bacteriemia grave eran la edad > 64 años, el sexo masculino, la hemodiálisis, la diabetes mellitus, el alcoholismo, el cáncer, y la enfermedad pulmonar. El *Staphylococcus aureus*, *Escherichia coli* y *Streptococcus pneumoniae* suelen ser los agentes responsables como etiologías comunes (85).

La epidemiología de la bacteriemia adquirida en la comunidad es variable según la zona geográfica. En este estudio, las tasa de incidencia de enfermedades bac-

terianas, como causas de ingreso, en niños, se sitúan en el 40,08 por 100.000 habitantes y año. La tasa de bacteriemia fue muy alta en los niños ingresados en el Hospital de Niños de Lwiro (hospital rural de África Central) entre 1989 y 1990; solo la infección por *Salmonella spp* causó el 73% de las bacteriemias, resaltando, como factores de riesgo de mortalidad independientes, la edad inferior a 12 meses y la ictericia (86).

Enfermedades bacterianas zoonóticas

La tasa de diagnóstico de algunas zoonosis, como la anisakiasis o borreliosis de Lyme, que pueden ser confundidas con otras enfermedades, dependen del grado de alerta de los clínicos en algunas zonas. La incidencia de zoonosis en diversas zonas geográficas es variable y no siempre relacionada con el clima. Por ejemplo, la distribución geográfica de la enfermedad de Lyme, en forma de focos, en el norte de España: contrasta la endemidad de Asturias o la Rioja con la baja incidencia de Galicia (87).

No se han detectado casos al alta hospitalaria de borreliosis de Lyme ni de otras zoonosis como turalemia, que ha provocado brotes en las 2 últimas décadas en España y otros países Europeos, como Kosovo y Escandinavia (88). Los datos de la literatura coinciden en una superior incidencia de listeriosis en mayores de 64 años pero no en las tasas detectadas por Nolla Salas y col aportaron que la incidencia anual de casos de listeriosis era de 10,95 casos por millón de habitantes en la ciudad de Barcelona, en un estudio prospectivo en 1990 (89). Dicha cifra es muy superior a la estimada en el presente estudio y a las reportadas en la literatura. La alta incidencia de listeriosis en dicho estudio prospectivo se puede justificar por la alta sensibilidad del sistema de información empleado y por las características ambientales relacionadas con la infección, en dicha zona en la época del estudio (89).

La brucelosis es una enfermedad zoonótica de distribución mundial esta enfermedad, aunque muy controlada, sigue siendo endémica en muchas partes del mundo,

incluyendo España. Existen cuatro especies de *Brucella* patógenas para el ser humano (90). En este estudio únicamente se han detectado 4 casos de brucelosis.

Virus de la inmunodeficiencia humana

Los tratamientos de alta eficacia antirretroviral se generalizaron en España a partir del 1997 y han condicionado cambios en los patrones de utilización hospitalaria, con una significativa reducción de hospitalizaciones por infecciones oportunistas como en otras partes del mundo (91;92). El presente estudio cubre, por tanto, un periodo en el que se había reducido la hospitalización por infecciones oportunistas en pacientes con infección por el VIH. Sin embargo, la morbi-mortalidad sigue siendo relevante con una tasa de incidencia de VIH, como diagnóstico principal, en la población de estudio, de 7,59 por 100.000 habitantes y año con una tasa de mortalidad del 8,9%.

La infección por el VIH continúa siendo un factor de riesgo importante para infecciones oportunistas como la tuberculosis (93). El riesgo de neumonía en personas con infección por el VIH ha disminuido sustancialmente desde la introducción de la terapia de alta eficacia, pero la necesidad de hospitalización aun es alta, para el tratamiento de neumonías, en población danesa, incluso en personas con un recuento alto de células CD4+ (94).

Enfermedades por virus, clamidias y rickettsias

El CMBD no es adecuado para estudiar la incidencia real de infecciones víricas, para cuyo diagnóstico se precisan métodos sensibles no empleados rutinariamente. Por ello, no se ha detectado ninguna infección por rinovirus y coronavirus, reconocidos como causas importantes del síndrome de resfriado común, que pueden estar asociados con la hospitalización de adultos mayores con enfermedades subyacentes (95). Rinovirus está frecuentemente asociado a las exacerbaciones asmáticas y a las infecciones de las vías respiratorias bajas, como se detectó a través del estudio

nasofaríngeo para la detección de virus respiratorios en un Hospital de Hong Kong, de niños con síntomas de infección respiratoria aguda y enfermedad crónica admitidos en el hospital (96). Los rinovirus con frecuencia causan el resfriado común, pero no se han considerado importantes como causas de las hospitalizaciones respiratorias agudas en los niños. Sin embargo, en población norteamericana con síntomas respiratorios o fiebre, y en los que se hizo cultivo y PCR a partir de muestra nasal y faríngea, los rinovirus se asociaron con casi 5 hospitalizaciones por 1.000 niños menores de 5 años de edad (97).

Existen agentes etiológicos recientemente identificados no contemplados en la CIE como los bocavirus humanos implicados en infección de las vías respiratorias en los niños (98). En Hong Kong, se puso de manifiesto que los bocavirus desempeña un papel importante en niños hospitalizados con menos de 4 años en las infecciones respiratorias y, también en España, se han obtenido evidencias de que están implicados en las infecciones agudas del aparato respiratorio (99).

El alcance y la repercusión relativa de patógenos virales tampoco han recibido mucha atención en adultos hospitalizados. Asimismo, los virus fueron la segunda causa de neumonía adquirida en la comunidad más común, después *S. pneumoniae*, especialmente, en el otoño o invierno, tanto en jóvenes como ancianos hospitalizados (100). Si bien, este estudio no se centra en los aspectos microbiológicos de la EI, sí que los resultados evidencian un ciclo de mayor incidencia de la enfermedad respiratoria aguda, incluida la neumonía, que se inicia en otoño y cuyo pico máximo se alcanza en el primer trimestre del año.

El análisis de determinados aspectos de infecciones víricas puede requerir estudios multicéntricos prospectivos, e incluso nacionales como el realizado en Alemania respecto al virus respiratorio sincitial, en el que se describen las hospitalizaciones de niños prematuros con infección por VSR empleando una base de datos específica (101). La infección por el virus respiratorio sincitial puede llegar a repenetrar el 38% del total de días de hospitalización para todas las infecciones respiratorias, y

77% de los días de hospitalización para la infección por RV lo acaparan los niños menos de 6 meses de edad (102).

El diagnóstico de mononucleosis infecciosa se estableció en 65 ocasiones en el Hospital de la Ribera, durante los 8 años. Diversas complicaciones pueden detectarse en los pacientes hospitalizados con este diagnóstico, incluyendo las hematológicas, hepatobiliares y del sistema nervioso central, entre otras (103).

La incidencia de diagnósticos codificados como “hepatitis y otras infecciones por virus y chlamydiae” fue de 39 por 100.000 habitantes-año, muy inferior a cuando la incidencia se establece teniendo en cuenta los diagnósticos secundarios (unos 210 casos por 100.000 habitantes-año); este hecho es comprensible puesto que aquí están incluidas enfermedades, tan prevalentes, como la hepatitis C crónica, pues se estima que un 1% de la población puede estar infectada por este virus. Al igual que en Canadá, se está produciendo una creciente carga asistencial debido a la infección por el virus de hepatitis C (104).

Las rickettsiosis son enfermedades infecciosas bien conocidas en Europa, aunque su espectro clínico y su incidencia pueden estar cambiando en España. La infección causada por *Rickettsia conorii* es endémica de la zona mediterránea, donde los factores geoclimáticos y la interacción con animales o con artrópodos pueden influir en su incidencia. En el Hospital de la Ribera, la incidencia de ingresos por estas EI, ha sido muy baja ya que solo han sido codificados 2 casos de fiebre mediterránea y 5 casos de rickettsiosis sin especificar, durante el tiempo de estudio. Las formas más graves de la enfermedad requieren ingresos hospitalarios por lo que la incidencia de los diagnósticos al alta hospitalaria puede ser un indicador de estas enfermedades (105). Los cambios climáticos y otros factores como la prevalencia de las distintas rickettsias en la población de garrapatas, podrían contribuir a la emergencia de nuevas enfermedades o a la modificación de la incidencia de la fiebre botonosa mediterránea en España (106; 107). La linfadenopatía asociada a picadura de ga-

rrapata del grupo Dermacentor es una enfermedad emergente aunque no se refleje en los diagnósticos al alta hospitalaria, al no manifestarse de forma grave, ni ser la serología muy sensible (108; 109).

Espiroquetosis y enfermedades venéreas

El grupo de enfermedades “espiroquetosis y enfermedades venéreas” constituye un bajo porcentaje del total de diagnósticos estudiados (0,2%). Su incidencia es de 2,08 por 100.000 habitantes-año. Incluso las enfermedades, como la infección genital por clamidia, más propias de la atención ambulatoria, salvo la enfermedad inflamatoria pélvica en la que se ha reducido la incidencia de la causada por este microorganismo en Australia (110). Aunque la frecuencia de la enfermedad inflamatoria pélvica sea baja, algunas de estas infecciones pueden pasar desapercibidas, quizás, por un inadecuado estudio microbiológico; no obstante, se ha detectado, en ciudades como Oslo también un descenso en la hospitalización de enfermedad inflamatoria pélvica (111).

Las enfermedades venéreas han disminuido el protagonismo de la era preantibiótica. Sin embargo, de los doce millones de personas infectadas por sífilis congénita en el mundo, dos millones son mujeres embarazadas, por lo que la OMS recomienda una estrategia mundial para eliminar la sífilis congénita (112). A nivel europeo, se ha producido un aumento de la incidencia de infección en mujeres en edad reproductiva y, por consiguiente, un incremento de la sífilis congénita. Simms y col. estiman que ello refleja un fracaso en el sistema de atención del control de la sífilis (113). En Bolonia, para detectar sífilis en mujeres embarazadas, se estudiaron prospectivamente, durante 2.000 a 2.006, a 19.205 mujeres que dieron a luz a 19.548 nacidos vivos. La seroprevalencia general, fue de 0,44% pero en mujeres procedentes de países del este, ascendía a 4.3% y en sudamericanas al 5.8% (114). El aumento de la sífilis congénita fue también motivo de estudio en Detroit, donde las tasas de incidencia eran alarmantes (250,3 casos por 100.000 nacidos vivos frente a 10,3 en USA). Li y col. revisaron 73.126 casos notificados de sífilis congénita durante 2002

a 2004, focalizando el análisis en los criterios diagnósticos; el diagnóstico se habían establecido, en su mayoría, sobre datos maternos incompletos y con un escaso seguimiento en el control serológico neonatal (115). Las tasas de incidencia de sífilis congénita, en el Hospital de la Ribera situada en 6,19 por 100.000 habitantes y año, es inferior si se utilizan criterios de seguridad diagnóstica. Se comprobó que en un porcentaje alto de los pacientes, correspondía a sospecha diagnóstica y que las confirmaciones diagnósticas, de sífilis congénita, no eran exhaustivas (serología positiva de pruebas reagínicas en el nacimiento sin comprobación, antes del alta posparto, de la presencia de IgM específica), al igual que el estudio de Li y col.

Micosis

La incidencia de las infecciones por hongos ha ido en aumento durante los últimos 3 decenios, especialmente, en paciente inmunodeprimidos y en estado crítico (116). La incidencia de micosis en la población asignada al Hospital Universitario de la Ribera es superior en los mayores de 64 años. Las especies de *Candida* son la cuarta causa más común de infección del torrente sanguíneo y son la principal causa de infección micótica invasiva de los pacientes hospitalizados en los Estados Unidos (117). En un hospital suizo, la incidencia de candidemia en adultos osciló entre 0,2 y 0,46 por 10.000 pacientes-día de 1989 a 2000 (116). Las características comunes a estos enfermos aparecen reflejadas en el análisis de un grupo de 100 pacientes de un centro de Brasil, entre marzo de 1995 y diciembre de 1996 (118). La mayoría de los pacientes tenían entre 60 y 80 años de edad y el 53% eran hombres. La mayoría de los enfermos estaban en la unidad de cuidados intensivos y 87 habían sufrido al menos un procedimiento invasivo. Sólo 10 pacientes no habían recibido antimicrobianos y todos presentaban algunas enfermedades subyacentes que habían justificado la hospitalización (118).

En un hospital suizo, de 315 adultos con fungemia (entre 1.989 y 2000), 294 casos padecieron candidemia; la densidad de incidencia de candidemia osciló entre 0,2 a 0,46 por 10.000 pacientes-día (116).

Enfermedades parasitarias

La hidatidosis se presentó en adultos y personas mayores. Esta parasitosis es endémica en comunidades como Castilla-León, pero ha descendido gracias a los programas de control y prevención en comunidades como la Rioja (119; 120).

Toxoplasma gondii infecta a una gran proporción de personas, aunque es una causa infrecuente de enfermedad. Las personas con alto riesgo de padecer una enfermedad grave son los fetos y recién nacidos infectados congénitamente y los inmunocomprometidos con deficiencia en la inmunidad mediada por células T, como en los trasplantes de órganos o pacientes con SIDA (121-123). Se estima que la prevalencia de la toxoplasmosis durante el embarazo es baja, 1 por cada 1.000 mujeres embarazadas susceptibles, en España y la frecuencia de transmisión materno-fetal puede aproximarse a la mitad de los casos (124). Las infecciones oportunistas, incluyendo la toxoplasmosis cerebral, han descendido en España en pacientes con Sida, debido su profilaxis y a los antirretrovirales (122). Otra coinfección asociada al VIH, especialmente en el sudoeste de Europa, es la leishmaniasis (España, Francia, Italia y Portugal) (125). No obstante, el uso de la terapia antirretroviral de alta eficacia, ha conseguido una disminución en la incidencia de la leishmaniasis visceral sintomática en pacientes infectados por el VIH, en los que el principal factor de riesgo, asociado con kala-azar, es la inmunosupresión profunda (126). En este estudio se ha detectado una incidencia de diagnósticos de toxoplasmosis y otras parasitarias del 4,65, con una tasa de mortalidad asociada a la infección por toxoplasma del 20% en varones.

Los casos detectados con diagnósticos de sarna, en el Hospital, han sido minoritarios durante el tiempo de estudio. La infestación con sarna diagnosticada en unidades de enfermedades de transmisión sexual se ha asociado en España con el estilo de vida, contactos de hombres con hombres y de hombres con contactos sexuales esporádicos (127). La sarna es una de las enfermedades de transmisión sexual adquiridas entre los pacientes con infección por el VIH (128). En las unida-



des de medicina tropical, se detectan también casos de sarna importadas de otros países (129). Los pacientes con sarna, ingresados en hospitales, dan lugar a brotes epidémicos especialmente si existen problemas diagnósticos o terapéuticos (130; 131).

Enfermedades del sistema nervioso central y órganos de los sentidos

Las tasas de alta hospitalaria de las personas admitidas con meningitis neumocócica se redujo de 1,60 por 100.000 de persona-años, en el período previo a la comercialización de la vacuna (heptavalente neumocócica conjugada), en Estados Unidos, a 0,53 por 100.000 años-persona en el período postcomercialización, en el subgrupo de edad de personas mayores de 64 años (132).

Las tasas mayores de meningitis y otras infecciones del sistema nervioso así como de las infecciones virales del SN (no portadas por artrópodos ni exantema) se dieron, en mayor proporción, en la población masculina que en la femenina, con tasas de incidencia de 5,89 y de 11,26 respectivamente por 100.000 habitantes y año en este estudio.

El diagnóstico de meningitis criptocócica se contabilizó en 6 ocasiones en el Hospital de la Ribera durante los 8 años de estudio. Esta enfermedad, al igual que en los hospitales de otras partes del mundo, se da fundamentalmente en pacientes inmunocomprometidos (especialmente por el VIH) (133).

Enfermedades del aparato circulatorio

En este estudio, se detectaron 71 casos de endocarditis, con predominio en la población masculina, incluyendo una endocarditis por *Candida*. La epidemiología de la endocarditis infecciosa ha experimentado cambios significativos, asociados a los cuidados sanitarios, y la endocarditis constituye un importante problema de salud por su elevada mortalidad (134-136). Las intervenciones terapéuticas

invasivas han aumentado el riesgo de bacteriemia y endocarditis nosocomial en los pacientes con lesión valvular (137). La endocarditis adquirida en el hospital ha ido en aumento y se asocia, frecuentemente, con procedimientos invasivos, incluyendo las infecciones del catéter. Determinados pacientes, como los sometidos a diálisis o trasplante renal, presentan incidencias más altas que la población general (138; 139). En Estados Unidos, los sometidos a hemodiálisis tenían una ratio de incidencia ajustada para la edad de 17,86 y, los pacientes sometidos a diálisis peritoneal, de 10,54.

El número de diagnósticos de pericarditis, encontradas en nuestro trabajo, han sido codificados, en un alto porcentaje, como pericarditis aguda no específica (181 casos). Las infecciones agudas por virus o bacterias pueden conducir a la infección pericárdica aunque en la mayoría de las ocasiones no se filia la etiología. Se han descritos causas no frecuentes de miopericarditis como la causada por el virus del Epstein-Barr infección o leptospirosis. (140; 141)

Enfermedades del aparato respiratorio

Las enfermedades infecciosas del aparato respiratorio han sido los procesos más prevalentes detectados, como principal causa de ingreso, y afectan, de forma mayoritaria, a todas las franjas de edad y a ambos sexos. Al analizar la evolución de la tendencia de las hospitalizaciones, debida a estos procesos, se observó que el mayor número de ingresos se produce durante las épocas invernales, alcanzando los picos máximos durante el primer trimestre del año.

La tasa de ingresos debidos a infecciones graves respiratorias, es variable según la población y tipo de asistencia del país, pero notable, en comparación con otras localizaciones de las infecciones. Así, en niños menores de cinco años en Bangladesh en un estudio de vigilancia sobre población rural, la incidencia de los ingresos hospitalarios fue de 50,2 por 1.000 niños y año de observación para la infección respiratoria baja (142).

La tasa de hospitalización de infecciones agudas de las vías respiratorias inferiores varía con la edad, otros factores de riesgo asociados, las medidas de prevención y la etiología. En un trabajo de seguimiento, realizado en 53 hospitales españoles, sobre una muestra de 760 niños de menos de 24 meses, con enfermedad cardíaca congénita hemodinámicamente significativa, la tasa de incidencia fue 21,4 nuevas admisiones por cada 1.000 pacientes/meses. La hospitalización se asoció, principalmente, con problemas no cardíacos (genéticos, desnutrición, respiratorios, bypass cardiopulmonar) (143). Entre esos ingresos, el virus respiratorio sincitial, fue el agente infeccioso identificado más comúnmente, y la incompleta inmunoprofilaxis contra el virus aumentó el riesgo de hospitalización (143).

Las hospitalizaciones por neumonía, una de las complicaciones más frecuentes de la gripe, se producen, fundamentalmente, en los niños, ancianos y en personas con enfermedades crónicas. En los hospitales públicos del norte de Portugal hubo un promedio anual de tasa de hospitalización de 274 por 100.000 habitantes de hospitalizaciones por neumonía y gripe entre 2000 y 2005. En un grupo de 11 municipios en dos distritos, había mayores tasas de hospitalización que en el resto de regiones. Los resultados mostraron que la distribución geográfica de las hospitalizaciones por neumonía y gripe puede no ser homogénea. Ese trabajo pone de relieve la necesidad de realizar estudios para examinar la distribución de las infecciones y las causas subyacentes de dichas distribuciones (144).

La neumonía y la bronquiolitis son causas frecuentes de ingreso por infección respiratoria. En la Ribera, se detectó a través del CMBD una incidencia de la neumonía de 241,92 por 100.000 habitantes y año, como causa principal de ingreso (55). Se estima que la incidencia de la neumonía adquirida en la comunidad alcanza una incidencia de 2-10 casos por 1.000 habitantes/año y condiciona una mortalidad en pacientes inmunocompetentes en torno al 5% (145-147). La incidencia, como causa principal de ingreso, se encuentra en el rango inferior y puede ser sugerente de que se hayan codificado algunos ingresos con neumonía bajo otros epígrafes. Además, aunque entre los patógenos más frecuentes de la neumonía adquirida en

la comunidad están *S. pneumoniae*, *H. influenzae*, *Chlamydia pneumoniae*, *Mycoplasma pneumoniae* y *Legionella pneumophila* (148-151), no predominaron estos patógenos, pues en la codificación se especificó con mayor frecuencia, como diagnóstico principal, la etiología estafilococia, por *Pseudomonas* y viral; probablemente el CMBD no permita un conocimiento adecuado de la distribución etiológica de las neumonías. La bronquiolitis es una infección viral aguda del tracto respiratorio inferior que ocurre dentro de los dos primeros años de vida. La bronquiolitis por el virus respiratorio sincitial es una de las principales causas de hospitalización en los niños con menos de un año (152). La incidencia de ingresos por esta enfermedad es del 55 casos por 100.000 habitantes y año en el área de la Ribera (55). El virus respiratorio sincitial fue identificado, en los casos de bronquiolitis, con mayor frecuencia que otros patógenos.

La prevalencia de virus respiratorios en adultos se ha subestimado en gran medida, dado que no se usan rutinariamente determinaciones para detectar su presencia; cuando se analiza de forma específica, se pone de manifiesto la presencia, especialmente, de rinovirus y virus de la influenza con mucha mayor frecuencia de lo sospechado, y que podrían ser la causa o el agente favorecedor de infecciones bacterianas del tracto respiratorio inferior (153).

Enfermedades del aparato digestivo

La infección intraabdominal continúa siendo uno de los principales retos en cirugía general. Las infecciones intraabdominales abarcan todas las formas de peritonitis bacterianas, abscesos y de infecciones de otros órganos de esta localización (154).

La apendicitis, seguida de la colecistitis, fue la infección intraabdominal predominante. La incidencia de apendicitis, de más de 100 casos por 100.000 habitantes y año en el estudio, mide la incidencia real de esta enfermedad ya que su diagnóstico condiciona el ingreso hospitalario. En USA, la tasa de apendicitis como causa de

ingreso hospitalario se aproxima al 0,6% de los ingresos (155); nuestra tasa es superior, 1,3% de todos los ingresos, y un 13% de los ingresos por patología infecciosa. La proporción de casos de apendicitis con perforación es mayor en personas mayores (156). La colecistitis y otras enfermedades infecciosas del aparato digestivo presentan una tasa de incidencia de 19,88 por 100.000 habitantes y año como diagnóstico principal, con una mayor tasa en la mujer que en los hombres. La tasa de incidencia de peritonitis y absceso intestinal, como causa de ingreso, es similar en ambos sexos, sin embargo en el hombre, la mortalidad asociada a este proceso es muy superior a la de la mujer.

Enfermedades del aparato genitourinario

La decisión de admitir a un paciente al hospital se hace principalmente sobre la base de la evaluación de la condición clínica del enfermo y sobre la estimación del riesgo general de complicaciones. La variabilidad encontradas entre centros puede justificarse, ya que la evidencia científica disponible puede ser escasa o nula sobre las indicaciones para la hospitalización en determinados pacientes como, por ejemplo, los pacientes pediátricos con infección del tracto urinario (157). El número de diagnósticos hallados, en este trabajo, es significativo, igualándose, cuantitativamente, respecto al tipo de diagnóstico principal y secundario. La tasa de incidencia de las infecciones urinarias es de 142,97 por 100.000 hab./año, en el sexo femenino, mayores de 64 años, superiores a los varones, alcanzando el pico máximo de ingresos en los meses estivales. Nuestros hallazgos son semejantes a los resultados de Kang y col. en su estudio sobre las infecciones del tracto urinario, como causa de ingreso hospitalario, en el cual revela que se producen en un número, significativamente, mayor de ingresos en la edad avanzada, y en pacientes que precisan sonda uretral, con un predominio superior de la población femenina (158)

En la revisión de Nicolle y col. la mortalidad y el riesgo de hospitalización por infección urinaria no se vio aumentada en los diabéticos, aunque si la duración de la hospitalización, que fue más prolongada (159).

La pielonefritis aguda sin necrosis medular ha sido uno de los procesos, codificados en el grupo de enfermedades genitourinarias, más prevalentes (1507 diagnósticos). Las tasas de incidencia de hospitalización por pielonefritis aguda en los EE.UU. durante 1997 según el proyecto de Nationwide Inpatient Sample (NIS) muestran una diferencia significativa en función del sexo. En las mujeres, la probabilidad de ingresar por una pielonefritis aguda fue casi cinco veces superior que en los hombres con tasas de incidencia de 11,7 por 1.000 vs 2,4 por 1.000 sin embargo las tasas de mortalidad fueron mayores en los varones; 16,5 por 1.000 vs 7,3 por 1.000, y los factores relacionados con el aumento de la mortalidad fueron la edad, los diagnósticos subyacentes y el bajo nivel de vida (160).

La pielonefritis aguda, como diagnóstico principal, es más frecuente en mujeres nulíparas, y en el segundo trimestre de gestación, y el organismo responsable, en la mayoría de los casos, es *E. coli* (160).

La infección de los órganos pélvicos femeninos y mama, que requieren ingreso hospitalario, puede estar condicionada por la nacionalidad y características demográficas. Nuestros resultados muestran una tasa de incidencia en mujeres, por estos procesos y como causa de ingreso, de 12,2 por 100.000 hab./año y al contabilizar en números absolutos los diagnósticos, por separado, se aprecia que el mayor número de registros se producen en las afecciones mamarias. En Suecia, las mujeres nacidas en el extranjero poseen un mayor riesgo de enfermedad inflamatoria pélvica que las suecas (el mayor riesgo lo ostentaban las mujeres del sur de Europa, y otros países africanos) (161). Por otro lado, en California, las mujeres negras entre 20-39 años de edad, tuvieron las mayores tasas de hospitalización por enfermedad inflamatoria pélvica (162).

Infección en gestación parto y puerperio

La tasa de infecciones del embarazo y parto, en la población a estudio, se sitúan en el 0,87 por 100.000 hab./año. El exceso de muertes se han producido entre las

mujeres embarazadas durante las pandemias de gripe, pero el impacto de la gripe durante años no pandémicos es poco clara. Se evaluó el impacto de la exposición durante la gripe en las tasas de ingresos hospitalarios a causa de enfermedad respiratoria entre las mujeres embarazadas en Nueva Escocia (Canadá). Un 0,4% (de 134.188 mujeres embarazadas en el estudio de cohorte) fue ingresada en el hospital debido a una enfermedad respiratoria durante el embarazo (163). Durante la temporada de gripe, la proporción de la tasa de ingresos hospitalarios, en el tercer trimestre, en comparación con los ingresos en el año antes del embarazo fue de 7,9 entre las mujeres con comorbilidades y 5,1 entre los sin comorbilidades. La tasa de ingresos hospitalarios en el tercer trimestre del embarazo entre las mujeres sin comorbilidades fue de 7,4 por cada 10.000 mujeres, durante los meses de la temporada de gripe, en comparación con el 5,4 y el 3,1 por 10.000 meses-mujer durante temporadas perigripales y no gripales, respectivamente. Las tasas correspondientes a mujeres con comorbilidades fueron 44,9, 9,3 y 18,9 por 10.000 mujeres-meses (163).

Antes de la llegada de los tratamientos antiretrovirales de alta eficacia, las mujeres infectadas con VIH se encontraban en mayor riesgo de resultados adversos durante el embarazo. Actualmente en los Estados Unidos, durante el embarazo la hospitalización debida a sepsis puerperal, infecciones de transmisión sexual, infecciones del tracto urinario e infecciones bacterianas, es superior en las infectadas por el VIH (164).

Infecciones de la piel, tejido celular subcutáneo y músculo-esquelética

Las infecciones que afectan a la piel, tejidos blandos, huesos y articulaciones son frecuentes y, especialmente las osteoarticulares, suelen requerir hospitalización (165). Entre estas infecciones, se encuentran las celulitis, osteomielitis, artritis séptica, las infecciones posquirúrgicas y las asociadas a implantes, entre otras. La infección monomicrobiana se produce con frecuencia por *S. aureus* (166).

Las grandes bases de datos basadas en la Clasificación Internacional de Enfermedades han servido para el análisis de 134 instituciones de USA sobre infecciones de piel tejido celular subcutáneo, hueso o articulación encontrando que en más del 50% de los casos están causadas por *S. aureus* (32).

La infección de tejidos blandos secundaria a la inyección de drogas es una causa común de atención en el servicio de urgencias, hospitalización y quirófanos. Un 40% de los que acuden al servicio de urgencias son admitidos al hospital (167) aunque tienen más probabilidades de ser hospitalizados los que viven en casas de acogida y han sido hospitalizados en el pasado (167).

La tasa detectada en este estudio para la osteomielitis de 11,22 casos por 100.000 habitantes y año (detectadas entre diagnósticos principales y secundarios al alta) y de 4,1 si nos ceñimos al diagnóstico principal, es algo superior a la de 3,25 por 100.000 hab./año, casos detectada por Romero Hernaez y col en la Rioja que contabilizaron solo los ingresos por diagnóstico principal (168).

Infecciones con origen en el periodo perinatal

El nacimiento prematuro es el principal factor subyacente en la asociación entre el bajo peso al nacer y el aumento del riesgo de hospitalización con las enfermedades infecciosas durante la infancia (169). Los resultados, del presente estudio, muestran una tasa de incidencia de ingresos de 5,2/ 100.000 habitantes/año. El uso creciente de palivizumab, en niños prematuros de la población asignada al H. Universitario de la Ribera, desde el 2001 ha podido prevenir parte de las infecciones pulmonares graves, causadas por el virus respiratorio sincitial, en niños con alto riesgo de contraer la enfermedad. El mayor número de diagnósticos detectados, están codificados como " otras infecciones propias del periodo perinatal" seguidas en 10 casos por infección neonatal por candidiasis. La bacteriemia representa una amenaza importante entre los recién nacidos que requieren cuidados intensivos y tiene un considerable impacto sobre la morbilidad. La gravedad del proceso y su

mortalidad, incluso posteriormente al periodo perinatal, es alta como se deduce del estudio de casos y controles sobre la bacteriemia, de comienzo tardío, con una mortalidad atribuible del 24% (IC 95%: 9-39% $p < 0,01$) La necesidad de transfusión de sangre o componentes sanguíneos fue un importante factor de riesgo de la bacteriemia tardía (170).

Infección por dispositivo, implante, injerto, postquirúrgica o postraumática

En el Hospital Universitario de la Ribera la incidencia de diagnósticos (principal y secundarios) contabilizados por estos procesos es de 40,14 100.000 hab./año y las mayores tasas se producen en personas mayores de 64 años. El mayor número de diagnósticos detectados han sido las infecciones-inflamaciones por dispositivos, implante e injertos vasculares, ortopédicos, y de articulación interna.

Las indicaciones para el uso de diversos dispositivos como los intravasculares (marcapasos, desfibriladores, prótesis vasculares o cardíacas, stents o injertos) han aumentado y lógicamente también lo ha hecho la prevalencia de complicaciones infecciosas asociadas con estos dispositivos. La mayoría de las infecciones de dispositivos intravasculares son el resultado de la contaminación de la flora cutánea durante la implantación (171). La infección subcutánea de la parte del dispositivo puede alcanzar la vía intravascular llegando a los tejidos más profundos. La infección que implica la zona intravascular o intracardiaca de estos dispositivos conlleva una alta morbilidad y mortalidad. Las infecciones protésicas sigue siendo un gran desafío médico y quirúrgico (172). A pesar de terapia antibiótica adecuada, la curación de la infección con frecuencia es posible sólo con la eliminación del dispositivo. (173;174).

Las complicaciones infecciosas postoperatorias siguen representando un problema relevante en la cirugía y especialmente en determinadas intervenciones como las colorectales, cardíacas, etc. (175-177). La prevalencia de algunas infecciones como las secundarias a la cirugía de catarata se encuentra en el extremo inferior

del espectro de incidencia en el mundo desarrollado (178). El CMBD no detecta la infección postquirúrgica si no requiere reingreso hospitalario (179)

Mortalidad

La mortalidad intrahospitalaria asociada a un diagnóstico de patología infecciosa, puede estar en el 4,5 por cada 100 altas ocasionados por ingresos de enfermedades infecciosas. Según la OMS, las enfermedades infecciosas ocasionan unos 17 millones de muertes al año y, parte de estas, en los países desarrollados se producen en los hospitales. Así mismo, la proporción de pacientes hospitalizados por enfermedades infecciosas y sus complicaciones han podido aumentar entre los pacientes de más de 64 años (21; 180; 181).

La inexistencia de UCI pediátrica en el Hospital condiciona un sesgo de los resultados ya que se trasladaban en UCI móvil los pacientes pediátricos con riesgo de muerte a otro centro sanitario para recibir cuidados intensivos. La mortalidad de la meningitis piógena infantil es alta (182), hecho que no se detecta en este estudio. Este sesgo en la mortalidad infantil por meningitis viene condicionado por una práctica habitual, durante el periodo de estudio, del traslado del niño con meningococemia aguda o meningitis piógena grave, a una unidad de cuidados intensivos pediátricos.

Los hombres ingresados por una patología infecciosa tienen un mayor riesgo de muerte. En pacientes ancianos con infecciones, la mortalidad podría no depender del género sino del nivel de las hormonas sexuales (183).

Las neumonías son causa no excepcional de muerte en las primeras 48 horas del ingreso pero a lo largo de todo el ingreso las septicemias presentan una elevada mortalidad (184). En este estudio se objetivó una mortalidad hospitalaria elevada atribuible a septicemia (como diagnóstico principal) y en mayores de 64 años, con tasas de mortalidad muy similares en ambos sexos. En un estudio en EE.UU. de

la sepsis grave realizado durante 1993 y 2003, sobre una muestra de pacientes que representaba al 20% de todos los hospitales, las tasas de hospitalización y mortalidad aumentó con la edad y aunque la hospitalización es más frecuente en hombres, la mortalidad por sepsis fue superior en las mujeres (185). El efecto independiente de la edad sobre la incidencia y mortalidad por sepsis en adultos, en aproximadamente 500 hospitales de agudos en los Estados Unidos, detectó que en 10.422.301 casos de sepsis en pacientes de más de 24 años hospitalizados, desde 1979 a 2002; los pacientes ancianos (12% de la población de los EE.UU. y el 64,9% de los casos de sepsis), tuvieron un riesgo relativo de 13,1 en comparación con los pacientes más jóvenes. Las tasas de mortalidad aumentó linealmente por edad; la edad fue un predictor independiente de mortalidad en un estudio de regresión multivariable ajustado (186). La media de mortalidad de la sepsis en Noruega fue del 13,5%, y la mortalidad de la sepsis grave fue del 27% en 1999 (82).

En el hospital Universitario de la Ribera, las tasas de mortalidad asociadas a sepsis se sitúan en el 26,7% en los hombres y en el 25,7% en mujeres. Entre los pacientes hospitalizados por sepsis en la Comunidad Valenciana se produjo también una significativa diferencia en la mortalidad asociada al género masculino; en dicho estudio la tasa de mortalidad global fue de aproximadamente 42,5%; esta mortalidad se asoció con la no identificación del microorganismo responsable, con la infección por hongos, y con sepsis polimicrobiana (84). Esta mayor tasa de mortalidad por sepsis en la globalidad de los hospitales valencianos del estudio de Andreu Ballester y col, en comparación con otros estudios y el nuestro puede estar relacionada con la tasa inferior de admisión en UCI y factores asociados con la mayor incidencia de sepsis bacterianas por gram negativos (84).

La mortalidad hospitalaria de pacientes ancianos con bacteriemia secundaria a infección urinaria fue del 33%; el aumento de mortalidad se asocia a la comorbilidad entre las que se encuentran múltiples trastornos subyacentes graves y deterioro cognitivo (84;187). La tasa de letalidad de la bacteriemia que requirió ingreso en cuidados intensivos en la Región de Salud de Calgary, durante el período 2000-

2002 fue de 142 sobre 340 (42%) para una tasa anual de mortalidad de 6,5 por 100.000. La presencia de una comorbilidad fueron predictores significativos independientes de la muerte (85). En la bacteriemia por *S. aureus*, la edad avanzada, la insuficiencia renal crónica y la infección por cepas resistentes a la meticilina se asociaron a incremento de mortalidad (188)

En Estados Unidos, la mortalidad intrahospitalaria en edades inferiores a los 20 años de la sepsis grave utilizando una base de datos de pacientes internados, fue del 4,2% (189). La tasa de mortalidad por sepsis grave pediátrica también se asoció con la comorbilidad y la disfunción múltiple de órganos (189). En contraste, la mortalidad de infecciones de niños ingresados en un hospital pediátrico docente en Bamako, Malí fue alta. La incidencia anual por 100.000 y las tasas de letalidad de los cuatro infecciones graves más comunes con exclusión de la malaria, fueron: neumonía (12 por ciento), sepsis (37 por ciento); meningitis (el 20 por ciento) y la fiebre entérica (12 por ciento) (18).

No ha existido ninguna muerte por virus entre los niños ingresados en el Hospital de la Ribera probablemente motivado por el sesgo del traslado del niño que requiere ventilación mecánica a una unidad cuidados intensivos pediátricos de otro centro hospitalario; se ha considerado que el virus respiratorio sincitial sea la principal causa de muerte viral en los niños (0,2% en niños nacidos a término y 1.2% en prematuros en Alemania) (101; 102). Rotavirus es también una causa importante de mortalidad en algunos países como Brasil (190).

El segundo lugar en las tasas de mortalidad de los grupos de enfermedades, en este estudio, lo ocuparon las micosis con un 12% de letalidad. Estas infecciones están asociadas con altas tasas de mortalidad (116). Concretamente, la candidemia se asocia con una considerable mortalidad (de 5 a 71% según el estudio) que se atribuye, al menos en cierta medida, a la infección por sí misma y no sólo a la presencia de otra comorbilidad (191). El riesgo de muerte de los pacientes con candidemia osciló en residentes de Connecticut y Baltimore entre 19% y 24%,

aunque los pacientes que reciben el tratamiento adecuado experimentan un efecto protector en análisis multivariante (192). En un hospital suizo, se revisaron 315 pacientes adultos con fungemia de 1989 a 2000 centrándose en aquellos 294 casos con candidemia (116). La mortalidad global entre los pacientes con candidemia fue del 44%, con la tasa más alta (52%) en pacientes de más de 65 años. Los factores independientemente asociados con mayor mortalidad fueron la edad del paciente mayor de 65 años, la estancia en unidad de cuidados intensivos de admisión, y padecer un cáncer (116). Otros factores relacionados con el tratamiento como mantener los catéteres de vena central y la insuficiencia de la dosis inicial de fluconazol, se asocian con un aumento de la mortalidad hospitalaria en pacientes con infecciones del torrente sanguíneo por *Candida spp.* (193).

Las infecciones intrabdominales son una causa común de la sepsis nosocomial, y están asociados con una alta morbilidad y mortalidad intrahospitalaria. La peritonitis todavía es uno de los problemas infecciosos más importantes al que el cirujano tiene que hacer frente (194). La tasas de mortalidad en el Hospital de la Ribera asociada a peritonitis y absceso intestinal fue del 16,67 por 100 altas en hombres. En Estados Unidos, se estudió el riesgo de que la apendicitis aguda progrese a gangrena o la formación de un absceso sobre 3 grupos etáricos de hombres. Se observó que existe una mayor frecuencia de estas complicaciones en mayores de 70 años que en cualquier otro grupo de edad, y que en la mayoría de los casos, la mortalidad se puede atribuir, directamente, a estas complicaciones infecciosas (195). La mortalidad por peritonitis postoperatoria, cuyas tasas de mortalidad oscilan de un 22% a 55%, se asocia a la incapacidad para controlar la infección abdominal, la edad avanzada, el deterioro cognitivo y el sexo masculino (196). De estos factores, la falta de control de la infección intrabdominal fue el de peor pronóstico y se relaciona con las tasas más altas de mortalidad en el análisis multivariante (196).

Las tasa de mortalidad por peritonitis bacteriana espontánea se ha llegado a situar en el 32,6% en la secundaria a la enfermedad hepática avanzada en los hospitales de Maryland (197). Gauzit y col. refirieron tasas de mortalidad por peritonitis secun-

daría no postoperatoria del 15%, pero la mortalidad fue distinta en función de recibir o no un tratamiento antibiótico inicial adecuado (14% versus 30%) (198). No obstante, la mortalidad intrahospitalaria dista mucho de la mortalidad en el seguimiento de los caos con peritonitis secundarias pues Schneider y col sobre una cohorte de 319 pacientes con peritonitis secundaria no postoperatoria, que requirieron UCI, encontraron que la supervivencia a los cuatro meses fue solo del 31,7% dado que determinadas comorbilidades específicas (tumores, etc.) se asociaban con un peor pronóstico a medio y largo plazo (199).

■ 7.3. CMBD COMO FUENTE DE INFORMACIÓN DE LA SALUD

El uso amplio del conjunto mínimo de datos del hospital al alta ha revelado su importancia como fuentes de la información de la salud incluyendo el campo de enfermedades infecciosas (200). Por ejemplo, en Inglaterra se identificó una tendencia en aumento durante 15 años de infecciones estafilocócicas adquiridas en la comunidad que requerían ingreso hospitalario (201) La información de las enfermedades infecciosas contenida en los registros de alta hospitalaria puede ser inestimables para la toma de decisión en la política sanitaria en países en vías de desarrollo con índices elevados de enfermedades infecciosas (18; 202), pero también en países desarrollados tiene utilidad (57).

Sin embargo, esta fuente de información tiene limitaciones de cobertura si se considera solo el diagnóstico principal del alta hospitalaria (55). Pueden ser poco sensibles para determinados diagnósticos y además un mismo diagnóstico, puede codificarse de diferente manera. Si se comparasen, con bases de datos microbiológicas podrían encontrarse deficiencias importantes. En 1998, Madsen y colaboradores determinaron la calidad de los datos del registro del sepsis en una base de datos del alta del hospital, comparando datos del alta con datos de una base de datos automatizada del bacteriemia en un departamento regional de microbiología clínica; concluyeron que el registro del alta del hospital reveló numerosas clasificaciones equivocadas, y el sistema fue encontrado no conveniente para la vigilancia de la bacteriemia (203).

La calidad de los datos de los registros hospitalarios al alta deben de someterse a mejoras continuas para aumentar su sensibilidad para una función determinada; en la región Emilia-Romagna de Italia, su sensibilidad para detectar las infecciones postoperatorias mejoró del 10%, cuando los códigos indicativos de complicaciones infecciosas postoperatorias se utilizaron, al 21%, cuando se añadieron los códigos no específicos y no necesariamente de origen infeccioso (204).

No obstante, la vigilancia pasiva subestima la incidencia de las enfermedades. Solo el uso de vigilancia activa para determinar la carga de las enfermedades permiten estimar en su justa medida la incidencia de enfermedades como en el estudio de tos ferina en lactantes hospitalizados en Nueva Zelanda para niños de menos de 12 años (205). El estudio permitió detectar que las tasas de hospitalización de la tos ferina infantil son de tres a seis veces mayores que las tasas en los EE.UU., Inglaterra y Australia (205). Además, puso de manifiesto que, si es alto el grado de conciencia sobre la enfermedad de los médicos, la subestimación de la carga de morbilidad por notificación pasiva es modesta (205).

La epidemiología de algunas enfermedades de declaración obligatoria es incompleta a nivel regional y nacional incluso en países con cultura distinta a la nuestra como Irlanda, donde la eficacia del proceso de notificación enfermedades infecciosas de declaración obligatoria se ve seriamente subestimada (206).

La utilización del CMBD “a tiempo real” podría ser una herramienta de vigilancia complementaria que permitiera la vigilancia de estas enfermedades. Dada la utilidad que puede tener esta base de datos y con la finalidad de incrementar su rigor, sería deseable, estrechar la colaboración entre clínicos y documentalistas.

A pesar de que existen limitaciones en las bases de datos de alta hospitalaria, este recurso posee un gran potencial. Los datos basados en estudios de la causa principal de ingreso solo pueden dar lugar a un reflejo aproximado de la incidencia real de las enfermedades infecciosas en atención especializada ya que no van a tener

en cuenta las infecciones nosocomiales que se producen durante el ingreso de una patología principal ni los diagnósticos secundarios del ingreso. Estas bases de datos excluyen también los diagnósticos de pacientes en atención primaria o consultas externas hospitalarias por procesos no graves. Prescinden además de los correspondientes a los pacientes atendidos en los servicios de urgencia del hospital pero no admitidos, y a los fallecimientos no ingresados en el hospital. Sin embargo, el gran volumen de datos que proporciona, fácilmente disponibles, del ingreso hospitalario representa una fuente atractiva para la investigación epidemiológica. La información del conjunto mínimo de datos del hospital, cuando se utiliza correctamente, pueden ser una herramienta eficiente para la vigilancia, la identificación de la tendencia de la salud, y el estudio epidemiológico en enfermedades infecciosas aunque se debe complementar con otros registros informatizados entre los que destacan los microbiológicos.

8. CONCLUSIONES

- 1.** Más de una décima parte de los ingresos hospitalarios se debe a una enfermedad infecciosa.
- 2.** Diez personas por cada 1.000 habitantes y año de un área geográfica requirieron un ingreso hospitalario por una enfermedad infecciosa.
- 3.** La tasa de diagnósticos hospitalarios por enfermedades infecciosas supera los 2.000 diagnósticos por 100.000 habitantes y año.
- 4.** El mayor número de ingresos, y de incidencias, por enfermedades infecciosas se produce en personas mayores de 64 años.
- 5.** Los hombres presentan un riesgo relativo de ingresar por una patología infecciosa superior al de las mujeres.
- 6.** Las enfermedades del aparato respiratorio pueden ser responsable del 40% de los ingresos por patología infecciosa y la tasa de los ingresos, incluyendo la neumonía, es mayor durante el primer trimestre del año.
- 7.** Las infecciones urinarias prevalecen en las mujeres y el mayor número de ingresos se producen en épocas estivales.
- 8.** El riesgo relativo de un niño a padecer una “enfermedad infecciosa intestinal” supera en 21 y 7 veces al de adultos o mayores, respectivamente.
- 9.** Algunas zoonosis clásicas no se detectan en la actualidad en los ingresos hospitalarios de determinadas áreas sanitarias.

- 10.** La mortalidad intrahospitalaria, asociada a un diagnóstico principal de patología infecciosa, puede estar en el 4,5 por cada 100 altas hospitalarias.
- 11.** La tasa de mortalidad en relación con las enfermedades infecciosas puede situarse sobre el 4 por 10.000 habitantes y año.
- 12.** La mortalidad intrahospitalaria por EI es superior en los mayores de 64 años y hombres. En mujeres, la mortalidad, en relación con las infecciones de órganos pélvicos y mama, prevalecen también en mayores de 64 años.
- 13.** El mayor número de éxitus se asocia con las “enfermedades bacterianas”, entre las que se encuentran los códigos de sepsis.
- 14.** A pesar de que existen limitaciones en las bases de datos de alta hospitalaria, este recurso posee un gran potencial.

BIBLIOGRAFÍA

- (1)** Dubos RJ. The evolution of infectious diseases in the course of history. *Can Med Assoc J* 1958 Sep 15; 79(6):445-51.
- (2)** Cruse JM. History of medicine: the metamorphosis of scientific medicine in the ever-present past. *Am J Med Sci* 1999 Sep;318(3):171-80.
- (3)** Lambert SM, Markel H. Making history: Thomas Francis, Jr, MD, and the 1954 Salk Poliomyelitis Vaccine Field Trial. *Arch Pediatr Adolesc Med* 2000 May;154(5):512-7.
- (4)** Wynder EL. A corner of history: Jenner and his smallpox vaccine. *Prev Med* 1974 Mar; 3(1):173-5.
- (5)** Sabin AB. Oral poliovirus vaccine: history of its development and use and current challenge to eliminate poliomyelitis from the world. *J Infect Dis* 1985 Mar;151(3):420-36.
- (6)** Sabin AB. Oral poliovirus vaccine. History of its development and prospects for eradication of poliomyelitis. *JAMA* 1965 Nov 22;194(8):872-6.
- (7)** Stewart AJ, Devlin PM. The history of the smallpox vaccine. *J Infect* 2006 May; 52(5):329-34.
- (8)** Fleming A. The story of penicillin. *Bull Georgetown Univ Med Cent* 1955 Mar;8(4):128-32.

- (9)** Fleming A. Penicillin: a symposium; foreword. *Practitioner* 1955 Jan; 174(1039):5-6.
- (10)** Fleming A. Current therapeutics. XXXVI.--Modern penicillin therapy. *Practitioner* 1950 Dec;165(990):639-45.
- (11)** Fleming A. The role of penicillin in surgical practice. P V Expo Discuss Congr Soc Int Chir 1947;12 Congr. (1 vol.):201-22.
- (12)** Domagk G. Twenty-five years of sulfonamide therapy. *Ann N Y Acad Sci* 1957 Oct 12;69(3):380-4.
- (13)** Bazin H. A brief history of the prevention of infectious diseases by immunisations. *Comp Immunol Microbiol Infect Dis* 2003 Oct;26(5-6):293-308.
- (14)** Hinuma Y, Nagata K, Hanaoka M, Nakai M, Matsumoto T, Kinoshita KI, et al. Adult T-cell leukemia: antigen in an ATL cell line and detection of antibodies to the antigen in human sera. *Proc Natl Acad Sci U S A* 1981 Oct;78(10):6476-80.
- (15)** Armstrong GL, Conn LA, Pinner RW. Trends in infectious disease mortality in the United States during the 20th century. *JAMA* 1999;281:61-6.
- (16)** Pinner RW, Teutsch SM, Simonsen L, Klug LA, Graber JM, Clarke MJ, et al. Trends in infectious diseases mortality in the United States. *JAMA* 1996 Jan 17;275(3):189-93.
- (17)** Brandt AM. Emerging themes in the history of medicine. *Milbank Q* 1991;69(2):199-214.

-
- (18)** Campbell JD, Sow SO, Levine MM, Kotloff KL. The causes of hospital admission and death among children in Bamako, Mali. *J Trop Pediatr* 2004 Jun;50(3):158-63.
- (19)** DiLiberti JH, Jackson CR. Long-term trends in childhood infectious disease mortality rates. *Am J Public Health* 1999 Dec;89(12):1883-5.
- (20)** Read JS, Troendle JF, Klebanoff MA. Infectious disease mortality among infants in the United States, 1983 through 1987. *Am J Public Health* 1997 Feb;87(2):192-8.
- (21)** Simonsen L, Conn LA, Pinner RW, Teutsch S. Trends in infectious disease hospitalizations in the United States, 1980-1994. *Arch Intern Med* 1998;158:1923-8.
- (22)** Franklin GF, Robson D, Cadwgan A, MacFarlane TV, Douglas JK, Hamilton D, et al. The changing face of infection: a comparative review of admissions to a regional infection unit over three decades. *Scott Med J* 2007 Nov;52(4):20-4.
- (23)** Freedman J, Guller U, Benjamin DK, Higgins LD, Pan D, Cook C, et al. National trends in health care utilization and racial and socioeconomic disparities in pediatric pyogenic arthritis. *J Pediatr Orthop* 2006 Nov;26(6):709-15.
- (24)** Fernandez Guerrero ML, Goyenechea A, Verdejo C, Roblas RF, de GM. Enterococcal endocarditis on native and prosthetic valves: a review of clinical and prognostic factors with emphasis on hospital-acquired infections as a major determinant of outcome. *Medicine (Baltimore)* 2007 Nov;86(6):363-77.
- (25)** Sánchez González MA. Clasificación de las enfermedades: funciones actuales y fundamentos históricos. *Med Clin* 1991;96:703-6.

- (26)** Bramer GR. International statistical classification of diseases and related health problems. Tenth revision. *World Health Stat Q* 1988;41(1):32-6.
- (27)** First Annual Report. Londres: Registrar General of England and Wales. 1893.
- (28)** Bartolomé JM, Sartorius N. Clasificaciones de las enfermedades mentales: de Bertillon a la CIE-10, un siglo de colaboración internacional. *Actas Luso Esp Neurol Psiquiatr* 1994;22(4):193-9.
- (29)** Israel RA. The history of the International Classification of Diseases. *Health Bull (Edinb)* 1991 Jan;49(1):62-6.
- (30)** Wood PH. Applications of the International Classification of Diseases. *World Health Stat Q* 1990;43(4):263-8.
- (31)** Zigmond AS, Sims AC. The effect of the use of the International Classification of Diseases 9th revision: upon hospital in-patient diagnoses. *Br J Psychiatry* 1983 Apr;142:409-13.
- (32)** Lipsky BA, Weigelt JA, Gupta V, Killian A, Peng MM. Skin, soft tissue, bone, and joint infections in hospitalized patients: epidemiology and microbiological, clinical, and economic outcomes. *Infect Control Hosp Epidemiol* 2007 Nov;28(11):1290-8.
- (33)** Williams MD, Braun LA, Cooper LM, Johnston J, Weiss RV, Qualy RL, et al. Hospitalized cancer patients with severe sepsis: analysis of incidence, mortality, and associated costs of care. *Crit Care* 2004 Oct;8(5):R291-R298.
- (34)** OMS. Clasificación Internacional de Enfermedades, 9ª revisión, Modificación Clínica (CIE-9ª-MC). 4ª ed. ed. Madrid: BOE; 1999.

-
- (35)** OMS. Clasificación Internacional de Enfermedades 9ª revisión Modificación Clínica (CIE 9-MC). 5ª Ed ed. Madrid: BOE; 2006.
- (36)** Ramos Martín-Vegue AJ, Vázquez-Barquero JL, Herrera Castanedo S. CIE-10 (I): Introducción, historia y estructura general. *Pápeles Médicos* 2002;11(1):24-35.
- (37)** Quan H, Li B, Saunders LD, Parsons GA, Nilsson CI, Alibhai A, et al. Assessing validity of ICD-9-CM and ICD-10 administrative data in recording clinical conditions in a unique dually coded database. *Health Serv Res* 2008 Aug;43(4):1424-41.
- (38)** Clasificación Internacional de Enfermedades 9ª revisión Modificación Clínica (CIE 9 - MC). 5ª Ed ed. Madrid: BOE; 2006.
- (39)** Del Rio RA, Goldman M, Kapella BK, Sulit L, Murray PK. The accuracy of Minimum Data Set diagnoses in describing recent hospitalization at acute care facilities. *J Am Med Dir Assoc* 2006 May;7(4):212-8.
- (40)** WHO Study Group. The role of research and information systems in decision-making for the development of human resources for health. *World Health Organization Technical Report Series* 1990;802:1-54.
- (41)** Weber P, Eriksson J, Seewer S. Medical activities and statistics. *Med Arh* 2004;58(1 Suppl 2):86-7.
- (42)** Conselleria de Sanidad y Consumo de la Comunidad Valenciana. Orden de 8 de octubre de 1992 por la que regula el conjunto mínimo básico de datos a utilizar en la información hospitalaria. *DOGV* 1992 Oct 8.
- (43)** Gerneth F, Haux R, Selbmann HK. On research subsystems and their integration in the computer-supported part of hospital information systems. *Informatics for Health and Social Care* 1991 Jan;16(1):77-95.

- (44)** Noyola DE, Zuviri-Gonzalez A, Castro-Garcia JA, Ochoa-Zavala JR. Impact of respiratory syncytial virus on hospital admissions in children younger than 3 years of age. *J Infect* 2007 Feb;54(2):180-4.
- (45)** Goettsch WG, Bouwes Bavinck JN, Herings RM. Burden of illness of bacterial cellulitis and erysipelas of the leg in the Netherlands. *J Eur Acad Dermatol Venereol* 2006 Aug;20(7):834-9.
- (46)** Verhelst D, Koppen C, Van LJ, Meheus A, Tassignon MJ. Contact lens-related corneal ulcers requiring hospitalization: a 7-year retrospective study in Belgium. *Acta Ophthalmol Scand* 2006 Aug;84(4):522-6.
- (47)** Heiro M, Helenius H, Makila S, Hohenthal U, Savunen T, Engblom E, et al. Infective endocarditis in a Finnish teaching hospital: a study on 326 episodes treated during 1980-2004. *Heart* 2006 Oct;92(10):1457-62.
- (48)** Kolos V, Menzies R, McIntyre P. Higher pertussis hospitalization rates in indigenous Australian infants, and delayed vaccination. *Vaccine* 2007 Jan 8;25(4):588-90.
- (49)** Cox S, Posner SF, McPheeters M, Jamieson DJ, Kourtis AP, Meikle S. Influenza and pregnant women: hospitalization burden, United States, 1998-2002. *J Womens Health (Larchmt)* 2006 Oct;15(8):891-3.
- (50)** Paltiel O, Laniado DE, Yanetz R, Deutsch L, Calderon-Margalit R, Harlap S, et al. The risk of cancer following hospitalization for infection in infancy: a population-based cohort study. *Cancer Epidemiol Biomarkers Prev* 2006 Oct;15(10):1964-8.
- (51)** Pearson WS, Bercovitz AR. Use of computerized medical records in home health and hospice agencies: United States, 2000. *Vital Health Stat* 13 2006 Jun;(161):1-14.

-
- (52) Laupland KB, Gregson DB, Flemons WW, Hawkins D, Ross T, Church DL. Burden of community-onset bloodstream infection: a population-based assessment. *Epidemiol Infect* 2007 Aug;135(6):1037-42.
- (53) Helms M, Simonsen J, Molbak K. Foodborne bacterial infection and hospitalization: a registry-based study. *Clin Infect Dis* 2006 Feb 15;42(4):498-506.
- (54) Mills CF, Tobias M, Baker M. A re-appraisal of the burden of infectious disease in New Zealand: aggregate estimates of morbidity and mortality. *N Z Med J* 2002;115(1155):254-7.
- (55) Guerrero A, Tomás S. Ingresos hospitalarios por enfermedades infecciosas: incidencia desde 1999 hasta 2003 en un área sanitaria de la Comunidad Valenciana. *Rev Esp Salud Publica* 2007 Jul;81(4):411-20.
- (56) Mills CF, Tobias M, Baker M. A re-appraisal of the burden of infectious disease in New Zealand: aggregate estimates of morbidity and mortality. *N Z Med J* 2002 Jun 7;115(1155):254-7.
- (57) Baum S. Trends in ID-Related Hospitalizations -- The Bugs Are Winning. *Jl Watch Infect Dis* 1988;158:1813-8.
- (58) Walsh TJ, Hsieh S, Grady R, Mueller BA. Antenatal hydronephrosis and the risk of pyelonephritis hospitalization during the first year of life. *Urology* 2007 May;69(5):970-4.
- (59) Jensen-Fangel S, Mohey R, Johnsen SP, Andersen PL, Sorensen HT, Ostergaard L. Gender differences in hospitalization rates for respiratory tract infections in Danish youth. *Scand J Infect Dis* 2004;36(1):31-6.

- (60)** Meltzer MI. Increased hospitalizations of elderly patients. *Emerg Infect Dis* 2008 May;14(5):847-8.
- (61)** Curns AT, Steiner CA, Sejvar JJ, Schonberger LB. Hospital charges attributable to a primary diagnosis of infectious diseases in older adults in the United States, 1998 to 2004. *J Am Geriatr Soc* 2008 Jun;56(6):969-75.
- (62)** Holman RC, Curns AT, Singleton RJ, Sejvar JJ, Butler JC, Paisano EL, et al. Infectious disease hospitalizations among older American Indian and Alaska Native adults. *Public Health Rep* 2006 Nov;121(6):674-83.
- (63)** Curns AT, Holman RC, Sejvar JJ, Owings MF, Schonberger LB. Infectious disease hospitalizations among older adults in the United States from 1990 through 2002. *Arch Intern Med* 2005 Nov 28;165(21):2514-20.
- (64)** Yorita K.L., Holman R.C., Sejvar J.J., Steiner C.A., Schonberger L.B. Infectious disease hospitalizations among infants in the United States. *Pediatrics* 2008 Feb;121(2):244-52.
- (65)** Sornsrivichai V, Chongsuvivatwong V, Mo-suwan L, Intusoma U. Hospitalized infant morbidity in the Prospective Cohort Study of Thai Children Project. *J Med Assoc Thai* 2008 Jun;91(6):882-8.
- (66)** Oddy WH, Kickett-Tucker C, De MJ, Lawrence D, Cox A, Silburn SR, et al. The association of infant feeding with parent-reported infections and hospitalisations in the West Australian Aboriginal Child Health Survey. *Aust N Z J Public Health* 2008 Jun;32(3):207-15.
- (67)** Moore H, Burgner D, Carville K, Jacoby P, Richmond P, Lehmann D. Diverging trends for lower respiratory infections in non-Aboriginal and Aboriginal children. *J Paediatr Child Health* 2007 Jun;43(6):451-7.

- (68) Jin S, Kilgore PE, Holman RC, Clarke MJ, Gangarosa EJ, Glass RI. Trends in hospitalizations for diarrhea in United States children from 1979 through 1992: estimates of the morbidity associated with rotavirus. *Pediatr Infect Dis J* 1996;15(5):397-404.
- (69) Mounts AW, Holman RC, Clarke MJ, Bresee JS, Glass RI. Trends in hospitalizations associated with gastroenteritis among adults in the United States, 1979-1995. *Epidemiol Infect* 1999;123(1):1-8.
- (70) Nelson EA, Tam JS, Yu LM, Glass RI, Parashar UD, Fok TF. Surveillance of childhood diarrhoeal disease in Hong Kong, using standardized hospital discharge data. *Epidemiol Infect* 2004;4:619-26.
- (71) Hsu VP, Staat MA, Roberts N, Thieman C, Bernstein DI, Bresee J, et al. Use of active surveillance to validate international classification of diseases code estimates of rotavirus hospitalizations in children. *Pediatrics* 2005 Jan;115(1):78-82.
- (72) Gil A, Carrasco P, Jimenez R, San-Martin M, Oyaguez I, Gonzalez A. Burden of hospitalizations attributable to rotavirus infection in children in Spain, period 1999-2000. *Vaccine* 2004;22:2221-5.
- (73) Visser LE, Cano Portero R, Gay NJ, Martinez Navarro JF. .Impact of rotavirus disease in Spain: an estimate of hospital admissions due to rotavirus. *Acta Paediatr Suppl* 1999;88(426):72-6.
- (74) Yang MT, Chi CS. Salmonella infections in infants and children. *Zhonghua Yi Xue Za Zhi (Taipei)* 1994 Jul;54(1):38-43.
- (75) Jong B, Ekdahl K. The comparative burden of salmonellosis in the European Union member states, associated and candidate countries. *BMC Public Health* 2006;6:4.

- (76)** Kennedy M, Villar R, Vugia DJ, Rabatsky-Ehr T, Farley MM, Pass M, et al. Hospitalizations and deaths due to Salmonella infections, FoodNet, 1996-1999. *Clin Infect Dis* 2004 Apr 15;38 Suppl 3:S142-S148.
- (77)** de Wit M.A., Hoogenboom-Verdegaal A.M., Goosen E.S., Sprenger M.J., Borgdorff M.W. A population-based longitudinal study on the incidence and disease burden of gastroenteritis and Campylobacter and Salmonella infection in four regions of The Netherlands. *Eur J Epidemiol* 2000;16(8):713-8.
- (78)** Franco R, Echevarria P, Martinez-Olaizola P, olano D, artinez-Odriozola P, Miguel F, et al. Yersiniosis en un hospital general del Pais Vasco (1984-1989). Aspectos clinico-epidemiologicos. *Med Clin (Barc)* 1991 Sep 7;97(7):241-4.
- (79)** Tejero Encinas S., Asensio Villahoz P., Vaquero Puerta JL. Vigilancia epidemiológica de la tuberculosis pulmonar atendida en el nivel especializado a partir de dos fuentes de información, Valladolid. *Rev Esp Salud Publica* 2003 Mar;77(2):211-20.
- (80)** Perez I, Castanera A, Ferrero M. Tuberculosis en Huesca. Aplicación del método Captura-Recaptura. *Rev Esp Salud Publica* 1999 May;73(3):403-6.
- (81)** Accorsi S, Fabiani M, Lukwiya M, Onek PA, Mattei PD, Declich S. The increasing burden of infectious diseases on hospital services at St Mary's Hospital Lacor, Gulu, Uganda. *Am J Trop Med Hyg* 2001 Mar;64(3-4):154-8.
- (82)** Flaatten H. Epidemiology of sepsis in Norway in 1999. *Crit Care* 2004 Aug;8(4):R180-R184.

- (83)** Dombrovskiy VY, Martin AA, Sunderram J, Paz HL. Facing the challenge: decreasing case fatality rates in severe sepsis despite increasing hospitalizations. *Crit Care Med* 2005 Nov;33(11):2555-62.
- (84)** Andreu Ballester JC, Ballester F, Gonzalez SA, Almela QA, Colomer RE, Penarroja OC. Epidemiology of sepsis in the Valencian Community (Spain), 1995-2004. *Infect Control Hosp Epidemiol* 2008 Jul;29(7):630-4.
- (85)** Laupland KB, Gregson DB, Zygun DA, Doig CJ, Mortis G, Church DL. Severe bloodstream infections: a population-based assessment. *Crit Care Med* 2004 Apr;32(4):992-7.
- (86)** Bahwere P, Levy J, Hennart P, Donnen P, Lomoyo W, Dramaix-Wilmet M, et al. Community-acquired bacteremia among hospitalized children in rural central Africa. *Int J Infect Dis* 2001;5(4):180-8.
- (87)** Beceiro A, Zuniga C, Guerrero A. Baja incidencia de la enfermedad de Lyme en el noroeste gallego. *Enferm Infecc Microbiol Clin* 2001 Dec;19(10):505.
- (88)** Sjostedt A. Tularemia: history, epidemiology, pathogen physiology, and clinical manifestations. *Ann N Y Acad Sci* 2007 Jun;1105:1-29.
- (89)** Nolla-Salas J, Anto JM, Almela M, Coll P, Gasser I, Plasencia A. Incidence of listeriosis in Barcelona, Spain, in 1990. The Collaborative Study Group of Listeriosis of Barcelona. *Eur J Clin Microbiol Infect Dis* 1993 Mar;12(3):157-61.
- (90)** Memish ZA, Balkhy HH. Brucellosis and international travel. *J Travel Med* 2004 Jan;11(1):49-55.

- (91)** Gebo KA, Fleishman JA, Moore RD. Hospitalizations for metabolic conditions, opportunistic infections, and injection drug use among HIV patients: trends between 1996 and 2000 in 12 states. *J Acquir Immune Defic Syndr* 2005 Dec 15;40(5):609-16.
- (92)** Candiani TM, Pinto J, Cardoso CA, Carvalho IR, Dias AC, Carneiro M, et al. Impact of highly active antiretroviral therapy (HAART) on the incidence of opportunistic infections, hospitalizations and mortality among children and adolescents living with HIV/AIDS in Belo Horizonte, Minas Gerais State, Brazil. *Cad Saude Publica* 2007;23 Suppl 3:S414-S423.
- (93)** Matos ED, Lemos AC, Bittencourt C, Mesquita CL, Kuhn PC. Prevalence of HIV infection in patients hospitalized for tuberculosis in Bahia, Brazil. *Braz J Infect Dis* 2007 Apr;11(2):208-11.
- (94)** Sogaard OS, Lohse N, Gerstoft J, Kronborg G, Ostergaard L, Pedersen C, et al. Hospitalization for pneumonia among individuals with and without HIV infection, 1995-2007: a Danish population-based, nationwide cohort study. *Clin Infect Dis* 2008 Nov 15;47(10):1345-53.
- (95)** Falsey AR, Walsh EE, Hayden FG. Rhinovirus and coronavirus infection-associated hospitalizations among older adults. *J Infect Dis* 2002 May 1;185(9):1338-41.
- (96)** Cheuk DK, Tang IW, Chan KH, Woo PC, Peiris MJ, Chiu SS. Rhinovirus infection in hospitalized children in Hong Kong: a prospective study. *Pediatr Infect Dis J* 2007 Nov;26(11):995-1000.
- (97)** Miller EK, Lu X, Erdman DD, Poehling KA, Zhu Y, Griffin MR, et al. Rhinovirus-associated hospitalizations in young children. *J Infect Dis* 2007 Mar 15;195(6):773-81.

- (98) IP M, Nelson EA, Cheuk ES, Leung E, Sung R, Chan PK. Pediatric hospitalization of acute respiratory tract infections with Human Bocavirus in Hong Kong. *J Clin Virol* 2008 May;42(1):72-4.
- (99) Pozo F, Garcia-Garcia ML, Calvo C, Cuesta I, Perez-Brena P, Casas I. High incidence of human bocavirus infection in children in Spain. *J Clin Virol* 2007 Nov;40(3):224-8.
- (100) Diaz A, Barria P, Niederman M, Restrepo MI, Dreyse J, Fuentes G, et al. Etiology of community-acquired pneumonia in hospitalized patients in Chile: the increasing prevalence of respiratory viruses among classic pathogens. *Chest* 2007 Mar;131(3):779-87.
- (101) Simon A, Ammann RA, Wilkesmann A, Eis-Hubinger AM, Schildgen O, Weimann E, et al. Respiratory syncytial virus infection in 406 hospitalized premature infants: results from a prospective German multicentre database. *Eur J Pediatr* 2007 Dec;166(12):1273-83.
- (102) Constantopoulos AG, Kafetzis DA, Syrogiannopoulos GA, Roilides EJ, Malaka-Zafiriou EE, Sbyrakis SS, et al. Burden of respiratory syncytial viral infections on paediatric hospitals: a two-year prospective epidemiological study. *Eur J Clin Microbiol Infect Dis* 2002 Feb;21(2):102-7.
- (103) Tsai MH, Hsu CY, Yen MH, Yan DC, Chiu CH, Huang YC, et al. Epstein-Barr virus-associated infectious mononucleosis and risk factor analysis for complications in hospitalized children. *J Microbiol Immunol Infect* 2005 Aug;38(4):255-61.
- (104) Myers RP, Liu M, Shaheen AA. The burden of hepatitis C virus infection is growing: a Canadian population-based study of hospitalizations from 1994 to 2004. *Can J Gastroenterol* 2008 Apr;22(4):381-7.

- (105)** Segura-Porta F, Font-Creus B, Espejo-Arenas E, Bella-Cueto F. New trends in Mediterranean spotted fever. *Eur J Epidemiol* 1989 Dec;5(4):438-43.
- (106)** Blanco JR, Oteo JA. Rickettsiosis in Europe. *Ann N Y Acad Sci* 2006 Oct;1078:26-33.
- (107)** Oteo JA, Portillo A, Santibanez S, Perez-Martinez L, Blanco JR, Jimenez S, et al. Prevalence of spotted fever group Rickettsia species detected in ticks in La Rioja, Spain. *Ann N Y Acad Sci* 2006 Oct;1078:320-3.
- (108)** Guerrero A, Gimeno F, Colomina J, Molina M, Oteo JA, Cuenca M. Low incidence of tick-borne rickettsiosis in a Spanish Mediterranean area. *Ann N Y Acad Sci* 2006 Oct;1078:200-2.
- (109)** Santibanez S, Ibarra V, Portillo A, Blanco JR, Martinez dA, V, Guerrero A, et al. Evaluation of IgG antibody response against Rickettsia conorii and Rickettsia slovaca in patients with DEBONEL/TIBOLA. *Ann N Y Acad Sci* 2006 Oct;1078:570-2.
- (110)** Chen MY, Fairley CK, Donovan B. Discordance between trends in chlamydia notifications and hospital admission rates for chlamydia related diseases in New South Wales, Australia. *Sex Transm Infect* 2005 Aug;81(4):318-22.
- (111)** Sorbye IK, Jerve F, Staff AC. Reduction in hospitalized women with pelvic inflammatory disease in Oslo over the past decade. *Acta Obstet Gynecol Scand* 2005 Mar;84(3):290-6.
- (112)** Schmid GP, Stoner BP, Hawkes S, Broutet N. The need and plan for global elimination of congenital syphilis. *Sex Transm Dis* 2007 Jul;34(7 Suppl):S5-10.

- (113) Simms I, Broutet N. Congenital syphilis re-emerging. *J Dtsch Dermatol Ges* 2008 Apr;6(4):269-72.
- (114) Tridapalli E, Capretti MG, Sambri V, Marangoni A, Moroni A, D'Antuono A, et al. Prenatal syphilis infection is a possible cause of preterm delivery among immigrant women from eastern Europe. *Sex Transm Infect* 2007 Apr;83(2):102-5.
- (115) Li Y, Gonik B. Is congenital syphilis really congenital syphilis? *Infect Dis Obstet Gynecol* 2006;2006:81629.
- (116) Garbino J, Kolarova L, Rohner P, Lew D, Pichna P, Pittet D. Secular trends of candidemia over 12 years in adult patients at a tertiary care hospital. *Medicine (Baltimore)* 2002 Nov;81(6):425-33.
- (117) Zaoutis TE, Argon J, Chu J, Berlin JA, Walsh TJ, Feudtner C. The epidemiology and attributable outcomes of candidemia in adults and children hospitalized in the United States: a propensity analysis. *Clin Infect Dis* 2005 Nov 1;41(9):1232-9.
- (118) Resende JC, de Resende MA, Saliba JL. Prevalence of *Candida* spp. in hospitalized patients and their risk factors. *Mycoses* 2002 Oct;45(8):306-12.
- (119) Carmena D, Sanchez-Serrano LP, Barbero-Martinez I. *Echinococcus granulosus* infection in Spain. *Zoonoses Public Health* 2008 Apr;55(3):156-65.
- (120) Jimenez S, Perez A, Gil H, Schantz P, Ramalle E, Juste R. Progress in control of cystic echinococcosis in La Rioja, Spain: decline in infection prevalences in human and animal hosts and economic costs and benefits. *Acta Trop* 2002 Sep;83(3):213-21.

- (121)** Muñoz E., Breton JR., Ros A, Rodriguez A, Casado B, Hernandez R, et al. Gastroenteritis aguda infecciosa en urgencias de un hospital urbano. *An Pediatr (Barc)* 2008 May;68(5):432-8.
- (122)** San-Andres FJ, Rubio R, Castilla J, Pulido F, Palao G, de P, I, et al. Incidence of acquired immunodeficiency syndrome-associated opportunistic diseases and the effect of treatment on a cohort of 1115 patients infected with human immunodeficiency virus, 1989-1997. *Clin Infect Dis* 2003 May 1;36(9):1177-85.
- (123)** Martino R, Maertens J, Bretagne S, Rovira M, Deconinck E, Ullmann AJ, et al. Toxoplasmosis after hematopoietic stem cell transplantation. *Clin Infect Dis* 2000 Nov;31(5):1188-95.
- (124)** Muñoz C., Guardia C., Juncosa T., Vinas L., Sierra M., Sanfeliu I, et al. Toxoplasmosis y embarazo: Estudio multicéntrico realizado en 16.362 gestantes de Barcelona. *Med Clin (Barc)* 2004 Jun 5;123(1):12-6.
- (125)** Medrano FJ, Hernandez-Quero J, Jimenez E, Pineda JA, Rivero A, Sanchez-Quijano A, et al. Visceral leishmaniasis in HIV-1-infected individuals: a common opportunistic infection in Spain? *AIDS* 1992 Dec;6(12):1499-503.
- (126)** de la Rosa R., Pineda JA, Delgado J, Macias J, Morillas F, Mira JA, et al. Incidence of and risk factors for symptomatic visceral leishmaniasis among human immunodeficiency virus type 1-infected patients from Spain in the era of highly active antiretroviral therapy. *J Clin Microbiol* 2002 Mar;40(3):762-7.
- (127)** Otero L, Varela JA, Espinosa E, Sanchez C, Junquera ML, del VA, et al. *Sarcoptes scabiei* in a sexually transmitted infections unit: a 15-year study. *Sex Transm Dis* 2004 Dec;31(12):761-5.

- (128) Muñoz-Perez MA, Rodríguez-Pichardo A, Camacho MF. Sexually transmitted diseases in 1161 HIV-positive patients: a 38-month prospective study in southern Spain. *J Eur Acad Dermatol Venereol* 1998 Nov;11(3):221-6.
- (129) Zubero SZ, Santamaria Jauregui JM, Muñoz SJ, Teira CR, Baraia-Etxaburu AJ, Cisterna CR. Enfermedades importadas "tropicales": experiencia de una consulta especializada en un hospital general. *Rev Clin Esp* 2000 Oct;200(10):533-7.
- (130) Cárdenes SM SOJSCHAVMSP. Brote epidémico de escabiosis en relación con un paciente con infección por el virus de la inmunodeficiencia humana y sarna noruega. *Rev Clin Esp* 1993 Sep;193(4):155-8.
- (131) Larrosa A, Cortes-Blanco M, Martínez S, Clerencia C, Urdaniz LJ, Urban J, et al. Nosocomial outbreak of scabies in a hospital in Spain. *Euro Surveill* 2003 Oct;8(10):199-203.
- (132) Shah SS, Ratner AJ. Trends in invasive pneumococcal disease-associated hospitalizations. *Clin Infect Dis* 2006 Jan 1;42(1):e1-e5.
- (133) Woldemmanuel Y, Haile T. Cryptococcosis in patients from Tikur Anbessa Hospital, Addis Ababa, Ethiopia. *Ethiop Med J* 2001 Jul;39(3):185-92.
- (134) Dyson C, Barnes RA, Harrison GA. Infective endocarditis: an epidemiological review of 128 episodes. *J Infect* 1999 Mar;38(2):87-93.
- (135) Fernández-Hidalgo N, Almirante B, Tornos P, Pigrau C, Sambola A, Igual A, et al. Contemporary epidemiology and prognosis of health care-associated infective endocarditis. *Clin Infect Dis* 2008 Nov 15;47(10):1287-97.

- (136)** Sohail MR, Uslan DZ, Khan AH, Friedman PA, Hayes DL, Wilson WR, et al. Infective endocarditis complicating permanent pacemaker and implantable cardioverter-defibrillator infection. *Mayo Clin Proc* 2008 Jan;83(1):46-53.
- (137)** Martin-Davila P, Fortun J, Navas E, Cobo J, Jimenez-Mena M, Moya JL, et al. Nosocomial endocarditis in a tertiary hospital: an increasing trend in native valve cases. *Chest* 2005 Aug;128(2):772-9.
- (138)** Abbott KC, Agodoa LY. Hospitalizations for bacterial endocarditis after initiation of chronic dialysis in the United States. *Nephron* 2002 Jun;91(2):203-9.
- (139)** Abbott KC, Duran M, Hypolite I, Ko CW, Jones CA, Agodoa LY. Hospitalizations for bacterial endocarditis after renal transplantation in the United States. *J Nephrol* 2001 Sep;14(5):353-60.
- (140)** Abgueguen P, Delbos V, Blanvillain J, Chenebault JM, Cottin J, Fanello S, et al. Clinical aspects and prognostic factors of leptospirosis in adults. Retrospective study in France. *J Infect* 2008 Sep;57(3):171-8.
- (141)** Roubille F, Gahide G, Moore-Morris T, Granier M, Davy JM, Vernhet H, et al. Epstein Barr virus (EBV) and acute myopericarditis in an immunocompetent patient: first demonstrated case and discussion. *Intern Med* 2008;47(7):627-9.
- (142)** Baqui AH, Rahman M, Zaman K, El AS, Chowdhury HR, Begum N, et al. A population-based study of hospital admission incidence rate and bacterial aetiology of acute lower respiratory infections in children aged less than five years in Bangladesh. *J Health Popul Nutr* 2007 Jun;25(2):179-88.

- (143) Medrano C, Garcia-Guereta L, Grueso J, Insa B, Ballesteros F, Casaldaliga J, et al. Respiratory infection in congenital cardiac disease. Hospitalizations in young children in Spain during 2004 and 2005: the CIVIC Epidemiologic Study. *Cardiol Young* 2007 Aug;17(4):360-71.
- (144) Dias J, Correia AM, Queiros L. Community-acquired pneumonia and influenza hospitalisations in northern Portugal, 2000-2005. *Euro Surveill* 2007 Jul;12(7):E13-E14.
- (145) Telenti A. Estudio epidemiológico multicentrico sobre neumonia en España. *Med Clin (Barc)* 1983;suppl 1:11-26.
- (146) Monge V, San Martin VM, Gonzalez A. The burden of community-acquired pneumonia in Spain. *Eur J Public Health* 2001;4:362-4.
- (147) May DS, Kelly JJ, Mendlein JM, et al. Surveillance of major causes of hospitalization among the elderly. *MMWR* 1998;40:7-21.
- (148) Pacheco A, González-Sainz J, Arocena C, Rebollar M, Antela A, Guerrero A. Community-acquired pneumonia caused by *Chlamydia pneumoniae* strain TWAR in chronic cardiopulmonary disease in the elderly. *Respiration* 1991;58:316-20.
- (149) Samransamruajkit R, Jitchaiwat S, Wachirapaes W, Deerojanawong J, Sritippayawan S, Prapphal N. Prevalence of *Mycoplasma* and *Chlamydia pneumoniae* in severe community-acquired pneumonia among hospitalized children in Thailand. *Jpn J Infect Dis* 2008 Jan;61(1):36-9.
- (150) Guerrero A, Wang SP, González Sáinz, Quereda C, Grayston JT. Prevalencia de la infección por *Chlamydia pneumoniae* en neumonías en una muestra de población hospitalaria española. *Med Clin* 1991;96:285-6.

- (151)** Erice A, Romero-Vivas J, Martínez-Beltrán J, Guerrero A, Bouza E. Neumonía por *Pseudomonas aeruginosa* de adquisición extrahospitalaria en un paciente no inmunodeprimido. *Med Clin (Barc)* 1983;81:811-2.
- (152)** Leader S, Kohlhase K. Respiratory syncytial virus-coded pediatric hospitalizations, 1997 to 1999. *Pediatr Infect Dis J* 2002;21(7):629-32.
- (153)** Minosse C, Selleri M, Zaniratti MS, Cappiello G, Longo R, Schifano E, et al. Frequency of detection of respiratory viruses in the lower respiratory tract of hospitalized adults. *J Clin Virol* 2008 Jun;42(2):215-20.
- (154)** Farthmann EH, Schoffel U. Epidemiology and pathophysiology of intraabdominal infections (IAI). *Infection* 1998 Sep;26(5):329-34.
- (155)** Davies GM, Dasbach EJ, Teutsch S. The burden of appendicitis-related hospitalizations in the United States in 1997. *Surg Infect (Larchmt)* 2004;5(2):160-5.
- (156)** Luckmann R. Incidence and case fatality rates for acute appendicitis in California. A population-based study of the effects of age. *Am J Epidemiol* 1989;129(5):905-18.
- (157)** Molina Cabañero JC, Ochoa Sangrador C., y Grupo Investigador del Proyecto. Criterios de ingreso hospitalario en las infecciones urinarias. *An Pediatr (Barc)* 2007 Nov;67(5):469-77.
- (158)** Kang SC, Hsu NW, Tang GJ, Hwang SJ. Impact of urinary catheterization on geriatric inpatients with community-acquired urinary tract infections. *J Chin Med Assoc* 2007 Jun;70(6):236-40.

-
- (159)** Nicolle LE. Urinary tract infection in diabetes. *Curr Opin Infect Dis* 2005 Feb;18(1):49-53.
- (160)** Foxman B, Klemstine KL, Brown PD. Acute pyelonephritis in US hospitals in 1997: hospitalization and in-hospital mortality. *Ann Epidemiol* 2003 Feb;13(2):144-50.
- (161)** Eggert J, Li X, Sundquist K. Country of birth and hospitalization for pelvic inflammatory disease, ectopic pregnancy, endometriosis, and infertility: a nationwide study of 2 million women in Sweden. *Fertil Steril* 2008 Oct;90(4):1019-25.
- (162)** Paik CK, Waetjen LE, Xing G, Dai J, Sweet RL. Hospitalizations for pelvic inflammatory disease and tuboovarian abscess. *Obstet Gynecol* 2006 Mar;107(3):611-6.
- (163)** Dodds L, McNeil SA, Fell DB, Allen VM, Coombs A, Scott J, et al. Impact of influenza exposure on rates of hospital admissions and physician visits because of respiratory illness among pregnant women. *CMAJ* 2007 Feb 13;176(4):463-8.
- (164)** Bansil P, Jamieson DJ, Posner SF, Kourtis AP. Hospitalizations of pregnant HIV-infected women in the United States in the era of highly active antiretroviral therapy (HAART). *J Womens Health (Larchmt)* 2007 Mar;16(2):159-62.
- (165)** Lipsky BA, Weigelt JA, Gupta V, Killian A, Peng MM. Skin, soft tissue, bone, and joint infections in hospitalized patients: epidemiology and microbiological, clinical, and economic outcomes. *Infect Control Hosp Epidemiol* 2007 Nov;28(11):1290-8.

- (166)** Lipsky BA, Weigelt JA, Gupta V, Killian A, Peng MM. Skin, soft tissue, bone, and joint infections in hospitalized patients: epidemiology and microbiological, clinical, and economic outcomes. *Infect Control Hosp Epidemiol* 2007 Nov;28(11):1290-8.
- (167)** Takahashi TA, Baernstein A, Binswanger I, Bradley K, Merrill JO. Predictors of hospitalization for injection drug users seeking care for soft tissue infections. *J Gen Intern Med* 2007 Mar;22(3):382-8.
- (168)** Romero-Hernández A, Ruiz Nicolás B, Díaz Pérez A. Estudio epidemiológico de la osteomielitis en la Rioja. *Med Gen (Madr)* 2005;77:570-2.
- (169)** Yuan W, Basso O, Sorensen HT, Olsen J. Indicators of fetal growth and infectious disease in childhood--a birth cohort with hospitalization as outcome. *Eur J Epidemiol* 2001;17(9):829-34.
- (170)** Pessoa-Silva CL, Miyasaki CH, de Almeida MF, Kopelman BI, Raggio RL, Wey SB. Neonatal late-onset bloodstream infection: attributable mortality, excess of length of stay and risk factors. *Eur J Epidemiol* 2001;17(8):715-20.
- (171)** Bandyk DF. Vascular surgical site infection: risk factors and preventive measures. *Semin Vasc Surg* 2008 Sep;21(3):119-23.
- (172)** Chiesa R, Astore D, Frigerio S, Garriboli L, Piccolo G, Castellano R, et al. Vascular prosthetic graft infection: epidemiology, bacteriology, pathogenesis and treatment. *Acta Chir Belg* 2002 Aug;102(4):238-47.
- (173)** Gandelman G, Frishman WH, Wiese C, Green-Gastwirth V, Hong S, Aronow WS, et al. Intravascular device infections: epidemiology, diagnosis, and management. *Cardiol Rev* 2007 Jan;15(1):13-23.

-
- (174)** Gray NA, Baddour LM. Nonvalvular Intravascular Device-related Infections. *Curr Infect Dis Rep* 2002 Aug;4(4):293-8.
- (175)** Rovera F, Dionigi G, Boni L, Piscopo C, Masciocchi P, Alberio MG, et al. Infectious complications in colorectal surgery. *Surg Oncol* 2007 Dec;16 Suppl 1:S121-S124.
- (176)** Long CB, Shah SS, Lautenbach E, Coffin SE, Tabbutt S, Gaynor JW, et al. Postoperative mediastinitis in children: epidemiology, microbiology and risk factors for Gram-negative pathogens. *Pediatr Infect Dis J* 2005 Apr;24(4):315-9.
- (177)** Garibaldi RA, Cushing D, Lerer T. Risk factors for postoperative infection. *Am J Med* 1991 Sep 16;91(3B):158S-63S.
- (178)** Wejde G, Montan P, Lundstrom M, Stenevi U, Thorburn W. Endophthalmitis following cataract surgery in Sweden: national prospective survey 1999-2001. *Acta Ophthalmol Scand* 2005 Feb;83(1):7-10.
- (179)** Delgado-Rodriguez M, Gomez-Ortega A, Sillero-Arenas M, Llorca J. Epidemiology of surgical-site infections diagnosed after hospital discharge: a prospective cohort study. *Infect Control Hosp Epidemiol* 2001 Jan;22(1):24-30.
- (180)** McBean M, Rajamani S. Increasing rates of hospitalization due to septicemia in the US elderly population, 1986-1997. *J Infect Dis* 2001 Feb 15;183(4):596-603.
- (181)** Desai MM, Zhang P, Hennessy CH. Surveillance for morbidity and mortality among older adults--United States, 1995-1996. *MMWR CDC Surveill Summ* 1999 Dec 17;48(8):7-25.

- (182)** Lucena R, Fonseca N, Nunes L, Cardoso A, Goes J, Correia MC, et al. Intra-hospital lethality among infants with pyogenic meningitis. *Pediatr Neurol* 2005 Mar;32(3):180-3.
- (183)** Angstwurm MW, Gaertner R, Schopohl J. Outcome in elderly patients with severe infection is influenced by sex hormones but not gender. *Crit Care Med* 2005 Dec;33(12):2786-93.
- (184)** Vallejo M, Molina A, Mosquera JD, Bergua I, Echevarria L, Zabala M. Mortalidad precoz hospitalaria de etiología infecciosa. *An Med Interna* 2003 Jul;20(7):347-50.
- (185)** Dombrovskiy VY, Martin AA, Sunderram J, Paz HL. Rapid increase in hospitalization and mortality rates for severe sepsis in the United States: a trend analysis from 1993 to 2003. *Crit Care Med* 2007 May;35(5):1244-50.
- (186)** Martin GS, Mannino DM, Moss M. The effect of age on the development and outcome of adult sepsis. *Crit Care Med* 2006 Jan;34(1):15-21.
- (187)** Tal S, Guller V, Levi S, Bardenstein R, Berger D, Gurevich I, et al. Profile and prognosis of febrile elderly patients with bacteremic urinary tract infection. *J Infect* 2005 May;50(4):296-305.
- (188)** Malani PN, Rana MM, Banerjee M, Bradley SF. Staphylococcus aureus bloodstream infections: the association between age and mortality and functional status. *J Am Geriatr Soc* 2008 Aug;56(8):1485-9.
- (189)** Odetola FO, Gebremariam A, Freed GL. Patient and hospital correlates of clinical outcomes and resource utilization in severe pediatric sepsis. *Pediatrics* 2007 Mar;119(3):487-94.

-
- (190)** Sartori AM, Valentim J, de Soarez PC, Novaes HM. Rotavirus morbidity and mortality in children in Brazil. *Rev Panam Salud Publica* 2008 Feb;23(2):92-100.
- (191)** Falagas ME, Apostolou KE, Pappas VD. Attributable mortality of candidemia: a systematic review of matched cohort and case-control studies. *Eur J Clin Microbiol Infect Dis* 2006 Jul;25(7):419-25.
- (192)** Morgan J, Meltzer MI, Plikaytis BD, Sofair AN, Huie-White S, Wilcox S, et al. Excess mortality, hospital stay, and cost due to candidemia: a case-control study using data from population-based candidemia surveillance. *Infect Control Hosp Epidemiol* 2005 Jun;26(6):540-7.
- (193)** Labelle AJ, Micek ST, Roubinian N, Kollef MH. Treatment-related risk factors for hospital mortality in *Candida* bloodstream infections. *Crit Care Med* 2008 Nov;36(11):2967-72.
- (194)** Cavallaro A, Catania V, Cavallaro M, Zanghi A, Cappellani A. Management of secondary peritonitis: our experience. *Ann Ital Chir* 2008 Jul;79(4):255-60.
- (195)** Franz MG, Norman J, Fabri PJ. Increased morbidity of appendicitis with advancing age. *Am Surg* 1995 Jan;61(1):40-4.
- (196)** Mulier S, Penninckx F, Verwaest C, Filez L, Aerts R, Fieuws S, et al. Factors affecting mortality in generalized postoperative peritonitis: multivariate analysis in 96 patients. *World J Surg* 2003 Apr;27(4):379-84.
- (197)** Thuluvath PJ, Morss S, Thompson R. Spontaneous bacterial peritonitis-in-hospital mortality, predictors of survival, and health care costs from 1988 to 1998. *Am J Gastroenterol* 2001 Apr;96(4):1232-6.

- (198)** Gauzit R, Pean Y, Barth X, Mistretta F, Lalaude O. Epidemiology, Management, and Prognosis of Secondary Non-Postoperative Peritonitis: A French Prospective Observational Multicenter Study. *Surg Infect (Larchmt)* 2008 Nov 8.
- (199)** Schneider CP, Seyboth C, Vilsmaier M, Kuchenhoff H, Hofner B, Jauch KW, et al. Prognostic factors in critically ill patients suffering from secondary peritonitis: a retrospective, observational, survival time analysis. *World J Surg* 2009 Jan;33(1):34-43.
- (200)** Martin GS, Mannino DM, Eaton S, Moss M. The epidemiology of sepsis in the United States from 1979 through 2000. *N Engl J Med* 2003;348(16):1546-54.
- (201)** Hayward A, Knott F, Petersen I, Livermore DM, Duckworth G, Islam A, et al. Increasing hospitalizations and general practice prescriptions for community-onset staphylococcal disease, England. *Emerg Infect Dis* 2008 May;14(5):720-6.
- (202)** Koutsavlis AT. Hospital discharge databases in the surveillance of infectious diseases: Is their use warranted? *Int J Infect Dis* 2001;5:59-62.
- (203)** Madsen KM, Schonheyder HC, Kristensen B, Nielsen GL, Sorensen HT. Can hospital discharge diagnosis be used for surveillance of bacteremia? A data quality study of a Danish hospital discharge registry. *Infect Control Hosp Epidemiol* 1998;19:175-80.
- (204)** Moro ML, Morsillo F. Can hospital discharge diagnoses be used for surveillance of surgical-site infections? *J Hosp Infect* 2004 Mar;56(3):239-41.

- (205)** Somerville RL, Grant CC, Grimwood K, Murdoch D, Graham D, Jackson P, et al. Infants hospitalised with pertussis: estimating the true disease burden. *J Paediatr Child Health* 2007 Sep;43(9):617-22.
- (206)** Brabazon ED, O'Farrell A, Murray CA, Carton MW, Finnegan P. Under-reporting of notifiable infectious disease hospitalizations in a health board region in Ireland: room for improvement? *Epidemiol Infect* 2008 Feb;136(2):241-7.

ANEXO I

CÓDIGOS ESTUDIADOS REFERIDOS A ENFERMEDADES INFECCIOSAS

Anexo I. Códigos estudiados referidos a enfermedades infecciosas

COD.	TITULO
001-009	ENFERMEDADES INFECCIOSAS INTESTINALES
001	CÓLERA
001.0	CÓLERA DEBIDA A VIBRIO CHOLERAE
001.1	CÓLERA DEBIDA A VIBRIO CHOLERAE EL TOR
001.9	CÓLERA, SIN ESPECIFICAR
002	FIEBRES TIFOIDEAS Y PARATIFOIDEAS
002.0	FIEBRE TIFOIDEA
002.1	FIEBRE PARATIFOIDEA A
002.2	FIEBRE PARATIFOIDEA B
002.3	FIEBRE PARATIFOIDEA C
002.9	FIEBRE PARATIFOIDEA SIN ESPECIFICAR
003	OTRAS INFECCIONES DE SALMONELLA
003.0	GASTROENTERITIS POR SALMONELLA
003.1	SEPTICEMIA POR SALMONELLA
003.2	INFECCIONES POR SALMONELLA LOCALIZADAS
003.20	INFECCIÓN POR SALMONELLA LOCALIZADA, SIN ESPECIFICAR
003.21	MENINGITIS POR SALMONELLA
003.22	NEUMONÍA POR SALMONELLA
003.23	ARTRITIS POR SALMONELLA
003.24	OSTEOMIELITIS POR SALMONELLA
003.29	OTRAS INFECCIONES POR SALMONELLA LOCALIZADAS
003.8	OTRAS INFECCIONES POR SALMONELLA ESPECIFICADAS
003.9	INFECCIONES POR SALMONELLA, SIN ESPECIFICAR
004	SHIGELOSIS

Anexo I. Códigos estudiados referidos a enfermedades infecciosas

COD.	TITULO
004.0	SHIGELLA DYSENTERIAE
004.1	SHIGELLA FLEXNERI
004.2	SHIGELLA BOYDII
004.3	SHIGELLA SONNEI
004.8	OTRAS INFECCIONES POR SHIGELLA ESPECIFICADAS
004.9	SHIGELOSIS, SIN ESPECIFICAR
005	OTRAS INTOXICACIONES ALIMENTICIAS (BACTERIANAS)
005.0	INTOXICACIÓN ALIMENTICIA ESTAFILOCOCCICA
005.1	BOTULISMO
005.2	INTOXICACION ALIMENTICIA POR CLOSTRIDIUM PERFRINGENS (C. welchii)
005.3	INTOXICACIÓN ALIMENTICIA POR OTROS CLOSTRIDIUM
005.4	INTOXICACIÓN ALIMENTICIA POR VIBRIO PARAHAEMOLYTICUS
005.8	OTRAS INTOXICACIONES ALIMENTICIAS BACTERIANAS
005.81	INTOXICACIÓN ALIMENTICIA DEBIDA A VIBRION VULNIFICUS
005.89	INTOXICACIÓN ALIMENTICIA POR OTRAS BACTERIAS
005.9	INTOXICACIÓN ALIMENTICIA, SIN ESPECIFICAR
006	AMEBIASIS
006.0	DISENTERÍA AMEBICA AGUDA SIN ABSCESO
006.1	AMEBIASIS INTESTINAL CRONICA SIN ABSCESO
006.2	COLITIS AMEBIANA NO DISENTERICA
006.3	ABSCESO AMEBIANO HEPATICO
006.4	ABSCESO AMEBIANO PULMONAR
006.5	ABSCESO AMEBIANO CEREBRAL
006.6	ULCERACION AMEBIANA CUTANEA
006.8	INFECCION AMEBIANA -OTROS SITIOS
006.9	AMEBIASIS, SIN ESPECIFICAR
007	OTRAS ENFERMEDADES INTESTINALES PROTOZOARIAS
007.0	BALANTIDIASIS
007.1	GIARDIASIS
007.2	COCCIDIOSIS
007.3	TRICOMONIASIS INTESTINAL
007.4	CRIPTOSPORIDIOSIS

ANEXO I. CÓDIGOS ESTUDIADOS REFERIDOS A ENFERMEDADES INFECCIOSAS

Anexo I. Códigos estudiados referidos a enfermedades infecciosas

COD.	TITULO
007.5	CYCLOSPORIASIS
007.8	ENFERMEDAD INTESTINAL PROTOZOARIA -ESPECIFICADA
007.9	ENFERMEDAD INTESTINAL PROTOZOARIA, SIN ESPECIFICAR
008	INFECCIONES INTESTINALES POR OTROS ORGANISMOS
008.0	ESCHERICHIA COLI (E. COLI)
008.00	E. COLI INESPECIFICO
008.01	E. COLI ENTEROPATOGENICO
008.02	E. COLI ENTEROTOXIGENICO
008.03	E. COLI ENTEROINVASIVO
008.04	E. COLI ENTEROHEMORRAGICO
008.09	OTRAS INFECCIONES INTESTINALES POR E. COLI
008.1	GRUPO ARIZONA DE BACILOS DEL PARACOLON
008.2	AEROBACTER AEROGENES
008.3	PROTEUS (MIRABILIS) (MORGANII)
008.4	OTRAS BACTERIAS ESPECIFICADAS INTESTINALES
008.41	ENTERITIS ESTAFILOCOCCOS
008.42	PSEUDOMONAS
008.43	ENTERITIS CAMPYLOBACTER
008.44	YERSINIA ENTEROCOLITICA
008.45	ENTERITIS CLOSTRIDIUM DIFFICILE
008.46	OTROS ANAEROBIOS
008.47	OTRAS BACTERIAS GRAM-NEGATIVOS
008.49	OTRAS BACTERIAS ESPCIFICADAS EN INFECCIONES INTESTINALES
008.5	ENTERITIS BACTERIANA, SIN ESPECIFICAR
008.6	ENTERITIS VIRICA ESPECIFICADA
008.61	ROTAVIRUS
008.62	ADENOVIRUS
008.63	VIRUS DE NORWALK
008.64	OTROS VIRUS REDONDOS DE TAMAÑO PEQUEÑO [SRV]
008.65	CALCIVIRUS
008.66	ENTERITIS POR ASTROVIRUS
008.67	ENTEROVIRUS NCOC

Anexo I. Códigos estudiados referidos a enfermedades infecciosas

COD.	TITULO
008.69	OTRAS ENTERITIS VIRALES
008.8	OTRO ORGANISMO, NO CLASIFICADO BAJO OTRO CONCEPTO
009	INFECCIONES INTESTINALES MAL DEFINIDAS
009.0	COLITIS, ENTERITIS Y GASTROENTERITIS INFECCIOSAS
009.1	COLITIS, ENTERITIS Y GASTROENTERITIS ORIGEN PRESUMIBLEMENTE INFECCIOSO
009.2	DIARREA INFECCIOSA
009.3	DIARREA ORIGEN PRESUMIBLEMENTE INFECCIOSO
010-018	TUBERCULOSIS
010	INFECCION TBC PRIMARIA
010.0	COMPLEJO TBC PRIMARIO
010.00	COMPLEJO TBC PRIMARIO-NEOM
010.01	COMPLEJO TBC PRIMARIO-NO EXAMEN
010.02	COMPLEJO TBC PRIMARIO-EXAMEN
010.03	COMPLEJO TBC PRIMARIO-DGCO.POR MICROSCOPIA
010.04	COMPLEJO TBC PRIMARIO-DGCO.POR CULTIVO
010.05	COMPLEJO TBC PRIMARIO-DGCO.POR HISTOLOGIA
010.06	COMPLEJO TBC PRIMARIO-DGCO.POR OTROS TESTS
010.1	PLEURESIA EN TBC PRIMARIA
010.10	PLEURESIA EN TBC PRIMARIA-NEOM
010.11	PLEURESIA EN TBC PRIMARIA-NO EXAMEN
010.12	PLEURESIA EN TBC PRIMARIA-EXAMEN
010.13	PLEURESIA EN TBC PRIMARIA-DGCO.POR MICROSCOP.
010.14	PLEURESIA EN TBC PRIMARIA-DGCO.POR CULTIVO
010.15	PLEURESIA EN TBC PRIMARIA-DGCO.POR HISTOLOGIA
010.16	PLEURESIA EN TBC PRIMARIA-DGCO.POR OTROS TEST
010.8	TBC PROGRESIVA PRIMARIA
010.80	TBC PROGRESIVA PRIMARIA -NEOM
010.81	TBC PROGRESIVA PRIMARIA -NO EXAMEN
010.82	TBC PROGRESIVA PRIMARIA -EXAMEN
010.83	TBC PROGRESIVA PRIMARIA -DGCO.MICROSCOPIA
010.84	TBC PROGRESIVA PRIMARIA -DGCO.CULTIVO
010.85	TBC PROGRESIVA PRIMARIA -DGCO.HISTOLOGIA

ANEXO I. CÓDIGOS ESTUDIADOS REFERIDOS A ENFERMEDADES INFECCIOSAS

Anexo I. Códigos estudiados referidos a enfermedades infecciosas

COD.	TITULO
010.86	TBC PROGRESIVA PRIMARIA -DGCO.OTROS TEST
010.9	TBC PRIMARIA, SIN ESPECIFICAR
010.90	TBC PRIMARIA NEOM-NEOM
010.91	TBC PRIMARIA NEOM-NO EXAMEN
010.92	TBC PRIMARIA NEOM-EXAMEN
010.93	TBC PRIMARIA NEOM-DGCO.POR MICROSCOPIA
010.94	TBC PRIMARIA NEOM-DGCO.POR CULTIVO
010.95	TBC PRIMARIA NEOM-DGCO.POR HISTOLOGIA
010.96	TBC PRIMARIA NEOM-DGCO.POR OTROS TESTS
011	TBC PULMONAR
011.0	TBC PULMONAR INFILTRATIVA
011.00	TBC PULMONAR INFILTRATIVA-NEOM
011.01	TBC PULMONAR INFILTRATIVA-NO EXAMEN
011.02	TBC PULMONAR INFILTRATIVA-EXAMEN
011.03	TBC PULMONAR INFILTRATIVA-DGCO.POR MICROSCOP.
011.04	TBC PULMONAR INFILTRATIVA-DGCO.POR CULTIVO
011.05	TBC PULMONAR INFILTRATIVA-DGCO.POR HISTOLOGIA
011.06	TBC PULMONAR INFILTRATIVA-DGCO.POR OTROS TEST
011.1	TBC PULMONAR NODULAR
011.10	TBC PULMONAR NODULAR NEOM
011.11	TBC PULMONAR NODULAR NO EXAMEN
011.12	TBC PULMONAR NODULAR-EXAMEN
011.13	TBC PULMONAR NODULAR-DGCO.POR MICROSCOPIA
011.14	TBC PULMONAR NODULAR-DGCO.POR CULTICO
011.15	TBC PULMONAR NODULAR-DGCO.POR HISTOLOGIA
011.16	TBC PULMONAR NODULAR-DGCO.POR OTROS TESTS
011.2	TBC PULMONAR CAVITADA
011.20	TBC PULMONAR CAVITADA-NEOM
011.21	TBC PULMONAR CAVITADA-NO EXAMEN
011.22	TBC PULMONAR CAVITADA-EXAMEN
011.23	TBC PULMONAR CAVITADA-DGCO.POR MICROSCOPIA
011.24	TBC PULMONAR CAVITADA-DGCO.POR CULTIVO

Anexo I. Códigos estudiados referidos a enfermedades infecciosas

COD.	TITULO
011.25	TBC PULMONAR CAVITADA-DGCO.POR HISTOLOGIA
011.26	TBC PULMONAR CAVITADA-DGCO.POR OTROS TESTS
011.3	TBC BRONQUIAL
011.30	TBC BRONQUIAL-NEOM
011.31	TBC BRONQUIAL-NO EXAMEN
011.32	TBC BRONQUIAL-EXAMEN
011.33	TBC BRONQUIAL-DGCO.POR MICROSCOPIA
011.34	TBC BRONQUIAL-DGCO.POR CULTIVO
011.35	TBC BRONQUIAL-DGCO.POR HISTOLOGIA
011.36	TBC BRONQUIAL-DGCO.POR OTROS TESTS
011.4	FIBROSIS TUBERCULOSA DEL PULMON
011.40	FIBROSIS TUBERCULOSA DEL PULMON NEOM
011.41	FIBROSIS TUBERCULOSA DEL PULMON-NO EXAMEN
011.42	FIBROSIS TUBERCULOSA DEL PULMON-EXAMEN
011.43	FIBROSIS TUBERCULOSA DEL PULMON-DGCO.POR MICROSCOPIA
011.44	FIBROSIS TUBERCULOSA DEL PULMON-DGCO.POR CULTIVO
011.45	FIBROSIS TUBERCULOSA DEL PULMON-DGCO.POR HISTOLOGIA
011.46	FIBROSIS TUBERCULOSA DEL PULMON-DGCO.POR OTROS TESTS
011.5	BRONQUIECTASIA TBC
011.50	BRONQUIECTASIA TBC-NEOM
011.51	BRONQUIECTASIA TBC-NO EXAMEN
011.52	BRONQUIECTASIA TBC-EXAMEN
011.53	BRONQUIECTASIA TBC-DGCO.POR MICROSCOPIA
011.54	BRONQUIECTASIA TBC-DGCO.POR CULTIVO
011.55	BRONQUIECTASIA TBC-DGCO.POR HISTOLOGIA
011.56	BRONQUIECTASIA TBC-DGCO.POR OTROS TESTS
011.6	NEUMONIA TBC(CUALQUIER FORMA)
011.60	NEUMONIA TBC-NEOM
011.61	NEUMONIA TBC-NO EXAMEN
011.62	NEUMONIA TBC-EXAMEN
011.63	NEUMONIA TBC-DGCO.POR MICROSCOPIA
011.64	NEUMONIA TBC-DGCO.POR CULTIVO

ANEXO I. CÓDIGOS ESTUDIADOS REFERIDOS A ENFERMEDADES INFECCIOSAS

Anexo I. Códigos estudiados referidos a enfermedades infecciosas

COD.	TITULO
011.65	NEUMONIA TBC-DGCO.POR HISTOLOGIA
011.66	NEUMONIA TBC-DGCO.POR OTROS TESTS
011.7	NEUMOTORAX TBC
011.70	NEUMOTORAX TBC-NEOM
011.71	NEUMOTORAX TBC-NO EXAMEN
011.72	NEUMOTORAX TBC-EXAMEN
011.73	NEUMOTORAX TBC-DGCO.POR MICROSCOPIA
011.74	NEUMOTORAX TBC-DGCO.POR CULTIVO
011.75	NEUMOTORAX TBC-DGCO.POR HISTOLOGIA
011.76	NEUMOTORAX TBC-DGCO.POR OTROS TESTS
011.8	OTRAS TUBERCULOSIS PULMONARES ESPECIFICAS
011.80	OTRAS TUBERCULOSIS PULMONARES ESPECIFICAS-NEOM
011.81	OTRAS TUBERCULOSIS PULMONARES ESPECIFICAS-NO EXAMEN
011.82	OTRAS TUBERCULOSIS PULMONARES ESPECIFICAS-EXAME
011.83	OTRAS TUBERCULOSIS PULMONARES ESPECIFICAS-DGCO.POR MICROSCOP
011.84	OTRAS TUBERCULOSIS PULMONARES ESPECIFICAS-DGCO.POR CULTIVO
011.85	OTRAS TUBERCULOSIS PULMONARES ESPECIFICAS-DGCO.POR HISTOLOG.
011.86	OTRAS TUBERCULOSIS PULMONARES ESPECIFICA-DGCO.POR OTROS TEST
011.9	TBC PULMONAR, SIN ESPECIFICAR
011.90	TBC PULMONAR NEOM-NEOM
011.91	TBC PULMONAR NEOM-NO EXAMEN
011.92	TBC PULMONAR NEOM-EXAMEN
011.93	TBC PULMONAR NEOM-DGCO.POR MICROCOPIA
011.94	TBC PULMONAR NEOM-DGCO.POR CULTIVO
011.95	TBC PULMONAR NEOM-DGCO.POR HISTOLOGIA
011.96	TBC PULMONAR NEOM-DGCO.POR OTROS TESTS
012	OTRAS TBC RESPIRATORIAS
012.0	PLEURESIA TBC
012.00	PLEURESIA TBC-NEOM
012.01	PLEURESIA TBC-NO EXAMEN
012.02	PLEURESIA TBC-EXAMEN
012.03	PLEURESIA TBC-DGCO.POR MICROSCOPIA

Anexo I. Códigos estudiados referidos a enfermedades infecciosas

COD.	TITULO
012.04	PLEURESIA TBC-DGCO.POR CULTIVO
012.05	PLEURESIA TBC-DGCO.POR HISTOLOGIA
012.06	PLEURESIA TBC-DGCO.POR OTROS TESTS
012.1	TBC GANGLIOS LINF.INTRATORACICOS
012.10	TBC GANGLIOS LINF.INTRATORACICOS-NEOM
012.11	TBC GANGLIOS LINF.INTRATORACICOS-NO EXAMEN
012.12	TBC GANGLIOS LINF.INTRATORACICOS-EXAMEN
012.13	TBC GANGLIOS LINF.INTRATORACICOS-DGCO.POR MICROSCOPIA
012.14	TBC GANGLIOS LINF.INTRATORACICOS-DGCO.POR CULTIVO
012.15	TBC GANGLIOS LINF.INTRATORACICOS-DGCO.POR HISTOLOGIA
012.16	TBC GANGLIOS LINF.INTRATORACICOS-DGCO.POR OTROS TESTS
012.2	TBC TRAQUEAL/BRONQUIAL AISLADA
012.20	TBC TRAQUEAL/BRONQUIAL AISLADA-NEOM
012.21	TBC TRAQUEAL/BRONQUIAL AISLADA-NO EXAMEN
012.22	TBC TRAQUEAL/BRONQUIAL AISLADA-EXAMEN
012.23	TBC TRAQUEAL/BRONQUIAL AISLADA-DGCO.POR MICROSCOPIA
012.24	TBC TRAQUEAL/BRONQUIAL AISLADA-DGCO.POR CULTIVO
012.25	TBC TRAQUEAL/BRONQUIAL AISLADA-DGCO.POR HISTOLOGIA
012.26	TBC TRAQUEAL/BRONQUIAL AISLADA-DGCO.POR OTROS TESTS
012.3	LARINGITIS TBC
012.30	LARINGITIS TBC-NEOM
012.31	LARINGITIS TBC-NO EXAMEN
012.32	LARINGITIS TBC-EXAMEN
012.33	LARINGITIS TBC-DGCO.POR MICROSCOPIA
012.34	LARINGITIS TBC-DGCO.POR CULTIVO
012.35	LARINGITIS TBC-DGCO.POR HISTOLOGIA
012.36	LARINGITIS TBC-DGCO.POR OTROS TESTS
012.8	OTRAS TBC RESPIRATORIAS ESPECIFICADAS
012.80	OTRAS TBC RESPIRATORIAS ESPECIFICADAS-NEOM
012.81	OTRAS TBC RESPIRATORIAS ESPECIFICADAS-NO EXAMEN
012.82	OTRAS TBC RESPIRATORIAS ESPECIFICADAS-EXAMEN
012.83	OTRAS TBC RESPIRATORIAS ESPECIFICADAS-DGCO.POR MICROSCOPIA

ANEXO I. CÓDIGOS ESTUDIADOS REFERIDOS A ENFERMEDADES INFECCIOSAS

Anexo I. Códigos estudiados referidos a enfermedades infecciosas

COD.	TITULO
012.84	OTRAS TBC RESPIRATORIAS ESPECIFICADAS-DGCO.POR CULTIVO
012.85	OTRAS TBC RESPIRATORIAS ESPECIFICADAS-DGCO.POR HISTOLOGIA
012.86	OTRAS TBC RESPIRATORIAS ESPECIFICADAS-DGCO.POR OTROS TESTS
013	TUBERCULOSIS SNC Y MENINGES
013.0	MENINGITIS TBC
013.00	MENINGITIS TBC-NEOM
013.01	MENINGITIS TBC-NO EXAMEN
013.02	MENINGITIS TBC-EXAMEN
013.03	MENINGITIS TBC-DGCO.POR MICROSCOPIA
013.04	MENINGITIS TBC-DGCO.POR CULTIVO
013.05	MENINGITIS TBC-DGCO.POR HISTOLOGIA
013.06	MENINGITIS TBC-DGCO.POR OTROS TESTS
013.1	TUBERCULOMA MENINGEO
013.10	TUBERCULOMA MENINGEO-NEOM
013.11	TUBERCULOMA MENINGEO-NO EXAMEN
013.12	TUBERCULOMA MENINGEO-EXAMEN
013.13	TUBERCULOMA MENINGEO-DGCO.POR MICROSCOPIA
013.14	TUBERCULOMA MENINGEO-DGCO.POR CULTIVO
013.15	TUBERCULOMA MENINGEO-DGCO.POR HISTOLOGIA
013.16	TUBERCULOMA MENINGEO-DGCO.POR OTROS TESTS
013.2	TUBERCULOMA CEREBRAL
013.20	TUBERCULOMA CEREBRAL-NEOM
013.21	TUBERCULOMA CEREBRAL-NO EXAMEN
013.22	TUBERCULOMA CEREBRAL-EXAMEN
013.23	TUBERCULOMA CEREBRAL-DGCO.POR MICROSCOPIA
013.24	TUBERCULOMA CEREBRAL-DGCO.POR CULTIVO
013.25	TUBERCULOMA CEREBRAL-DGCO.POR HISTOLOGIA
013.26	TUBERCULOMA CEREBRAL-DGCO.POR OTROS TESTS
013.3	ABSCESO TBC CEREBRAL
013.30	ABSCESO TBC CEREBRAL-NEOM
013.31	ABSCESO TBC CEREBRAL-NO EXAMEN
013.32	ABSCESO TBC CEREBRAL-EXAMEN

Anexo I. Códigos estudiados referidos a enfermedades infecciosas

COD.	TITULO
013.33	ABSCESO TBC CEREBRAL-DGCO.POR MICROSCOPIA
013.34	ABSCESO TBC CEREBRAL-DGCO.POR CULTIVO
013.35	ABSCESO TBC CEREBRAL-DGCO.POR HISTOLOGIA
013.36	ABSCESO TBC CEREBRAL-DGCO.POR OTROS TESTS
013.4	TUBERCULOMA MEDULA ESPINAL
013.40	TUBERCULOMA MEDULA ESPINAL-NEOM
013.41	TUBERCULOMA MEDULA ESPINAL-NO EXAMEN
013.42	TUBERCULOMA MEDULA ESPINAL-EXAMEN
013.43	TUBERCULOMA MEDULA ESPINAL-DGCO.POR MICROSCOP
013.44	TUBERCULOMA MEDULA ESPINAL-DGCO.POR CULTIVO
013.45	TUBERCULOMA MEDULA ESPINAL-DGCO.POR HISTOLOG.
013.46	TUBERCULOMA MEDULA ESPINAL-DGCO.OTROS TESTS
013.5	ABSCESO TBC MEDULA ESPINAL
013.50	ABSCESO TBC MEDULA ESPINAL-NEOM
013.51	ABSCESO TBC MEDULA ESPINAL-NO EXAMEN
013.52	ABSCESO TBC MEDULA ESPINAL-EXAMEN
013.53	ABSCESO TBC MEDULA ESPINAL-DGCO.POR MICROSCOP
013.54	ABSCESO TBC MEDULA ESPINAL-DGCO.POR CULTIVO
013.55	ABSCESO TBC MEDULA ESPINAL-DGCO.POR HISTOLOG.
013.56	ABSCESO TBC MEDULA ESPINAL-DGCO.OTROS TESTS
013.6	ENCEFALITIS/MIELITIS TBC
013.60	ENCEFALITIS/MIELITIS TBC-NEOM
013.61	ENCEFALITIS/MIELITIS TBC-NO EXAMEN
013.62	ENCEFALITIS/MIELITIS TBC-EXAMEN
013.63	ENCEFALITIS/MIELITIS TBC-DGCO.POR MICROSCOPIA
013.64	ENCEFALITIS/MIELITIS TBC-DGCO.POR CULTIVO
013.65	ENCEFALITIS/MIELITIS TBC-DGCO.POR HISTOLOGIA
013.66	ENCEFALITIS/MIELITIS TBC-DGCO.POR OTROS TESTS
013.8	OTRAS TBC DE SNC ESPECIFICADAS
013.80	OTRAS TBC DE SNC ESPECIFICADAS-NEOM
013.81	OTRAS TBC DE SNC ESPECIFICADAS-NO EXAMEN
013.82	OTRAS TBC DE SNC ESPECIFICADAS-EXAMEN

ANEXO I. CÓDIGOS ESTUDIADOS REFERIDOS A ENFERMEDADES INFECCIOSAS

Anexo I. Códigos estudiados referidos a enfermedades infecciosas

COD.	TITULO
013.83	OTRAS TBC DE SNC ESPECIFICADAS-DGCO.POR MICROSCOPIA
013.84	OTRAS TBC DE SNC ESPECIFICADAS-DGCO.POR CULTIVO
013.85	OTRAS TBC DE SNC ESPECIFICADAS-DGCO.POR HISTOLOGIA
013.86	OTRAS TBC DE SNC ESPECIFICADAS-DGCO.POR OTROS TESTS
013.9	TBC SNC, SIN ESPECIFICAR
013.90	TBC SNC NEOM-NEOM
013.91	TBC SNC NEOM-NO EXAMEN
013.92	TBC SNC NEOM-EXAMEN
013.93	TBC SNC NEOM-DGCO.POR MICROSCOPIA
013.94	TBC SNC NEOM-DGCO.POR CULTIVO
013.95	TBC SNC NEOM-DGCO.POR HISTOLOGIA
013.96	TBC SNC NEOM-DGCO.POR OTROS TESTS
014	TBC INTESTINO,PERITONEO Y G. MESENTERICAS
014.0	PERITONITIS TBC
014.00	PERITONITIS TBC-NEOM
014.01	PERITONITIS TBC-NO EXAMEN
014.02	PERITONITIS TBC-EXAMEN
014.03	PERITONITIS TBC-DGCO.POR MICROSCOPIA
014.04	PERITONITIS TBC-DGCO.POR CULTIVO
014.05	PERITONITIS TBC-DGCO.POR HISTOLOGIA
014.06	PERITONITIS TBC-DGCO.POR OTROS TESTS
014.8	OTRAS TBC INTESTINALES
014.80	OTRAS TBC INTESTINALES-NEOM
014.81	OTRAS TBC INTESTINALES-NO EXAMEN
014.82	OTRAS TBC INTESTINALES-EXAMEN
014.83	OTRAS TBC INTESTINALES-DGCO.POR MICROSCOPIA
014.84	OTRAS TBC INTESTINALES-DGCO.POR CULTIVO
014.85	OTRAS TBC INTESTINALES-DGCO.POR HISTOLOGIA
014.86	OTRAS TBC INTESTINALES-DGCO.POR OTROS TESTS
015	TBC OSEA Y ARTICULAR
015.0	TBC COLUMNA VERTEBRAL
015.00	TBC COLUMNA VERTEBRAL-NEOM

Anexo I. Códigos estudiados referidos a enfermedades infecciosas

COD.	TITULO
015.01	TBC COLUMNNA VERTEBRAL-NO EXAMEN
015.02	TBC COLUMNNA VERTEBRAL-EXAMEN
015.03	TBC COLUMNNA VERTEBRAL-DGCO.POR MICROSCOPIA
015.04	TBC COLUMNNA VERTEBRAL-DGCO.POR CULTIVO
015.05	TBC COLUMNNA VERTEBRAL-DGCO.POR HISTOLOGIA
015.06	TBC COLUMNNA VERTEBRAL-DGCO.POR OTROS TESTS
015.1	TBC CADERA
015.10	TBC CADERA-NEOM
015.11	TBC CADERA-NO EXAMEN
015.12	TBC CADERA-EXAMEN
015.13	TBC CADERA-DGCO.POR MICROSCOPIA
015.14	TBC CADERA-DGCO.POR CULTIVO
015.15	TBC CADERA-DGCO.POR HISTOLOGIA
015.16	TBC CADERA-DGCO.POR OTROS TESTS
015.2	TBC RODILLA
015.20	TBC RODILLA-NEOM
015.21	TBC RODILLA-NO EXAMEN
015.22	TBC RODILLA-EXAMEN
015.23	TBC RODILLA-DGCO.POR MICROSCOPIA
015.24	TBC RODILLA-DGCO.POR CULIVO
015.25	TBC RODILLA-DGCO.POR HISTOLOGIA
015.26	TBC RODILLA-DGCO.POR OTROS TESTS
015.5	TBC HUESOS EXTREMIDADES
015.50	TBC HUESOS EXTREMIDADES-NEOM
015.51	TBC HUESOS EXTREMIDADES-NO EXAMEN
015.52	TBC HUESOS EXTREMIDADES-EXAMEN
015.53	TBC HUESOS EXTREMIDADES-DGCO.POR MICROSCOPIA
015.54	TBC HUESOS EXTREMIDADES-DGCO.POR CULTIVO
015.55	TBC HUESOS EXTREMIDADES-DGCO.POR HISTOLOGIA
015.56	TBC HUESOS EXTREMIDADES-DGCO.POR OTROS TESTS
015.6	TBC MASTOIDES
015.60	TBC MASTOIDES-NEOM

ANEXO I. CÓDIGOS ESTUDIADOS REFERIDOS A ENFERMEDADES INFECCIOSAS

Anexo I. Códigos estudiados referidos a enfermedades infecciosas

COD.	TITULO
015.61	TBC MASTOIDES-NO EXAMEN
015.62	TBC MASTOIDES-EXAMEN
015.63	TBC MASTOIDES-DGCO.POR MICROSCOPIA
015.64	TBC MASTOIDES-DGCO.POR CULTIVO
015.65	TBC MASTOIDES-DGCO.POR HISTOLOGIA
015.66	TBC MASTOIDES-DGCO.POR OTROS TESTS
015.7	TBC OSEA ESPECIFICADA
015.70	TBC OSEA ESPECIFICADA-NEOM
015.71	TBC OSEA ESPECIFICADA-NO EXAMEN
015.72	TBC OSEA ESPECIFICADA-EXAMEN
015.73	TBC OSEA ESPECIFICADA-DGCO.POR MICROSCOPIA
015.74	TBC OSEA ESPECIFICADA-DGCO.POR CULTIVO
015.75	TBC OSEA ESPECIFICADA-DGCO.POR HISTOLOGIA
015.76	TBC OSEA ESPECIFICADA-DGCO.POR OTROS TESTS
015.8	TBC ARTICULAR ESPECIFICADA
015.80	TBC ARTICULAR ESPECIFICADA-NEOM
015.81	TBC ARTICULAR ESPECIFICADA-NO EXAMEN
015.82	TBC ARTICULAR ESPECIFICADA-EXAMEN
015.83	TBC ARTICULAR ESPECIFICADA-DGCO.POR MICROSCOPIA
015.84	TBC ARTICULAR ESPECIFICADA-DGCO.POR CULTIVO
015.85	TBC ARTICULAR ESPECIFICADA-DGCO.POR HISTOLOGIA
015.86	TBC ARTICULAR ESPECIFICADA-DGCO.POR OTROS TESTS
015.9	TBC OSEA ARTICULAR, SIN ESPECIFICAR
015.90	TBC OSEA ARTICULAR NEOM-NEOM
015.91	TBC OSEA ARTICULAR NEOM-NO EXAMEN
015.92	TBC OSEA ARTICULAR NEOM-EXAMEN
015.93	TBC OSEA ARTICULAR NEOM-DGCO.POR MICROSCOPIA
015.94	TBC OSEA ARTICULAR NEOM-DGCO.POR CULTIVO
015.95	TBC OSEA ARTICULAR NEOM-DGCO.POR HISTOLOGIA
015.96	TBC OSEA ARTICULAR NEOM-DGCO.POR OTROS TESTS
016	TBC GENITOURINARIA
016.0	TBC RENAL

Anexo I. Códigos estudiados referidos a enfermedades infecciosas

COD.	TITULO
016.00	TBC RENAL-NEOM
016.01	TBC RENAL-NO EXAMEN
016.02	TBC RENAL-EXAMEN
016.03	TBC RENAL-DGCO.POR MICROSCOPIA
016.04	TBC RENAL-DGCO.POR CULTIVO
016.05	TBC RENAL-DGCO.POR HISTOLOGIA
016.06	TBC RENAL-DGCO.POR OTROS TESTS
016.1	TBC VEJIGA
016.10	TBC VEJIGA-NEOM
016.11	TBC VEJIGA-NO EXAMEN
016.12	TBC VEJIGA-EXAMEN
016.13	TBC VEJIGA-DGCO.POR MICROSCOPIA
016.14	TBC VEJIGA-DGCO.POR CULTIVO
016.15	TBC VEJIGA-DGCO.POR HISTOLOGIA
016.16	TBC VEJIGA-DGCO.POR OTROS TESTS
016.2	TBC URETER
016.20	TBC URETER-NEOM
016.21	TBC URETER-NO EXAMEN
016.22	TBC URETER-EXAMEN
016.23	TBC URETER-DGCO.POR MICROSCOPIA
016.24	TBC URETER-DGCO.POR CULTIVO
016.25	TBC URETER-DGCO.POR HISTOLOGIA
016.26	TBC URETER-DGCO.POR OTROS TESTS
016.3	TBC OTROS ORGANOS URINARIOS
016.30	TBC OTROS ORGANOS URINARIOS NCOC-NEOM
016.31	TBC OTROS ORGANOS URINARIOS NCOC-NO EXAMEN
016.32	TBC OTROS ORGANOS URINARIOS NCOC-EXAMEN
016.33	TBC OTROS ORGANOS URINARIOS NCOC-DGCO.POR MICROSCOP
016.34	TBC OTROS ORGANOS URINARIOS NCOC-DGCO.POR CULTIVO
016.35	TBC OTROS ORGANOS URINARIOS NCOC-DGCO.POR HISTOLOG.
016.36	TBC OTROS ORGANOS URINARIOS NCOC-DGCO.OTROS TESTS
016.4	TBC EPIDIDIMO

ANEXO I. CÓDIGOS ESTUDIADOS REFERIDOS A ENFERMEDADES INFECCIOSAS

Anexo I. Códigos estudiados referidos a enfermedades infecciosas

COD.	TITULO
016.40	TBC EPIDIDIMO-NEOM
016.41	TBC EPIDIDIMO-NO EXAMEN
016.42	TBC EPIDIDIMO-EXAMEN
016.43	TBC EPIDIDIMO-DGCO.POR MICROSCOPIA
016.44	TBC EPIDIDIMO-DGCO.POR CULTIVO
016.45	TBC EPIDIDIMO-DGCO.POR HISTOLOGIA
016.46	TBC EPIDIDIMO-DGCO.POR OTROS TESTS
016.5	TBC OTROS ORGANOS GENITALES MASCULINOS
016.50	TBC OTROS ORGANOS GENITALES MASCULINOS-NEOM
016.51	TBC OTROS ORGANOS GENITALES MASCULINOS-NO EXAMEN
016.52	TBC OTROS ORGANOS GENITALES MASCULINOS-EXAMEN
016.53	TBC OTROS ORGANOS GENITALES MASCULINOS-DGCO.POR MICROSCOPIA
016.54	TBC OTROS ORGANOS GENITALES MASCULINOS-DGCO.POR CULTIVO
016.55	TBC OTROS ORGANOS GENITALES MASCULINOS-DGCO.POR HISTOLOGIA
016.56	TBC OTROS ORGANOS GENITALES MASCULINOS-DGCO.OTROS TESTS
016.6	TBC OVARIO Y TROMPAS
016.60	TBC OVARIO Y TROMPAS-NEOM
016.61	TBC OVARIO Y TROMPAS-NO EXAMEN
016.62	TBC OVARIO Y TROMPAS-EXAMEN
016.63	TBC OVARIO Y TROMPAS-DGCO.POR MICROSCOPIA
016.64	TBC OVARIO Y TROMPAS-DGCO.POR CULTIVO
016.65	TBC OVARIO Y TROMPAS-DGCO.POR HISTOLOGIA
016.66	TBC OVARIO Y TROMPAS-DGCO.POR OTROS TESTS
016.7	TBC OTROS ORGANOS GENITALES FEMENINOS
016.70	TBC OTROS ORGANOS GENITALES FEMENINOS-NEOM
016.71	TBC OTROS ORGANOS GENITALES FEMENINOS-NO EXAMEN
016.72	TBC OTROS ORGANOS GENITALES FEMENINOS-EXAMEN
016.73	TBC OTROS ORGANOS GENITALES FEMENINOS-DGCO.POR MICROSC
016.74	TBC OTROS ORGANOS GENITALES FEMENINOS-DGCO.POR CULTIVO
016.75	TBC OTROS ORGANOS GENITALES FEMENINOS-DGCO.POR HISTOLO
016.76	TBC OTROS ORGANOS GENITALES FEMENINOS-DGCO.OTROS TESTS
016.9	TBC GENITOURINARIA, SIN ESPECIFICAR

Anexo I. Códigos estudiados referidos a enfermedades infecciosas

COD.	TITULO
016.90	TBC GENITOURINARIA NEOM-NEOM
016.91	TBC GENITOURINARIA NEOM-NO EXAMEN
016.92	TBC GENITOURINARIA NEOM-EXAMEN
016.93	TBC GENITOURINARIA NEOM-DGCO.POR MICROSCOPIA
016.94	TBC GENITOURINARI NEOM-DGCO.POR CULTIVO
016.95	TBC GENITOURINARIA NEOM-DGCO.POR HISTOLOGIA
016.96	TBC GENITOURINARIA NEOM-DGCO.POR OTROS TESTS
017	TBC OTROS ORGANOS
017.0	TBC PIEL Y TEJ.CEL.SUBCT.
017.00	TBC PIEL Y TEJ.CEL.SUBCT-NEOM
017.01	TBC PIEL Y TEJ.CEL.SUBCT-NO EXAMEN
017.02	TBC PIEL Y TEJ.CEL.SUBCT-EXAMEN
017.03	TBC PIEL Y TEJ.CEL.SUBCT-DGCO.POR MICROSCOPIA
017.04	TBC PIEL Y TEJ.CEL.SUBCT-DGCO.POR CULTIVO
017.05	TBC PIEL Y TEJ.CEL.SUBCT-DGCO.POR HISTOLOGIA
017.06	TBC PIEL Y TEJ.CEL.SUBCT-DGCO.POR OTROS TESTS
017.1	ERITEMA NUDOSO REACC. HIPERSENSI. TBC
017.10	ERITEMA NUDOSO REACC. HIPERSENSI. TBC-NEOM
017.11	ERITEMA NUDOSO REACC. HIPERSENSI. TBC-NO EXAMEN
017.12	ERITEMA NUDOSO REACC. HIPERSENSI. TBC-EXAMEN
017.13	ERITEMA NUDOSO REACC. HIPERSENSI. TBC-DGCO.POR MICROSCOPIA
017.14	ERITEMA NUDOSO REACC. HIPERSENSI. TBC-DGCO.POR CULTIVO
017.15	ERITEMA NUDOSO REACC. HIPERSENSI. TBC-DGCO.POR HISTOLOGIA
017.16	ERITEMA NUDOSO REACC. HIPERSENSI. TBC-DGCO.POR OTROS TESTS
017.2	TBC NODULOS LINFATICOS PERIFERICOS
017.20	TBC GGL.LINF.PERIFERICOS-NEOM
017.21	TBC GGL.LINF.PERIFERICOS-NO EXAMEN
017.22	TBC GGL.LINF.PERIFERICOS-EXAMEN
017.23	TBC GGL.LINF.PERIFERICOS-DGCO.POR MICROSCOPIA
017.24	TBC GGL.LINF.PERIFERICOS-DGCO.POR CULTIVO
017.25	TBC GGL.LINF.PERIFERICOS-DGCO.POR HISTOLOGIA
017.26	TBC.GGL.LINF.PERIFERICOS-DGCO.POR OTROS TESTS

ANEXO I. CÓDIGOS ESTUDIADOS REFERIDOS A ENFERMEDADES INFECCIOSAS

Anexo I. Códigos estudiados referidos a enfermedades infecciosas

COD.	TITULO
017.3	TBC OCULAR
017.30	TBC OCULAR-NEOM
017.31	TBC OCULAR-NO EXAMEN
017.32	TBC OCULAR-EXAMEN
017.33	TBC OCULAR-DGCO.POR MICROSCOPIA
017.34	TBC OCULAR-DGCO.POR CULTIVO
017.35	TBC OCULAR-DGCO.POR HISTOLOGIA
017.36	TBC OCULAR-DGCO.POR OTROS TESTS
017.4	TBC OIDO
017.40	TBC OIDO-NEOM
017.41	TBC OIDO-NO EXAMEN
017.42	TBC OIDO-EXAMEN
017.43	TBC OIDO-DGCO.POR MICROSCOPIA
017.44	TBC OIDO-DGCO.POR CULTIVO
017.45	TBC OIDO-DGCO.POR HISTOLOGIA
017.46	TBC OIDO-DGCO.POR OTROS TESTS
017.5	TBC TIROIDES
017.50	TBC TIROIDES-NEOM
017.51	TBC TIROIDES-NO EXAMEN
017.52	TBC TIROIDES-EXAMEN
017.53	TBC TIROIDES-DGCO.POR MICROSCOPIA
017.54	TBC TIROIDES-DGCO.POR CULTIVO
017.55	TBC TIROIDES-DGCO.POR HISTOLOGIA
017.56	TBC TIROIDES-DGCO.POR OTROS TESTS
017.6	TBC SUPRARRENAL
017.60	TBC SUPRARRENAL-NEOM
017.61	TBC SUPRARRENAL-NO EXAMEN
017.62	TBC SUPRARRENAL-EXAMEN
017.63	TBC SUPRARRENAL-DGCO.POR MICROSCOPIA
017.64	TBC SUPRARRENAL-DGCO.POR CULTIVO
017.65	TBC SUPRARRENAL-DGCO.POR HISTOLOGIA
017.66	TBC SUPRARRENAL-DGCO.POR OTROS TESTS

Anexo I. Códigos estudiados referidos a enfermedades infecciosas

COD.	TITULO
017.7	TBC BAZO
017.70	TBC ESPLENICA-NEOM
017.71	TBC ESPLENICA-NO EXAMEN
017.72	TBC ESPLENICA-EXAMEN
017.73	TBC ESPLENICA-DGCO.POR MICROSCOPIA
017.74	TBC ESPLENICA-DGCO.POR CULTIVO
017.75	TBC ESPLENICA-DGCO.POR HISTOLOGIA
017.76	TBC ESPLENICA-DGCO.POR OTROS TESTS
017.8	TBC ESOFAGICA
017.80	TBC ESOFAGICA-NEOM
017.81	TBC ESOFAGICA-NO EXAMEN
017.82	TBC ESOFAGICA-EXAMEN
017.83	TBC ESOFAGICA-DGCO.POR MICROSCOPIA
017.84	TBC ESOFAGICA-DGCO.POR CULTIVO
017.85	TBC ESOFAGICA-DGCO.POR HISTOLOGIA
017.86	TBC ESOFAGICA-DGCO.POR OTROS TESTS
017.9	TBC DE OTROS ORGANOS ESPECIFICADOS
017.90	TBC DE OTROS ORGANOS ESPECIFICADOS
017.91	TBC DE OTROS ORGANOS ESPECIFICADOS-NO EXAMEN
017.92	TBC DE OTROS ORGANOS ESPECIFICADOS-EXAMEN
017.93	TBC DE OTROS ORGANOS ESPECIFICADOS-DGCO.POR MICROSCOPIA
017.94	TBC DE OTROS ORGANOS ESPECIFICADOS-DGCO.POR CULTIVO
017.95	TBC DE OTROS ORGANOS ESPECIFICADOS-DGCO.POR HISTOLOGIA
017.96	TBC DE OTROS ORGANOS ESPECIFICADOS-DGCO.POR OTROS TESTS
018	TBC MILIARIA
018.0	TBC MILIARIA AGUDA
018.00	TBC MILIAR AGUDA-NEOM
018.01	TBC MILIAR AGUDA-NO EXAMEN
018.02	TBC MILIAR AGUDA-EXAMEN
018.03	TBC MILIAR AGUDA-DGCO.POR MICROSCOPIA
018.04	TBC MILIAR AGUDA-DGCO.POR CULTIVO
018.05	TBC MILIAR AGUDA-DGCO POR HISTOLOGIA

ANEXO I. CÓDIGOS ESTUDIADOS REFERIDOS A ENFERMEDADES INFECCIOSAS

Anexo I. Códigos estudiados referidos a enfermedades infecciosas

COD.	TITULO
018.06	TBC MILIAR AGUDA-DGCO.POR OTROS TESTS
018.8	OTRAS TBC MILIARIAS ESPECIFICADAS
018.80	OTRAS TBC MILIARES ESPECIFICADAS-NEOM
018.81	OTRAS TBC MILIARES ESPECIFICADAS-NO EXAMEN
018.82	OTRAS TBC MILIARES ESPECIFICADAS-EXAMEN
018.83	OTRAS TBC MILIARES ESPECIFICADAS-DGCO.POR MICROSCOPIA
018.84	OTRAS TBC MILIARES ESPECIFICADAS-DGCO.POR CULTIVO
018.85	OTRAS TBC MILIARES ESPECIFICADAS-DGCO.POR HISTOLOGIA
018.86	OTRAS TBC MILIARES ESPECIFICADAS-DGCO.POR OTROS TESTS
018.9	TBC MILIARIA SIN ESPECIFICAR
018.90	TBC MILIAR NEOM-NEOM
018.91	TBC MILIAR NEOM-NO EXAMEN
018.92	TBC MILIAR NEOM-EXAMEN
018.93	TBC MILIAR NEOM-DGCO.POR MICROSCOPIA
018.94	TBC MILIAR NEOM-DGCO.POR CULTIVO
018.95	TBC MILIAR NEOM-DGCO.POR HISTOLOGIA
018.96	TBC MILIAR NEOM-DGCO.POR OTROS TESTS
020-041	ENFERMEDADES BACTERIANAS
020-027	ENFERMEDADES BACTERIANAS ZOONOTICAS
020	PESTE
020.0	PESTE BUBONICA
020.1	PESTE CELULOCUTANEA
020.2	PESTE SEPTICEMICA
020.3	PESTE NEUMONICA PRIMARIA
020.4	PESTE NEUMONICA SECUNDARIA
020.5	PESTE NEUMONICA SIN ESPECIFICAR
020.8	OTROS TIPOS DE PESTE ESPECIFICADOS
020.9	PESTE SIN ESPECIFICAR
021	TULAREMIA
021.0	TULAREMIA ULCEROGLANDULAR
021.1	TULAREMIA ENTERICA
021.2	TULAREMIA PULMONAR

Anexo I. Códigos estudiados referidos a enfermedades infecciosas

COD.	TITULO
021.3	TULAREMIA OCULOGLANDULAR
021.8	OTRAS TULAREMIAS ESPECIFICADAS
021.9	TULAREMIA - SIN ESPECIFICAR
022	ANTRAX
022.0	ANTRAX CUTANEO
022.1	ANTRAX PULMONAR
022.2	ANTRAX GASTROINTESTINAL
022.3	SEPTICEMIA POR ANTRAX
022.8	OTRAS MANIFESTACIONES ESPECIFICAS DE ANTRAX
022.9	ANTRAX SIN ESPECIFICAR
023	BRUCELOSIS
023.0	BRUCELLA MELLITENSIS
023.1	BRUCELLA ABORTUS
023.2	BRUCELLA SUIS
023.3	BRUCELLA CANIS
023.8	OTRAS BRUCELOSIS
023.9	BRUCELOSIS - SIN ESPECIFICAR
024	MUERMO
025	MELIOIDOSIS
026	FIEBRE POR MORDEDURA RATA
026.0	FIEBRE ESPIRILAR
026.1	FIEBRE ESTREPTOBACILAR
026.9	FIEBRE POR MORDEDURA RATA SIN ESPECIFICAR
027	OTRAS ZONOSIS BACTERIANAS
027.0	LISTERIOSIS
027.1	INFECCIONES POR ERISPELOTHRIX
027.2	INF. POR PASTEURELLA MULTOCIDA (P. séptica)
027.8	OTRAS ZONOSIS BACTERIANAS ESPECIFICADAS
027.9	OTRAS ZONOSIS BACTERIANAS NEOM
030-041	OTRAS ENFERMEDADES BACTERIANAS
030	LEPRA
030.0	LEPRA LEPROMATOSA (tipo L)

ANEXO I. CÓDIGOS ESTUDIADOS REFERIDOS A ENFERMEDADES INFECCIOSAS

Anexo I. Códigos estudiados referidos a enfermedades infecciosas

COD.	TITULO
030.1	LEPRA TUBERCULOIDE (tipo T)
030.2	LEPRA INDETERMINADA (tipo I)
030.3	LEPRA DUDOSA (tipo B)
030.8	OTRAS LEPRAS ESPECIFICADAS
030.9	LEPRA SIN ESPECIFICAR
031	OTRAS ENFERMEDADES MICOBACTERIANAS
031.0	ENFERMEDAD MICOBACTERIANA PULMONAR
031.1	ENFERMEDAD MICOBACTERIANA CUTANEA
031.2	ENFERMEDAD DISEMINADA DEBIDA A MICOBACTERIA
031.8	OTRAS ENFERMEDADES MICOBACTERIANAS ESPECIFICADAS
031.9	ENFERMEDAD MICOBACTERIANA SIN ESPECIFICAR
032	DIFTERIA
032.0	DIFTERIA FAUCIAL
032.1	DIFTERIA NASOFARINGEA
032.2	DIFTERIA NASAL ANTERIOR
032.3	DIFTERIA LARINGEA
032.8	OTRAS DIFTERIAS ESPECIFICADAS
032.81	DIFTERIA CONJUNTIVAL
032.82	MIOCARDITIS DIFTERICA
032.83	PERITONITIS DIFTERICA
032.84	CISTITIS DIFTERICA
032.85	DIFTERIA CUTANEA
032.89	OTRAS DIFTERIAS
032.9	DIFTERIA SIN ESPECIFICAR
033	TOSFERINA
033.0	BORDETELLA PERTUSSIS
033.1	BORDETELLA PARAPERTUSIS
033.8	TOSFERINA POR OTRO ORGANISMO ESPECIFICADO
033.9	TOSFERINA POR ORGANISMO NO ESPECIFICADO
034	ANGINA ESTREPTOCOCICA Y FIEBRE ESCARLATINA
034.0	ANGINA ESTREPTOCOCICA
034.1	FIEBRE ESCARLATINA

Anexo I. Códigos estudiados referidos a enfermedades infecciosas

COD.	TITULO
035	ERISPELA
036	INFECCION MENINGOCOCICA
036.0	MENINGITIS MENINGOCOCICA
036.1	ENCEFALITIS MENINGOCOCICA
036.2	MENINGOCOCEMIA
036.3	SINDROME DE WATERHOUSE-FRIDERICHSEN, MENINGOCOCICO
036.4	CARDITIS MENINGOCOCICA
036.40	CARDITIS MENINGOCOCICA SIN ESPECIFICAR
036.41	PERICARDITIS MENINGOCOCICA
036.42	ENDOCARDITIS MENINGOCOCICA
036.43	MIOCARDITIS MENINGOCOCICA
036.8	OTRAS INFECCIONES MENINGOCOCICAS ESPECIFICADAS
036.81	NEURITIS OPTICA MENINGOCOCICA
036.82	ARTROPATIA MENINGOCOCICA
036.89	OTRAS INFECCIONES MENINGOCOCICAS
036.9	INFECCION MENINGOCOCICA SIN ESPECIFICAR
037	TETANOS
038	SEPTICEMIA
038.0	SEPTICEMIA ESTREPTOCOCICA
038.1	SEPTICEMIA ESTAFILOCOCCICA
038.10	SEPTICEMIA POR ESTAFILOCOCCOS, SIN ESPECIFICAR
038.11	SEPTICEMIA POR ESTAFILOCOCCO AUREUS
038.19	OTRAS SEPTICEMIAS POR ESTAFILOCOCCOS
038.2	SEPTICEMIA PNEUMOCOCICA
038.3	SEPTICEMIA POR ANAEROBIOS
038.4	SEPTICEMIA POR OTROS ORGANISMOS GRAM NEGATIVOS
038.40	SEPTICEMIA GRAM NEGATIVOS SIN ESPECIFICAR
038.41	SEPTICEMIA POR HAEMOPHILUS INFLUENZAE
038.42	SEPTICEMIA POR ESCHERICHIA COLI
038.43	SEPTICEMIA POR PSEUDOMONAS
038.44	SEPTICEMIA POR SERRATIA
038.49	OTRAS SEPTICEMIAS POR GRAM NEGATIVOS

ANEXO I. CÓDIGOS ESTUDIADOS REFERIDOS A ENFERMEDADES INFECCIOSAS

Anexo I. Códigos estudiados referidos a enfermedades infecciosas

COD.	TITULO
038.8	OTRAS SEPTICEMIAS ESPECIFICADAS
038.9	SEPTICEMIA SIN ESPECIFICAR
039	ACTINOMICOSIS
039.0	ACTINOMICOSIS CUTANEA
039.1	ACTINOMICOSIS PULMONAR
039.2	ACTINOMICOSIS ABDOMINAL
039.3	ACTINOMICOSIS CERVICOFACIAL
039.4	PIE DE MADURA
039.8	ACTINOMICOSIS DE OTROS SITIOS ESPECIFICADOS
039.9	ACTINOMICOSIS DE SITIO NO ESPECIFICADO
040	OTRAS ENFERMEDADES BACTERIANAS
040.0	GANGRENA GASEOSA
040.1	RINOSCLEROMA
040.2	ENFERMEDAD WHIPPLE
040.3	NECROBACILOSIS
040.8	OTRAS ENFERMEDADES BACTERIANAS ESPECIFICADAS
040.81	PIOMIOSITIS TROPICAL
040.82	SINDROME DE CHOQUE TOXICO
040.89	OTRAS ENFERMEDADES BACTERIANAS
041	INFECCIÓN BACTERIANA EN ENF CLASIFICADA EN OTRO CONCEPTO SITIO NO ESPECIFICADO
041.0	INFECCIÓN POR ESTREPTOCOCO
041.00	ESTREPTOCOCO INESPECIFICO
041.01	ESTREPTOCOCO GRUPO A
041.02	ESTREPTOCOCO GRUPO B
041.03	ESTREPTOCOCO GRUPO C
041.04	ESTREPTOCOCO GRUPO D (Enterococcus)
041.05	ESTREPTOCOCO GRUPO G
041.09	OTROS ESTREPTOCOCOS
041.1	INFECCION POR ESTAFILOCOCO
041.10	ESTAFILOCOCO INESPECIFICO
041.11	ESTAFILOCOCO AUREUS

Anexo I. Códigos estudiados referidos a enfermedades infecciosas

COD.	TITULO
041.19	OTROS ESTAFILOCOCOS
041.2	INFECCION POR PNEUMOCOCCO
041.3	BACILO DE FRIEDLANDER
041.4	INFECCION POR ESCHERICHIA COLI
041.5	INFECCION POR HAEMOPHILUS INFLUENZAE
041.6	INFECCION POR PROTEUS (MIRABILIS) (MORGANII)
041.7	INFECCION POR PSEUDOMONAS
041.8	OTRAS INFECCIONES BACTERIANAS ESPECIFICADAS
041.81	MICOPLASMA
041.82	BACILLUS FRAGILIS
041.83	CLOSTRIDIUM PERFRINGENS
041.84	OTROS ANAEROBIOS
041.85	OTROS ORGANISMOS GRAM-NEGATIVOS
041.86	HELICOBACTER PYLORI (H. PYLORI)
041.89	OTRAS BACTERIAS ESPECIFICADAS
041.9	INFECCION BACTERIANA SIN ESPECIFICAR
042	INFECCIÓN DEL VIRUS DE LA INMUNODEFICIENCIA HUMANA (VIH)
042	ENFERMEDAD POR VIRUS DE INMUNODEFICIENCIA HUMANA [VIH]
045-088	ENFERMEDADES POR VIRUS, CLAMIDIAS Y RICKETTSIAS
045-049	POLIOMELITIS Y OTRAS ENFERMEDADES VIRALES DEL SISTEMA NERVIOSO CENTRAL NO TRANSMITIDAS POR ARTRÓPODOS
045	POLIOMIELITIS AGUDA
045.0	POLIOMIELITIS PARALITICA AGUDA BULBAR
045.00	POLIOMIELITIS PARALITICA AGUDA BULBAR-TIPO NO ESPECIF.
045.01	POLIOMIELITIS PARALITICA AGUDA BULBAR-TIPO 1
045.02	POLIOMIELITIS PARALITICA AGUDA BULBAR-TIPO 2
045.03	POLIOMIELITIS PARALITICA AGUDA BULBAR-TIPO 3
045.1	POLIOMIELITIS AGUDA CON OTRO TIPO DE PARALISIS
045.10	POLIOMIELITIS AGUDA CON OTRO TIPO DE PARALISIS-TIPO NO ESPCF
045.11	POLIOMIELITIS AGUDA OTRO TIPO DE PARALISIS POLIOVIRUS TIPO I
045.12	POLIOMIELITIS AGUDA OTRO TIPO PARALISIS POLIOVIRUS TIPO II
045.13	POLIOMIELITIS AGUDA OTRO TIPO PARALISIS POLIOVIRUS TIPO III

ANEXO I. CÓDIGOS ESTUDIADOS REFERIDOS A ENFERMEDADES INFECCIOSAS

Anexo I. Códigos estudiados referidos a enfermedades infecciosas

COD.	TITULO
045.2	POLIOMIELITIS AGUDA NO PARALITICA
045.20	POLIOMIELITIS AGUDA NO PARALITICA POLIOVIRUS TIPO NO ESPECIF
045.21	POLIOMIELITIS AGUDA NO PARALITICA POLIOVIRUS TIPO I
045.22	POLIOMIELITIS AGUDA NO PARALITICA POLIOVIRUS TIPO II
045.23	POLIOMIELITIS AGUDA NO PARALITICA POLIOVIRUS TIPO III
045.9	POLIOMIELITIS AGUDA SIN ESPECIFICAR
045.90	POLIOMIELITIS AGUDA NO ESPECIFICADA POLIOVIRUS TIPO NO ESPEC
045.91	POLIOMIELITIS AGUDA NO ESPECIFICADA POLIOVIRUS TIPO I
045.92	POLIOMIELITIS AGUDA NO ESPECIFICADA POLIOVIRUS TIPO II
045.93	POLIOMIELITIS AGUDA NO ESPECIFICADA POLIOVIRUS TIPO III
046	INFECCION SNC VIRUS LENTO
046.0	KURU
046.1	ENFERMEDAD JAKOB-CREUTZFELDT
046.2	PANENCEFALITIS ESCLEROSANTE SUBAGUDA
046.3	LEUCOENCEFALOPATIA MULTIFOCAL PROGRESIVA
046.8	INFECCION SNC VIRUS LENTO ESPECIFICADO
046.9	INFECCION SNC VIRUS LENTO SIN ESPECIFICAR
047	MENINGITIS ENTEROVIRICA
047.0	MENINGITIS VIRUS COXSACKIE
047.1	MENINGITIS VIRUS ECHO
047.8	OTRA MENINGITIS VIRICA ESPECIFICADA
047.9	MENINGITIS VIRICA SIN ESPECIFICAR
048	OTRAS ENFERMEDADES ENTEROVIRICAS DEL SNC
049	ENFERMEDADES VIRALES DEL SNC NO PORTADAS POR ARTROPODOS
049.0	CORIOMENINGITIS LINFOCITICA
049.1	MENINGITIS POR ADENOVIRUS
049.8	ENCEFALITIS VIRICA ESPECIFICADAS NO PORTADAS POR ANTROPODOS
049.9	ENCEFALITIS VIRICA SIN ESPECIF. NO PORTADAS POR ARTROPODOS
050-057	ENFERMEDADES VIRALES ACOMPAÑADAS DE EXANTEMA
050	VIRUELA
050.0	VIRUELA MAJOR
050.1	ALASTRIM

Anexo I. Códigos estudiados referidos a enfermedades infecciosas

COD.	TITULO
050.2	VIRUELA MODIFICADA
050.9	VIRUELA - SIN ESPECIFICAR
051	VACUNA Y PARAVACCINIA
051.0	VIRUELA NO DEBIDA A VACUNA
051.1	PSEUDOVACUNA
051.2	DERMATITIS PUSTULAR CONTAGIOSA
051.9	PARAVACCINIA SIN ESPECIFICAR
052	VARICELA
052.0	ENCEFALITIS POSTVARICELLA
052.1	NEUMONITIS (HEMORRAGICA) DE VARICELA
052.7	VARICELA CON OTRAS COMPLICACIONES ESPECIFICADAS
052.8	VARICELA CON OTRAS COMPLICACIONES SIN ESPECIFICAR
052.9	VARICELA NO COMPLICADA
053	HERPES ZOSTER
053.0	HERPES ZOSTER CON MENINGITIS
053.1	HERPES ZOSTER CON OTRAS COMPL. DEL SNC
053.10	HERPES ZOSTER CON COMPL. SNC SIN ESPECIFICAR
053.11	HERPES ZOSTER GENICULADO
053.12	NEURALGIA TRIGEMINO POSTHERPETICA
053.13	POLINEUROPATIA POSTHERPETICA
053.19	OTRAS COMPLICACIONES DEL SISTEMA NERVIOSO CENTRAL
053.2	HERPES ZOSTER OCULAR
053.20	DERMATITIS HERPES ZOSTER PARPEBRAL
053.21	QUERATOCONJUNTIVITIS POR HERPES ZOSTER
053.22	IRIDOCICLITIS POR HERPES ZOSTER
053.29	HERPES ZOSTER CON OTRAS COMPLICACIONES OCULARES
053.7	COMPLICACIONES HERPES ZOSTER ESPECIFICAS
053.71	OTITIS EXTERNA POR HERPES ZOSTER
053.79	COMPLICACION HERPES ZOSTER ESPECIFICAS
053.8	COMPLICACION HERPES ZOSTER SIN ESPECIFICAR
053.9	HERPES ZOSTER SIN COMPLICACION
054	HERPES SIMPLE

ANEXO I. CÓDIGOS ESTUDIADOS REFERIDOS A ENFERMEDADES INFECCIOSAS

Anexo I. Códigos estudiados referidos a enfermedades infecciosas

COD.	TITULO
054.0	ECZEMA HERPETICO
054.1	HERPES GENITAL
054.10	HERPES GENITAL SIN ESPECIFICAR
054.11	VULVOVAGINITIS HERPETICA
054.12	ULCERACION HERPETICA DE VULVA
054.13	INFECCION HERPETICA DE PENE
054.19	OTROS HERPES GENITAL
054.2	GINGIVOSTOMATITIS HERPETICA
054.3	MENINGOENCEFALITIS HERPETICA
054.4	HERPES SIMPLE CON COMPLICACIONES OCULARES
054.40	H.SIMPLE CON COMPLICACION OCULAR SIN ESPECIFICAR
054.41	DERMATITIS HERPES SIMPLE PARPEBRAL
054.42	QUERATITIS DENDRITICA
054.43	QUERATITIS DISCIFORME HERPES SIMPLE
054.44	IRIDOCICLITIS HERPES SIMPLE
054.49	OTRAS COMPLICACIONES HERPES SIMPLE OCULAR
054.5	SEPTICEMIA HERPETICA
054.6	PANADIZO HERPETICO
054.7	HERPES SIMPLEX CON COMPLICACIONES ESPECIFICAS
054.71	HERPES SIMPLEX VISCERAL
054.72	MENINGITIS HERPES SIMPLEX
054.73	OTITIS EXTERNA HERPES SIMPLEX
054.79	OTRAS COMPLICACIONES ESPECIFICADAS DEL HERPES SIMPLE
054.8	HERPES SIMPLEX COMPLICACIONES SIN ESPECIFICAR
054.9	HERPES SIMPLEX SIN MENCION DE COMPLICACION
055	SARAMPION
055.0	ENCEFALITIS POST-SARAMPION
055.1	NEUMONIA POST-SARAMPION
055.2	OTITIS MEDIA POST-SARAMPION
055.7	SARAMPION CON COMPLICACIONES ESPECIFICADAS
055.71	QUERATOCONJUNTIVITIS POR SARAMPION
055.79	OTRAS COMPLICACIONES DEL SARAMPION

Anexo I. Códigos estudiados referidos a enfermedades infecciosas

COD.	TITULO
055.8	SARAMPION CON COMPLICACION SIN ESPECIFICAR
055.9	SARAMPION SIN MENCION DE COMPLICACION
056	RUBEOLA
056.0	RUBEOLA CON COMPLICACIONES NEUROLOGICAS
056.00	RUBEOLA CON COMPL. NEUROLOGICA SIN ESPECIFICAR
056.01	ENCEFALOMIELITIS POR RUBEOLA
056.09	RUBEOLA CON OTRAS COMPL. NEUROLOGICA
056.7	RUBEOLA CON OTRAS COMPLICACIONES ESPECIFICADAS
056.71	ARTRITIS DEBIDA A RUBEOLA
056.79	OTRAS COMPLICACION DE LA RUBEOLA
056.8	COMPLICACION RUBEOLA SIN ESPECIFICAR
056.9	RUBEOLA SIN MENCION DE COMPLICACION
057	OTROS EXANTEMAS VIRALES
057.0	ERITEMA INFECCIOSO (QUINTA ENFERMEDAD)
057.8	OTROS EXANTEMAS VIRALES ESPECIFICADOS
057.9	EXANTEMA VIRAL SIN ESPECIFICAR
060-066	ENFERMEDADES VIRALES PORTADAS POR ARTRÓPODOS
060	FIEBRE AMARILLA
060.0	FIEBRE AMARILLA SELVATICA
060.1	FIEBRE AMARILLA URBANA
060.9	FIEBRE AMARILLA SIN ESPECIFICAR
061	DENGUE
062	ENCEFALITIS VIRAL PORTADA POR MOSQUITO
062.0	ENCEFALITIS JAPONESA
062.1	ENCEFALITIS EQUINA OCCIDENTAL
062.2	ENCEFALITIS EQUINA ORIENTAL
062.3	ENCEFALITIS ST. LOUIS
062.4	ENCEFALITIS AUSTRALIANA
062.5	ENCEFALITIS VIRAL DE CALIFORNIA
062.8	ENCEFALITIS VIRAL ESPECIFICADAS PORTADA POR MOSQUITOS
062.9	ENCEFALITIS VIRAL PORTADA POR MOSQUITOS-SIN ESPECIFICAR
063	ENCEFALITIS VIRAL PORTADA POR GARRAPATA

ANEXO I. CÓDIGOS ESTUDIADOS REFERIDOS A ENFERMEDADES INFECCIOSAS

Anexo I. Códigos estudiados referidos a enfermedades infecciosas

COD.	TITULO
063.0	ENCEFALITIS RUSA PRIMAVERA-VERANO (TAIGA)
063.1	ENCEFALITIS VIRAL OVINA
063.2	ENCEFALITIS DE EUROPA CENTRAL
063.8	OTRAS ENCEFALITIS VIRAL PORTADA POR GARRAPATA
063.9	ENCEFALITIS VIRAL PORTADA POR GARRAPATA-SIN ESPECIFICAR
064	ENCEF.VIRAL PORTADA POR OTROS ARTROPODOS SIN ESPECIFICAR
065	FIEBRE HEMORRAGICA PORTADA POR ARTROPODOS
065.0	FIEBRE HEMORRAGICA DE CRIMEA (Virus CHF del Congo)
065.1	FIEBRE HEMORRAGICA DE OMSK
065.2	ENFERMEDAD DEL BOSQUE DE KYASANUR
065.3	OTRAS FIEBRES HEMORRAGICAS PORTADAS POR GARRAPATAS
065.4	FIEBRE HEMORRAGICA PORTADA POR MOSQUITO
065.8	OTRAS FIEBRE HEMORRAGICAS ESPECIFICADA PORTADA POR ARTROPODO
065.9	FIEBRE HEMORRAGICA PORTADA POR ARTROPODO, SIN ESPECIFICAR
066	OTRAS ENFERMEDADES VIRALES PORTADAS POR ARTROPODOS
066.0	FIEBRE FLEBOTOMA
066.1	FIEBRE PORTADA POR GARRAPATA
066.2	FIEBRE EQUINA DE VENEZUELA
066.3	OTRAS FIEBRES PORTADAS POR MOSQUITOS
066.4	FIEBRE DEL NILO OCCIDENTAL
066.8	OTRA ENFERMEDADES ESPECIFICADA VIRALES PORTADA POR ARTROPODO
066.9	ENFERMEDAD VIRAL PORTADA POR ARTROPODO-SIN ESPECIFICAR
070-079	OTRAS ENFERMEDADES DEBIDAS A VIRUS Y A CHLAMYDIAE
070	HEPATITIS VIRICA
070.0	HEPATITIS VIRAL A CON COMA HEPATICO
070.1	HEPATITIS VIRAL A SIN COMA HEPATICO
070.2	HEPATITIS VIRAL B CON COMA HEPATICO
070.20	HEPATITIS VIRAL B CON COMA HEPATICO AG. O INES. SIN H. DELTA
070.21	HEPATITIS VIRAL B CON COMA HEPATICO AG. O INES. CON H. DELTA
070.22	HEPATITIS VIRAL B CON COMA HEPATICO, CRONICA SIN H. DELTA
070.23	HEPATITIS VIRAL B CON COMA HEPATICO, CRONICA CON H. DELTA
070.3	HEPATITIS VIRAL B SIN COMA HEPATICO

Anexo I. Códigos estudiados referidos a enfermedades infecciosas

COD.	TITULO
070.30	HEPATITIS VIRAL B SIN COMA HEPATICO AG. O INES. SIN H. DELTA
070.31	HEPATITIS VIRAL B SIN COMA HEPATICO AG. O INES. CON H. DELTA
070.32	HEPATITIS VIRAL B SIN COMA HEPATICO, CRONICA SIN H. DELTA
070.33	HEPATITIS VIRAL B SIN COMA HEPATICO, CRONICA CON H. DELTA
070.4	OTRAS HEPATITIS VIRAL ESPECIFICADAS CON COMA HEPATICO
070.41	HEPATITIS C AGUDA O INESPECIFICA CON COMA HEPATICO
070.42	HEPAT.DELTA SIN MENCION DE HEPATITIS B ACTIVA, CON COMA HEP.
070.43	HEPATITIS E CON COMA HEPATICO
070.44	HEPATITIS C CRONICA CON COMA HEPATICO
070.49	OTRAS HEPATITIS VIRALES ESPECIFICADAS CON COMA HEPATICO
070.5	OTRAS HEPATITIS VIRAL ESPECIFICADAS SIN COMA HEPATICO
070.51	HEPATITIS C AGUDA O INESP. SIN MENCION DE COMA HEPATICO
070.52	HEPATITIS DELTA SIN MENCION DE HEPATITIS B ACTIVA O COMA HEP
070.53	HEPATITIS E SIN MENCION DE COMA HEPATICO
070.54	HEPATITIS C CRONICA SIN MENCION DE COMA HEPATICO
070.59	OTRAS HEPATITIS VIRALES ESPECIF. SIN MENCION DE COMA HEPAT.
070.6	HEPATITIS VIRAL SIN ESPECIFICAR CON COMA HEPATICO
070.9	HEPATITIS VIRAL SIN ESPECIFICAR SIN COMA HEPATICO
071	RABIA
072	PAPERAS
072.0	ORQUITIS POR PAPERAS
072.1	MENINGITIS POR PAPERAS
072.2	ENCEFALITIS POR PAPERAS
072.3	PANCREATITIS POR PAPERAS
072.7	PAPERAS CON OTRAS COMPLICACIONES ESPECIFICADAS
072.71	HEPATITIS DE LAS PAPERAS
072.72	POLINEUROPATIA DE LAS PAPERAS
072.79	OTRAS COMPLICACIONES POR PAPERAS
072.8	PAPERAS CON COMPLICACIONES NO ESPECIFICADAS
072.9	PAPERAS SIN MENCION DE COMPLICACION
073	ORNITOSIS
073.0	ORNITOSIS CON NEUMONIA

ANEXO I. CÓDIGOS ESTUDIADOS REFERIDOS A ENFERMEDADES INFECCIOSAS

Anexo I. Códigos estudiados referidos a enfermedades infecciosas

COD.	TITULO
073.7	ORNITOSIS CON OTRAS COMPLICACIONES
073.8	ORNITOSIS CON COMPLICACIONES SIN ESPECIFICAR
073.9	ORNITOSIS - SIN ESPECIFICAR
074	ENFERMEDADES ESPECIFICAS DEL VIRUS COXSACKIE
074.0	HERPANGINA
074.1	PLEURODINIA EPIDEMICA
074.2	CARDITIS POR VIRUS COXSACKIE
074.20	CARDITIS POR VIRUS COXSACKIE SIN ESPECIFICAR
074.21	PERICARDITIS POR VIRUS COXSACKIE
074.22	ENDOCARDITIS POR VIRUS COXSACKIE
074.23	MIOCARDITIS POR VIRUS COXSACKIE
074.3	ENFERMEDAD MANOS, PIES Y BOCA POR VIRUS COXSACKIE
074.8	OTRAS ENFERMEDADES ESPECIFICAS POR VIRUS COXSACKIE
075	MONONUCLEOSIS INFECCIOSA
076	TRACOMA
076.0	TRACOMA FASE INICIAL
076.1	TRACOMA FASE ACTIVA
076.9	TRACOMA SIN ESPECIFICAR
077	CONJUNTIVITIS DEBIDAS A VIRUS Y A CHLAMYDIAE
077.0	CONJUNTIVITIS DE INCLUSION
077.1	QUERATOCONJUNTIVITIS EPIDEMICA
077.2	FIEBRE FARINGOCONJUNTIVAL
077.3	OTRAS CONJUNTIVITIS ADENOVIRAL
077.4	CONJUNTIVITIS HEMORRAGICA EPIDEMICA
077.8	OTRAS CONJUNTIVITIS VIRALES
077.9	CONJUNTIVITIS SIN ESPECIFICAR POR VIRUS Y CHLAMYDIAE
077.98	ENFERMEDAD DE LA CONJUNTIVA DEBIDO A CLAMYDIAE
077.99	ENFERMEDAD DE LA CONJUNTIVA DEBIDO A VIRUS
078	ENFERMEDADES DEBIDAS A VIRUS Y CHLAMYDIAE
078.0	MOLLUSCUM CONTAGIOSUM
078.1	VERRUGAS VIRALES
078.10	VERRUGAS VIRALES INESPECIFICAS

Anexo I. Códigos estudiados referidos a enfermedades infecciosas

COD.	TITULO
078.11	CONDILOMA ACUMINADO
078.19	OTRAS VERRUGAS VIRALES ESPECIFICADAS
078.2	FIEBRE SUDATORIA
078.3	ENFERMEDAD POR ARAÑAZO DE GATO
078.4	GLOSOPEDA
078.5	ENFERMEDAD POR CITOMEGALOVIRUS
078.6	NEFROSONEFRITIS HEMORRAGICA
078.7	FIEBRE HEMORRAGICA ARENAVIRAL
078.8	ENFERMEDAD ESPECIFICA POR VIRUS Y CHLAMYDIAE
078.81	VERTIGO EPIDEMICO
078.82	SINDROME DE VOMITOS EPIDEMICOS
078.88	OTRAS ENFERMEDADES ESPECIFICAS DEBIDAS A CHLAMYDIAE
078.89	ENFERMEDAD DEBIDA A VIRUS Y A CHLAMYDIAE NCOC
079	INFECCION VIRAL EN OTRAS ENFERMEDADES - NEOM
079.0	ADENOVIRUS
079.1	VIRUS ECHO
079.2	VIRUS COXSACKIE
079.3	RINOVIRUS
079.4	VIRUS DEL PAPILOMA HUMANO
079.5	RETROVIRUS
079.50	RETROVIRUS INESPECIFICO
079.51	VIRUS LINFOTROFICO HUMANO DE CELULAS T, TIPO I [HTLV-I]
079.52	VIRUS LINFOTROFICO HUMANO DE CELULAS T, TIPO II [HTLV-II]
079.53	VIRUS DE LA INMUNODEFICIENCIA HUMANA, TIPO 2 [HIV-2]
079.59	OTROS RETROVIRUS ESPECIFICADOS
079.6	VIRUS RESPIRATORIO SINCITAL (RSV)
079.8	INFECCION VIRAL O POR CLAMIDIA NCOC
079.81	HANTAVIRUS
079.88	OTRAS INFECCIONES POR CLAMIDIA ESPECIFICADAS
079.89	OTRAS INFECCIONES VIRALES ESPECIFICADAS
079.9	INFECCION VIRAL O POR CLAMIDIA NEOM
079.98	INFECCION POR CLAMIDIA INESPECIFICA

ANEXO I. CÓDIGOS ESTUDIADOS REFERIDOS A ENFERMEDADES INFECCIOSAS

Anexo I. Códigos estudiados referidos a enfermedades infecciosas

COD.	TITULO
079.99	INFECCION VIRAL INESPECIFICA
080-088	RICKETTSIOSIS Y OTRAS ENFERMEDADES PORTADAS POR ARTRÓPODOS
080	TIFUS (EPIDEMICO) PORTADO POR PIOJO
081	OTROS TIFUS
081.0	TIFUS (ENDEMICO) MURINO
081.1	ENFERMEDAD DE BRILL
081.2	TIFUS DE MALEZAS
081.9	TIFUS SIN ESPECIFICAR
82	RICKETTSIOSIS PORTADAS POR GARRAPATAS
082.0	FIEBRE EXANTEMATICA
082.1	FIEBRE BOTONOSA
082.2	FIEBRE DEL NORTE ASIA PORTADA POR GARRAPATA
082.3	TIFUS QUEENSLAND PORTADO POR GARRAPATA
082.4	EHRlichiosis
082.40	EHRlichiosis, NO ESPECIFICADA
082.41	EHRlichiosis CHAFEENSIS (E. CHAFEENSIS)
082.49	OTRAS EHRlichiosis
082.8	OTRAS RICKETTIOSIS ESPECIFICADAS PORTADAS POR GARRAPATAS
082.9	RICKETTSIOSIS PORTADA POR GARRAPATA SIN ESPECIFICAR
083	OTRAS RICKETTSIOSIS
083.0	FIEBRE Q
083.1	FIEBRE DE LAS TRINCHERAS
083.2	EXANTEMA RICKETTSIANO
083.8	OTRAS RICKETTSIOSIS ESPECIFICADAS
083.9	RICKETTSIOSIS SIN ESPECIFICAR
084	MALARIA
084.0	PALUDISMO PRODUCIDO POR P. FALCIPARUM (TERCIANA MALIGNA)
084.1	PALUDISMO PRODUCIDO POR P. VIVAX (TERCIANA BENIGNA)
084.2	PALUDISMO QUARTANO
084.3	PALUDISMO PRODUCIDO POR P. OVALE
084.4	OTROS PALUDISMOS
084.5	PALUDISMO MIXTO

Anexo I. Códigos estudiados referidos a enfermedades infecciosas

COD.	TITULO
084.6	PALUDISMO SIN ESPECIFICAR
084.7	PALUDISMO INDUCIDO
084.8	FIEBRE HEMOGLOBINURICA
084.9	OTRAS COMPLICACIONES PERNICIOSAS DE PALUDISMO
085	LEISHMANIASIS
085.0	LEISHMANIASIS VISCERAL (KALA-AZAR)
085.1	LEISHMANIASIS CUTANEA, URBANA
085.2	LEISHMANIASIS, CUTANEA DESIERTO ASIATICO
085.3	LEISHMANIASIS, CUTANEA ETIOPE
085.4	LEISHMANIASIS, CUTANEA AMERICANA
085.5	LEISHMANIASIS MUCOCUTANEA (AMERICANA)
085.9	LEISHMANIASIS SIN ESPECIFICAR
086	TRIPANOSOMIASIS
086.0	ENFERMEDAD DE CHAGAS CON IMPLICACION DE CORAZON
086.1	ENFERMEDAD DE CHAGAS CON IMPLICACION DE OTRO ORGANO
086.2	ENFERMEDAD DE CHAGAS SIN IMPLICACION DE ORGANO
086.3	TRIPANOSOMIASIS GAMBIENSE
086.4	TRIPANOSOMIASIS RODESIENSE
086.5	TRIPANOSOMIASIS AFRICANA SIN ESPECIFICAR
086.9	TRIPANOSOMIASIS SIN ESPECIFICAR
087	FIEBRE INTERMITENTE
087.0	FIEBRE INTERMITENTE PORTADA POR PIOJO
087.1	FIEBRE INTERMITENTE PORTADA POR GARRAPATA
087.9	FIEBRE INTERMITENTE SIN ESPECIFICAR
088	OTRAS ENFERMEDADES PORTADAS POR ARTROPODOS
088.0	BARTONELOSIS
088.8	ENFERMEDAD PORTADA POR ARTROPODO ESPECIFICADA
088.81	ENFERMEDAD DE LYME
088.82	BABESIOSIS
088.89	OTRAS ENFERMEDADES PORTADORAS POR ARTROPODOS ESPECIFICADAS
088.9	ENFERMEDAD PORTADA POR ARTROPODO SIN ESPECIFICAR
090-104	ESPIROQUETOSIS Y ENFERMEDADES VENÉREAS

ANEXO I. CÓDIGOS ESTUDIADOS REFERIDOS A ENFERMEDADES INFECCIOSAS

Anexo I. Códigos estudiados referidos a enfermedades infecciosas

COD.	TITULO
090-099	SÍFILIS Y OTRAS ENFERMEDADES VENÉREAS
090	SIFILIS CONGENITA
090.0	SIFILIS CONGENITA PRECOZ SINTOMATICA
090.1	SIFILIS CONGENITA PRECOZ LATENTE
090.2	SIFILIS CONGENITA PRECOZ SIN ESPECIFICAR
090.3	QUERATITIS INTERSTICIAL SIFILITICA
090.4	NEUROSIFILIS JUVENIL
090.40	NEUROSIFILIS JUVENIL SIN ESPECIFICAR
090.41	ENCEFALITIS SIFILITICA CONGENITA
090.42	MENINGITIS SIFILITICA CONGENITA
090.49	OTRAS NEUROSIFILIS JUVENIL
090.5	OTRAS SIFILIS CONGENITA TARDIA SINTOMATICA
090.6	SIFILIS CONGENITA TARDIA LATENTE
090.7	SIFILIS CONGENITA TARDIA SIN ESPECIFICAR
090.9	SIFILIS CONGENITA SIN ESPECIFICAR
091	SIFILIS PRECOZ SINTOMATICA
091.0	SIFILIS GENITAL PRIMARIA
091.1	SIFILIS ANAL PRIMARIA
091.2	OTRAS SIFILIS PRIMARIAS
091.3	SIFILIS SECUNDARIA DE PIEL O DE MEMBRANAS MUCOSAS
091.4	ADENOPATIA DEBIDA A SIFILIS SECUNDARIA
091.5	UVEITIS DEBIDA A SIFILIS SECUNDARIA
091.50	UVEITIS SIFILITICA SIN ESPECIFICAR
091.51	CORIORRETINITIS SIFILITICA (SECUNDARIA)
091.52	IRIDOCICLITIS SIFILITICA (SECUNDARIA)
091.6	SIFILIS SECUNDARIA DE VISCERAS Y DE HUESOS
091.61	PERIOSTITIS SIFILITICA SECUNDARIA
091.62	HEPATITIS SIFILITICA SECUNDARIA
091.69	SIFILIS SECUNDARIA DE OTRAS VISCERAS
091.7	RECIDIVA SIFILIS SECUNDARIA
091.8	OTRAS SIFILIS SECUNDARIAS
091.81	MENINGITIS SIFILITICA AGUDA (SECUNDARIA)

Anexo I. Códigos estudiados referidos a enfermedades infecciosas

COD.	TITULO
091.82	ALOPECIA SIFILITICA
091.89	OTRAS SIFILIS SECUNDARIA NO INDICADAS
091.9	SIFILIS SECUNDARIA SIN ESPECIFICAR
092	SIFILIS PRECOZ LATENTE
092.0	RECIDIVA SIFILIS PRECOZ LATENTE DESPUES DE TRATAMIENTO
092.9	SIFILIS PRECOZ LATENTE SIN ESPECIFICAR
093	SIFILIS CARDIOVASCULAR
093.0	ANEURISMA AORTICO SIFILITICO
093.1	AORTITIS SIFILITICA
093.2	ENDOCARDITIS SIFILITICA
093.20	ENDOCARDITIS SIFILITICA VALVULA SIN ESPECIFICAR
093.21	ENDOCARDITIS SIFILITICA VALVULA MITRAL
093.22	ENDOCARDITIS SIFILITICA VALVULA AORTICA
093.23	ENDOCARDITIS SIFILITICA VALVULA TRICUSPIDE
093.24	ENDOCARDITIS SIFILITICA VALVULA PULMONAR
093.8	OTRAS SIFILIS CARDIOVASCULARES ESPECIFICADAS
093.81	PERICARDITIS SIFILITICA
093.82	MIOCARDITIS SIFILITICA
093.89	OTRAS SIFILIS CARDIOVASCULAR NO INDICADAS
093.9	SIFILIS CARDIOVASCULAR SIN ESPECIFICAR
094	NEUROSIFILIS
094.0	TABES DORSAL
094.1	PAREZIA GENERAL
094.2	MENINGITIS SIFILITICA
094.3	NEUROSIFILIS ASINTOMATICA
094.8	OTRAS NEUROSIFILIS ESPECIFICADAS
094.81	ENCEFALITIS SIFILITICA
094.82	PARKINSONISMO SIFILITICO
094.83	RETINOCOROIDITIS DISEMINADA SIFILITICA
094.84	ATROFIA OPTICA SIFILITICA
094.85	NEURITIS RETROBULBAR SIFILITICA
094.86	NEURITIS ACUSTICA SIFILITICA

ANEXO I. CÓDIGOS ESTUDIADOS REFERIDOS A ENFERMEDADES INFECCIOSAS

Anexo I. Códigos estudiados referidos a enfermedades infecciosas

COD.	TITULO
094.87	ANEURISMA CEREBRAL RUPTURADO SIFILITICO
094.89	OTRAS NEUROSIFILIS NO INDICADAS ANTERIORMENTE
094.9	NEUROSIFILIS SIN ESPECIFICAR
095	OTRAS FORMAS DE SIFILIS TARDIA CON SINTOMAS
095.0	EPISCLERITIS SIFILITICA
095.1	SIFILIS PULMONAR
095.2	PERITONITIS SIFILITICA
095.3	SIFILIS HEPATICA
095.4	SIFILIS RENAL
095.5	SIFILIS OSEA
095.6	SIFILIS MUSCULAR
095.7	SIFILIS SINOVIO, DE TENDON Y BOLSA SINOVIAL
095.8	OTRAS SIFILIS TARDIA SINTOMATICA ESPECIFICADA
095.9	SIFILIS TARDIA SINTOMATICA SIN ESPECIFICAR
096	SIFILIS TARDIA LATENTE
097	OTRAS SIFILIS Y SIFILIS SIN ESPECIFICAR
097.0	SIFILIS TARDIA SIN ESPECIFICAR
097.1	SIFILIS LATENTE SIN ESPECIFICAR
097.9	SIFILIS SIN ESPECIFICAR
098	INFECCIONES GONOCOCICAS
098.0	GONOCOCIA AGUDA GENITOURINARIA INFERIOR
098.1	GONOCOCIA AGUDA GENITOURINARIA SUPERIOR
098.10	GONOCOCIA AGUDA GENITOURINARIA SUPERIOR-SITIO NO ESPECIFICAD
098.11	CISTITIS GONOCOCICA (AGUDA)
098.12	PROSTATITIS GONOCOCICA (AGUDA)
098.13	EPIDIDIMO-ORQUITIS GONOCOCICA (AGUDA)
098.14	VESICULITIS SEMINAL GONOCOCICA (AGUDA)
098.15	CERVICITIS GONOCOCICA (AGUDA)
098.16	ENDOMETRITIS GONOCOCICA (AGUDA)
098.17	SALPINGITIS GONOCOCICA AGUDA
098.19	OTRAS INFECCIONES CONOCOCICAS AGUDAS T.GENITOURINARIO SUPERI
098.2	GONOCOCIA CRONICA GENITOURINARIA INFERIOR

Anexo I. Códigos estudiados referidos a enfermedades infecciosas

COD.	TITULO
098.3	GONOCOCIA CRONICA GENITOURINARIA SUPERIOR
098.30	GONOCOCIA CRONICA GENITOURIN. SUPERIOR- SITIO NO ESPECIFICAD
098.31	CISTITIS GONOCOCICA CRONICA
098.32	PROSTATITIS GONOCOCICA CRONICA
098.33	EPIDIDIMORQUITIS GONOCOCICA CRONICA
098.34	VESICULITIS SEMINAL GONOCOCICA CRONICA
098.35	CERVICITIS GONOCOCICA CRONICA
098.36	ENDOMETRITIS GONOCOCICA CRONICA
098.37	SALPINGITIS GONOCOCICA (CRONICA)
098.39	OTRAS INFE.GONOCOCICAS CRONIC.DEL TRACTO G.URINARIO SUPERIOR
098.4	INFECCION GONOCOCICA DEL OJO
098.40	CONJUNTIVITIS GONOCOCICA (DEL RECIEN NACIDO)
098.41	IRIDOCICLITIS GONOCOCICA
098.42	ENDOFTALMIA GONOCOCICA
098.43	QUERATITIS GONOCOCICA
098.49	OTRAS INFECCIONES GONOCOCICAS DEL OJO
098.5	INFECCION GONOCOCICA DE ARTICULACION
098.50	ARTRITIS GONOCOCICA
098.51	SINOVITIS Y TENOSINOVITIS GONOCOCICAS
098.52	BURSITIS GONOCOCICA
098.53	ESPONDILITIS GONOCOCICA
098.59	OTRAS INFECCIONES GONOCOCICAS DE LAS ARTICULACIONES
098.6	INFECCION GONOCOCICA DE FARINGE
098.7	INFECCION GONOCOCICA DE ANO Y RECTO
098.8	INFEC. GONOCOCICA EN OTRO SITIO ESPECIFICADO
098.81	QUERATOSIS GONOCOCICA (BLENORRAGICA)
098.82	MENINGITIS GONOCOCICA
098.83	PERICARDITIS GONOCOCICA
098.84	ENDOCARDITIS GONOCOCICA
098.85	ENFERMEDAD CORONARIA GONOCOCICA
098.86	PERITONITIS GONOCOCICA
098.89	OTRAS INFECCIONES GONOCOCICAS DE OTROS SITIOS ESPECIFICADOS

ANEXO I. CÓDIGOS ESTUDIADOS REFERIDOS A ENFERMEDADES INFECCIOSAS

Anexo I. Códigos estudiados referidos a enfermedades infecciosas

COD.	TITULO
099	OTRAS ENFERMEDADES VENEREAS
099.0	CHANCROIDE
099.1	LINFOGRANULOMA VENEREO
099.2	GRANULOMA INGUINAL
099.4	URETRITIS NO GONOCOCICA NCOC
099.40	URETRITIS NO GONOCOCICAS INESPECIFICAS
099.41	URETRITIS NO GONOCOCICA POR CLAMIDIA TRACHOMATIS
099.49	OTRAS URETRITIS NO GONOCOCICAS POR OTROS ORGANISMOS ESPECIF.
099.5	OTRAS ENFERMEDADES VENEREAS DEBIDAS A CLAMIDIA TRACHOMATIS
099.50	OTRAS ENFERMEDADES VENEREAS DEBIDAS A C. TRACHOMATIS SITIO NO ESPEC.
099.51	OTRAS ENFERMEDADES VENEREAS DEBIDAS A C. TRACHOMATIS DE FARINGE
099.52	OTRAS ENFERMEDADES VENEREAS DEBIDAS A C. TRACHOMATIS DE ANO Y RECTO
099.53	OTRAS ENFERMEDADES VENEREAS DEBIDAS A C. TRACHOMATIS GENOTOURINAR.INF.
099.54	OTRAS ENFERMEDADES VENEREAS DEBIDAS A C. TRACHOMATIS OTRAS LOC. GENIT.
99,55	OTRAS ENFERMEDADES VENEREAS DEBIDAS A C. TRACHOMATIS LOC. GENOT. NO ESPECIFICADAS
099.56	OTRAS ENFERMEDADES VENEREAS DEBIDAS A C. TRACHOMATIS PERITONEO
099.59	OTRAS ENFERMEDADES VENEREAS DEBIDAS A C. TRACHOMATIS SITIO ESPECIF
099.8	OTRAS ENFERMEDADES VENEREAS ESPECIFICADAS
099.9	ENFERMEDAD VENEREA SIN ESPECIFICAR
100-104	OTRAS ENFERMEDADES ESPIROQUETALES
100	LEPTOSPIROSIS
100.0	LEPTOSPIROSIS ICTEROHEMORRAGICA
100.8	OTRAS LEPTOSPIROSIS ESPECIFICADAS
100.81	MENINGITIS LEPTOSPIRAL (ASEPTICA)
100.89	OTRAS INFECCIONES LEPTOPIRALES ESPECIFICADAS
100.9	LEPTOSPIROSIS SIN ESPECIFICAR
101	ANGINA DE VINCENT
102	PIAN = YAWS = FRAMBESIA
102.0	PIAN: LESIONES INICIALES
102.1	PIAN: LESIONES MULTIPLES PAPILOMATOSAS TIPO CANGREJO
102.2	PIAN: LESIONES PRECOCES DE PIEL

Anexo I. Códigos estudiados referidos a enfermedades infecciosas

COD.	TITULO
102.3	PIAN: HIPERQUERATOSIS
102.4	PIAN: GOMAS Y ULCERAS
102.5	PIAN: GANGOSA
102.6	PIAN: LESIONES OSEAS Y ARTICULARES
102.7	PIAN: OTRAS MANIFESTACIONES
102.8	PIAN LATENTE
102.9	PIAN SIN ESPECIFICAR
103	MAL DE PINTO
103.0	LESIONES PRIMARIAS
103.1	LESIONES INTERMEDIAS
103.2	LESIONES TARDIAS
103.3	LESIONES MIXTAS
103.9	MAL DE PINTO SIN ESPECIFICAR
104	OTRAS INFECCIONES ESPIROQUETALES
104.0	SIFILIS ENDEMICA NO VENEREA
104.8	OTRAS INFECCIONES ESPIROQUETALES ESPECIFICADAS
104.9	INFECCION ESPIROQUETAL SIN ESPECIFICAR
110-118	MICOSIS
110	DERMATOFITOSIS
110.0	DERMATOFITOSIS DEL CUERO CABELLUDO Y BARBA
110.1	DERMATOFITOSIS DE UÑAS
110.2	DERMATOFITOSIS DE LA MANO
110.3	DERMATOFITOSIS DE INGLE Y ZONA PERIANAL
110.4	DERMATOFITOSIS DEL PIE
110.5	DERMATOFITOSIS CORPORAL
110.6	DERMATOFITOSIS DE ORIGEN INTERNO
110.8	DERMATOFITOSIS DE OTROS SITIOS ESPECIFICADOS
110.9	DERMATOFITOSIS DE SITIO SIN ESPECIFICAR
111	OTRAS DERMATOMICOSIS Y DERMATOMICOSIS SIN ESPECIFICAR
111.0	PITIRIASIS VERSICOLOR
111.1	TIÑA NEGRA
111.2	TIÑA BLANCA

ANEXO I. CÓDIGOS ESTUDIADOS REFERIDOS A ENFERMEDADES INFECCIOSAS

Anexo I. Códigos estudiados referidos a enfermedades infecciosas

COD.	TITULO
111.3	PIEDRA NEGRA
111.8	OTRAS DERMATOMICOSIS ESPECIFICADAS
111.9	DERMATOMICOSIS SIN ESPECIFICAR
112	CANDIDIASIS
112.0	CANDIDIASIS BUCAL
112.1	CANDIDIASIS VULVAR Y VAGINAL
112.2	CANDIDIASIS DE OTROS SITIOS UROGENITALES
112.3	CANDIDIASIS DE PIEL Y UÑAS
112.4	CANDIDIASIS PULMONAR
112.5	CANDIDIASIS DISEMINADA
112.8	CANDIDIASIS DE OTROS SITIOS ESPECIFICADOS
112.81	ENDOCARDITIS CANDIDAL
112.82	OTITIS EXTERNA CANDIDAL
112.83	MENINGITIS CANDIDAL
112.84	ESOFAGITIS CANDIDAL
112.85	ENTERITIS CANDIDAL
112.89	OTRAS CANDIDIASIS DE SITIOS ESPECIFICADOS
112.9	CANDIDIASIS DE SITIO NO ESPECIFICADO
114	COCCIDIOIDOMICOSIS
114.0	COCCIDIOIDOMICOSIS PRIMARIA (PULMONARIA)
114.1	COCCIDIOIDOMICOSIS ESTRAPULMONAR PRIMARIA
114.2	MENINGITIS COCCIDIOIDAL
114.3	OTRAS FORMAS DE COCCIDIOIDOMICOSIS PROGRESIVA
114.4	COCCIDIOIDOMICOSIS PULMONAR CRONICA
114.5	COCCIDIOIDOMICOSIS PULMONAR INESPECIFICA
114.9	COCCIDIOIDOMICOSIS SIN ESPECIFICAR
115	HISTOPLASMOSIS
115.0	IN FEC. HISTOPLASMA CAPSULATUM
115.00	IN FEC. HISTOPLASMA CAPSULATUM SIN MENCION DE MANIFESTACION
115.01	MENINGITIS POR HISTOPLASMA CAPSULATUM
115.02	RETINITIS POR HISTOPLASMA CAPSULATUM
115.03	PERICARDITIS POR HISTOPLASMA CAPSULATUM

Anexo I. Códigos estudiados referidos a enfermedades infecciosas

COD.	TITULO
115.04	ENDOCARDITIS POR HISTOPLASMA CAPSULATUM
115.05	NEUMONIA POR HISTOPLASMA CAPSULATUM
115.09	OTRAS INFECC. HISTOPLASMA CAPSULATUM
115.1	INFECC. HISTOPLASMA DUBOISII
115.10	INFECC. HISTOPLASMA DUBOISII SIN MENCION DE MANIFESTACION
115.11	MENINGITIS POR HISTOPLASMA DUBOISII
115.12	RETINITIS POR HISTOPLASMA DUBOISII
115.13	PERICARDITIS POR HISTOPLASMA DUBOISII
115.14	ENDOCARDITIS POR HISTOPLASMA DUBOISII
115.15	NEUMONIA POR HISTOPLASMA DUBOISII
115.19	OTRAS INFECC. HISTOPLASMA DUBOISII
115.9	HISTOPLASMOSIS SIN ESPECIFICAR
115.90	HISTOPLASMOSIS SIN ESPECIFICAR SIN MENCION DE MANIFESTACION
115.91	MENINGITIS POR HISTOPLASMOSIS SIN ESPECIFICAR
115.92	RETINITIS POR HISTOPLASMOSIS SIN ESPECIFICAR
115.93	PERICARDITIS POR HISTOPLASMOSIS SIN ESPECIFICAR
115.94	ENDOCARDITIS POR HISTOPLASMOSIS SIN ESPECIFICAR
115.95	NEUMONIA POR HISTOPLASMOSIS SIN ESPECIFICAR
115.99	OTRAS HISTOPLASMOSIS SIN ESPECIFICAR
116	INFECCION BLASTOMICOTICA
116.0	BLASTOMICOSIS
116.1	PARACOCCIDIOIDOMICOSIS
116.2	LOBOMICOSIS
117	OTRAS MICOSIS
117.0	RINOSPORIDIOSIS
117.1	ESPOROTRICOSIS
117.2	CROMOBLASTOMICOSIS
117.3	ASPERGILOSIS
117.4	MICETOMAS MICOTICOS
117.5	CRIPTOCOCOSIS
117.6	ALLESCHERIOSIS (PETRIELLIDIOSIS)
117.7	ZIGOMICOSIS (FICOMICOSIS O MURCOMICOSIS)

ANEXO I. CÓDIGOS ESTUDIADOS REFERIDOS A ENFERMEDADES INFECCIOSAS

Anexo I. Códigos estudiados referidos a enfermedades infecciosas

COD.	TITULO
117.8	INFECCION POR HONGOS DEMATIACEOS
117.9	OTRAS MICOSIS Y MICOSIS SIN ESPECIFICAR
118	MICOSIS OPORTUNISTA
120-136	ENFERMEDADES PARASITARIAS
120-129	HELMINTIASIS
120	ESQUISTOSOMIASIS (BILHARZIASIS)
120.0	ESQUISTOSOMA HAEMATOBIMUM
120.1	ESQUISTOSOMA MANSONI
120.2	ESQUISTOSOMA JAPONICUM
120.3	ESQUISTOSOMIASIS CUTANEA
120.8	OTRAS ESQUISTOSOMIASIS ESPECIFICADAS
120.9	ESQUISTOSOMIASIS SIN ESPECIFICAR
121	OTRAS INFECCIONES POR TREMATODOS
121.0	OPISTORQUIASIS
121.1	CLONORQUIASIS
121.2	PARAGONIMIASIS
121.3	FASCIOLIASIS
121.4	FASCIOLOPSIASIS
121.5	METAGONIMIASIS
121.6	HETEROFIASIS
121.8	OTRAS INFECCIONES POR TREMATODOS ESPECIFICADAS
121.9	INFECCION POR TREMATODO SIN ESPECIFICAR
122	EQUINOCOCOSIS
122.0	INFECCION HEPATICA POR EQ.GRANULOSUS
122.1	INFECCION PULMONAR POR EQ.GRANULOSUS
122.2	INFECCION TIROIDEA POR EQ.GRANULOSUS
122.3	OTRA INFECCION POR EQ.GRANULOSUS
122.4	INFECCION POR EQ.GRANULOSUS SIN ESPECIFICAR
122.5	INFECCION HEPATICA POR EQ.MULTILOCLARIS
122.6	OTRA INFECCION POR EQ.MULTILOCLARIS
122.7	INFECCION POR EQ.MULTILOCLARIS SIN ESPECIFICAR
122.8	HIDATIDOSIS HEPATICA SIN ESPECIFICAR

Anexo I. Códigos estudiados referidos a enfermedades infecciosas

COD.	TITULO
122.9	OTRAS EQUINOCOCOSIS Y EQUINOCOCOSIS NO ESPECIFICADAS
123	INFECCIONES INTESTINALES POR TENIA SOLITARIA
123.0	INFECCION POR TENIA SOLITARIA, FORMA INTESTINAL
123.1	CISTICERCOSIS
123.2	INFECCION POR TAENIA SAGINATA
123.3	TAENIASIS SIN ESPECIFICAR
123.4	DIFILOBOTRIASIS INTESTINAL
123.5	ESPARGANOSIS (DIFILOBOTRIASIS LARVAL)
123.6	HIMENOLEPIASIS
123.8	OTRAS INFECCIONES POR CESTODO ESPECIFICADAS
123.9	INFECCION POR CESTODOS SIN ESPECIFICAR
124	TRIQUINOSIS
125	FILARIASIS FILARICA Y DRACUNCULOSIS
125.0	FILARIASIS BANCROFTIANA
125.1	FILARIASIS MALAYA
125.2	LOIASIS
125.3	ONCOCERCOSIS
125.4	DIPETALONEMIASIS
125.5	INFECCION POR MANSONELLA OZZARDI
125.6	OTRAS FILARIASIS SIN ESPECIFICAR
125.7	DRACUNCULOSIS
125.9	FILARIASIS SIN ESPECIFICAR
126	ANQUILOSTOMIASIS Y NECATORIASIS
126.0	ANQUILOSTOMA DUODENAL
126.1	NECATOR AMERICANUS
126.2	ANQUILOSTOMA BRAZILIENSE
126.3	ANQUILOSTOMA CEYLANICUM
126.8	OTROS ANQUILOSTOMAS ESPECIFICADOS
126.9	ANQUILOSTOMIASIS Y NECATORIASIS SIN ESPECIFICAR
127	OTRAS HELMINTIASIS INTESTINALES
127.0	ASCARIASIS
127.1	ANISAQUIASIS

ANEXO I. CÓDIGOS ESTUDIADOS REFERIDOS A ENFERMEDADES INFECCIOSAS

Anexo I. Códigos estudiados referidos a enfermedades infecciosas

COD.	TITULO
127.2	ESTRONGILOIDIASIS
127.3	TRICOCEFALOSIS
127.4	ENTEROBIASIS
127.5	CAPILARIASIS
127.6	TRICOESTRONGILIASIS
127.7	OTRAS HELMINTIASIS INTESTINALES ESPECIFICADAS
127.8	HELMINTIASIS INTESTINAL MIXTA
127.9	HELMINTIASIS INTESTINAL SIN ESPECIFICAR
128	OTRAS HELMINTIASIS Y HELMINTIASIS SIN ESPECIFICAR
128.0	TOXOCARIASIS
128.1	GNATOSTOMIASIS
128.8	OTRAS HELMINTIASIS ESPECIFICADAS
128.9	INFECCION POR HELMINTO SIN ESPECIFICAR
129	PARASITISMO INTESTINAL SIN ESPECIFICAR
130-136	OTRAS ENFERMEDADES INFECCIOSAS Y PARASITARIAS
130	TOXOPLASMOSIS
130.0	MENINGOENCEFALITIS DEBIDA A TOXOPLASMOSIS
130.1	CONJUNTIVITIS DEBIDA A TOXOPLASMOSIS
130.2	CORIORRETINITIS DEBIDA A TOXOPLASMOSIS
130.3	MIOCARDITIS DEBIDA A TOXOPLASMOSIS
130.4	NEUMONITIS DEBIDA TOXOPLASMOSIS
130.5	HEPATITIS DEBIDA A TOXOPLASMOSIS
130.7	TOXOPLASMOSIS DE OTROS SITIOS ESPECIFICADOS
130.8	TOXOPLASMOSIS DISEMINADA MULTISISTEMICA
130.9	TOXOPLASMOSIS SIN ESPECIFICAR
131	TRICOMONIASIS
131.0	TRICOMONIASIS UROGENITAL
131.00	TRICOMONIASIS UROGENITAL SIN ESPECIFICAR
131.01	VULVOVAGINITIS TRICOMONAL
131.02	URETRITIS TRICOMONAL
131.03	PROSTATITIS TRICOMONAL
131.09	OTRAS TRICOMONIASIS

Anexo I. Códigos estudiados referidos a enfermedades infecciosas

COD.	TITULO
131.8	OTROS SITIOS ESPECIFICADOS DE TRICOMONIASIS
131.9	TRICOMONIASIS SIN ESPECIFICAR
132	PEDICULOSIS E INFESTACION POR PIOJOS
132.0	PEDICULUS CAPITIS (PIOJO DE LA CABEZA)
132.1	PEDICULUS CORPORIS (PIOJO DEL CUERPO)
132.2	PHTHIRUS PUBIS (PIOJO PUBICO)
132.3	INFECCIONES MIXTAS
132.9	PEDICULOSIS SIN ESPECIFICAR
133	ACARIASIS
133.0	SARNA
133.8	OTRAS ACARIASIS
133.9	ACARIASIS SIN ESPECIFICAR
134	OTRAS INFESTACIONES
134.0	MIIASIS
134.1	INFESTACION POR OTROS ARTROPODO
134.2	HIRUDINIASIS
134.8	OTRAS INFESTACIONES ESPECIFICADAS
134.9	INFESTACION SIN ESPECIFICAR
136	ENFERMEDADES INFECCIOSAS Y PARASITARIAS Y OTRAS SIN ESPECIFICAR
136.2	INFECCION ESPECIFICA POR AMEBAS DE VIDA LIBRE
136.3	NEUMOCISTOSIS
136.4	PSOROESPERMIASIS
136.5	SARCOSPORIDIOSIS
136.8	OTRAS ENFERMEDADES INFECCIOSAS Y PARASITARIAS ESPECIFICADAS
136.9	ENFERMEDAD INFECCIOSA Y PARASITARIA SIN ESPECIFICAR
320-383.22	ENFERMEDADES DEL SISTEMA NERVIOSO CENTRAL Y ÓRGANOS DE LOS SENTIDOS
320-326	ENFERMEDADES INFLAMATORIAS DEL SISTEMA NERVIOSO CENTRAL
320	MENINGITIS BACTERIANA
320.0	MENINGITIS POR HAEMOPHILUS
320.1	MENINGITIS NEUMOCÓCICA
320.2	MENINGITIS ESTREPTOCÓCICA
320.3	MENINGITIS ESTAFILOCÓCICA

ANEXO I. CÓDIGOS ESTUDIADOS REFERIDOS A ENFERMEDADES INFECCIOSAS

Anexo I. Códigos estudiados referidos a enfermedades infecciosas

COD.	TITULO
320.7	MENINGITIS EN OTRAS ENFERMEDADES BACTERIANAS CLASIFICADAS BAJO OTROS CONCEPTOS
320.8	MENINGITIS POR OTRAS BACTERIAS ESPECIFICADAS
320.81	MENINGITIS ANAEROBIA
320.82	MENINGITIS DEBIDA A BACTERIAS GRAM-NEGATIVAS, NO CLASIFICADAS BAJO OTROS CONCEPTOS
320.89	MENINGITIS DEBIDA A OTRAS BACTERIAS ESPECIFICADAS
320.9	MENINGITIS POR BACTERIA NO ESPECIFICADA
321	MENINGITIS POR OTROS ORGANISMOS
321.0	MENINGITIS CRIPTOCÓCICA
321.1	MENINGITIS EN OTRAS ENFERMEDADES FUNGOSAS
321.2	MENINGITIS POR VIRUS NO CLASIFICADOS OTROS CONCEPTOS
321.3	MENINGITIS POR TRIPANOSOMIASIS
321.4	MENINGITIS EN SARCOIDOSIS
321.8	MENINGITIS POR OTROS ORGANISMOS NO BACTERIANOS CLASIFICADOS BAJO OTROS CONCEPTOS
322	MENINGITIS DE CAUSA NO ESPECIFICADA
322.0	MENINGITIS NO PIOGÉNICA
322.1	MENINGITIS EOSINOFÍLICA
322.2	MENINGITIS CRÓNICA
322.9	MENINGITIS NO ESPECIFICADA
323	ENCEFALITIS, MIELITIS Y ENCEFALOMIELITIS
323.0	ENCEFALITIS EN ENFERMEDADES VIRALES CLASIFICADAS BAJO OTROS CONCEPTOS
323.1	ENCEFALITIS EN ENFERMEDADES POR RICKETTSSIA CLASIFICADAS BAJO OTROS CONCEPTOS
323.2	ENCEFALITIS EN ENFERMEDADES PROTOZOARIAS CLASIFICADAS BAJO OTROS CONCEPTOS
323.4	OTRA ENCEFALITIS POR INFECCIÓN CLASIFICADA BAJO OTRO CONCEPTO
323.5	ENCEFALITIS DESPUÉS DE PROCEDIMIENTOS DE INMUNIZACIÓN
323.6	ENCEFALITIS POSTINFECCIOSA
323.7	ENCEFALITIS TÓXICA
323.8	OTRAS CAUSAS DE ENCEFALITIS
323.9	CAUSA NO ESPECIFICADA DE ENCEFALITIS
324	ABSCEOS INTRACRANEALES E INTRAESPINALES
324.0	ABSCESO INTRACRANEAL

Anexo I. Códigos estudiados referidos a enfermedades infecciosas

COD.	TITULO
324.1	ABSCESO INTRAESPINAL
324.9	DE SITIO NO ESPECIFICADO
325	FLEBITIS Y TROMBOFLEBITIS DE SENOS VENOSOS INTRACRANEALES
326	EFFECTOS TARDÍOS DE ABSCESO INTRACRANEAL O INFECCIÓN PIOGÉNICA
360-376.13	TRASTORNOS DEL OJO Y DE LOS ANEXOS
357.0	POLINEURITIS INFECCIOSA AGUDA
360.0	ENDOFTALMITIS PURULENTA
360.00	ENDOFTALMITIS PURULENTA NO ESPECIFICADA
360.01	ENDOFTALMITIS AGUDA
360.02	PANOFTALMITIS
360.03	ENDOFTALMITIS CRÓNICA
360.04	ABCESO VITREO
364.03	IRIDOCICLITIS SECUNDARIA INFECCIOSA
370.05	ÚLCERA CORNEANA MICÓTICA
372.03	OTRAS CONJUNTIVITIS MUCOPURULENTAS
372.15	CONJUNTIVITIS PARASITARIA
373.1	ORZUELO Y OTRAS INFLAMACIONES PROFUNDAS DEL PÁRPADO
373.11	ORZUELO EXTERNO
373.12	ORZUELO INTERNO
373.13	ABCESO DE PÁRPADO
373.4	DERMATITIS INFECCIOSA DEL PÁRPADO DE TIPOS QUE DAN COMO RESULTADO DEFORMIDADES
373.5	OTRAS DERMATITIS INFECCIOSAS DEL PÁRPADO
373.6	INFESTACIÓN PARASITARIA DEL PÁRPADO
376.13	INFESTACIÓN PARASITARIA DE LA ÓRBITA
380-383.22	ENFERMEDADES DEL OIDO Y PROCESO MASTOIDEO
380.0	PERICONDRITIS DEL PABELLON DE LA OREJA
380.1	OTITIS EXTERNA INFECCIOSA
380.10	OTITIS EXTERNA INFECCIOSA NO ESPECIFICADA
380.11	INFECCIÓN AGUDA DEL PABELLÓN DE LA OREJA
380.12	OTITIS AGUDA DE LOS NADADORES
380.13	OTRAS INFECCIONES AGUDAS DEL OÍDO EXTERNO

ANEXO I. CÓDIGOS ESTUDIADOS REFERIDOS A ENFERMEDADES INFECCIOSAS

Anexo I. Códigos estudiados referidos a enfermedades infecciosas

COD.	TITULO
380.14	OTITIS EXTERNA MALIGNA
380.15	OTITIS EXTERNA MICÓTICA CRÓNICA
380.16	OTRA OTITIS EXTERNA INFECCIOSA CRÓNICA
382	OTITIS MEDIA SUPURATIVA Y NO ESPECIFICADA
382.0	OTITIS MEDIA SUPURATIVA AGUDA
382.00	OTITIS MEDIA SUPURATIVA AGUDA SIN RUPTURA ESPONTÁNEA DEL TÍMPANO
382.01	OTITIS MEDIA SUPURATIVA AGUDA CON RUPTURA ESPONTÁNEA DEL TÍMPANO
382.02	OTITIS MEDIA SUPURATIVA AGUDA EN ENFERMEDADES CLASIFICADAS BAJO OTROS CONCEPTOS
382.1	OTITIS MEDIA SUPURATIVA TUBOTIMPÁNICA CRÓNICA
382.2	OTITIS MEDIA SUPURATIVA ANTICOATITRAL CRÓNICA
382.3	OTITIS MEDIA CRONICA SUPURATIVA NO ESPECIFICADA
382.4	OTITIS MEDIA SUPURATIVA NO ESPECIFICADA
382.9	OTITIS MEDIA NO ESPECIFICADA
383	MASTOIDITIS Y ENFERMEDADES CONEXAS
383.0	MASTOIDITIS AGUDA
383.00	MASTOIDITIS AGUDA SIN COMPLICACIONES
383.01	ABCESO SUBPERIÓSTICO DE MASTOIDES
383.02	MASTOIDITIS AGUDA SIN OTRAS COMPLICACIONES
383.1	MASTOIDITIS CRÓNICA
383.2	PETROSITIS
383.20	PETROSITIS NO ESPECIFICADA
383.21	PETROSITIS AGUDA
383.22	PETROSITIS CRÓNICA
420-422.92	ENFERMEDADES DEL APARATO CIRCULATORIO
420	PERICARDITIS AGUDA
420.0	PERICARDITIS AGUDA EN ENFERMEDADES CLASIFICADAS BAJO OTROS CONCEPTOS
420.9	OTRA PERICARDITIS AGUDA Y PERICARDITIS AGUDA NO ESPECIFICADA
420.90	PERICARDITIS AGUDA NO ESPECIFICADA
420.99	OTRAS PERICARDITIS AGUDAS Y PERICARDITIS AGUDAS NO ESPECIFIC
421	ENDOCARDITIS AGUDA Y SUBAGUDA
421.0	ENDOCARDITIS BACTERIANA AGUDA Y SUBAGUDA

Anexo I. Códigos estudiados referidos a enfermedades infecciosas

COD.	TITULO
421.1	ENDOCARDITIS INFECCIOSA AGUDA Y SUBAGUDA EN ENF CLASIFICADAS BAJO OTROS CONCEPTOS
421.9	ENDOCARDITIS AGUDA NO ESPECIFICADA
422	MIOCARDITIS AGUDA
422.0	MIOCARDITIS AGUDA EN ENFERMEDADES CLASIFICADAS BAJO OTROS CONCEPTOS
422.9	OTRAS MIOCARDITIS AGUDAS Y MIOCARDITIS AGUDA NO ESPECIFICADA
422.92	MIOCARDITIS SÉPTICA
460-519	ENFERMEDADES DEL APARATO RESPIRATORIO
460-466.19	INFECCIONES RESPIRATORIAS AGUDAS
460	NASOFARINGITIS AGUDA (RESFRIADO COMÚN)
461	SIMUSITIS AGUDA
461.0	SIMUSITIS MAXILAR
461.1	SIMUSITIS FRONTAL
461.2	SIMUSITIS ETMOIDAL
461.3	SIMUSITIS ESFENOIDAL
461.8	OTRA SINUSITIS AGUDA
461.9	SINUSITIS AGUDA NO ESPECIFICADA
462	FARINGITIS AGUDA
463	AMIGDALITIS AGUDA
464	LARINGITIS Y TRAQUEÍTIS AGUDAS
464.0	LARINGITIS AGUDA
464.00	LARINGITIS AGUDA SIN MENCIÓN DE OBSTRUCCIÓN
464.01	LARINGITIS AGUDA CON OBSTRUCCIÓN
464.1	TRAQUEÍTIS AGUDA
464.10	TRAQUEÍTIS AGUDA SIN MENCIÓN DE OBSTRUCCIÓN
464.11	TRAQUEÍTIS AGUDA CON OBSTRUCCIÓN
464.2	LARINGOTRAQUEITIS AGUDA
464.20	LARINGOTRAQUEITIS AGUDA SIN MENCIÓN DE OBSTRUCCIÓN
464.21	LARINGOTRAQUEITIS AGUDA CON OBSTRUCCIÓN
464.3	EPIGLOTITIS AGUDA
464.30	EPIGLOTITIS AGUDA SIN MENCIÓN DE OBSTRUCCIÓN
464.31	EPIGLOTITIS AGUDA CON OBSTRUCCIÓN

ANEXO I. CÓDIGOS ESTUDIADOS REFERIDOS A ENFERMEDADES INFECCIOSAS

Anexo I. Códigos estudiados referidos a enfermedades infecciosas

COD.	TITULO
464.4	CRUP
464.5	SUPRAGLOTITIS, NO ESPECIFICADA
464.50	SUPRAGLOTITIS SIN MENCIÓN DE OBSTRUCCIÓN
464.51	SUPRAGLOTITIS CON OBSTRUCCIÓN
465	INFECCIONES AGUDAS DE VÍAS RESPIR SUP DE LOCALIZ MÚLTIPLE O LOCALIZ NO ESPECIFICADA
465.0	LARINGOFARINGITIS AGUDA
465.8	OTRAS LOCALIZACIONES MÚLTIPLES
465.9	INFECCIONES AGUDAS DE VIAS RESPIR SUP LOCALIZACIÓN NO ESPECIFICADA
466	BRONQUITIS Y BRONQUIOLITIS AGUDAS
466.0	BRONQUITIS AGUDA
466.1	BRONQUIOLITIS AGUDA
466.11	BRONQUIOLITIS AGUDA DEBIDA AL VIRUS RESPIRATORIO SINCITAL (VRS)
466.19	BRONQUIOLITIS AGUDA DEBIDA A OTROS ORGANISMOS INFECCIOSO
473-478.71	OTRAS ENFERMEDADES DEL TRACTO RESPIRATORIO SUPERIOR
473	SINUSITIS CRÓNICA
473.0	SINUSITIS CRÓNICA MAXILAR
473.1	SINUSITIS CRÓNICA FRONTAL
473.2	SINUSITIS CRÓNICA ETMOIDAL
473.3	SINUSITIS CRÓNICA ESFENOIDAL
473.8	SINUSITIS CRÓNICA OTRA SINUSITIS CRÓNICA
473.9	SINUSITIS CRÓNICA NO ESPECIFICADA
475	ABSCESO PERITONSILAR
478.71	CELULITIS Y PERICONDRITIS LARÍNGEAS
480-487.8	NEUMONIA Y GRIPE
480	NEUMONÍA VIRAL
480.0	NEUMONÍA POR ADENOVIRUS
480.1	NEUMONÍA POR VIRUS SINCITAL RESPIRATORIO
480.2	NEUMONÍA POR VIRUS DE PARAINFLUENZA
480.8	NEUMONÍA POR OTRO VIRUS NO CLASIFICADO BAJO OTROS CONCEPTOS
480.9	NEUMONÍA VIRAL NO ESPECIFICADA
481	NEUMONÍA NEUMOCÓCICA (NEUMONÍA POR ESTREPTOCOCO PNEUMONIAE)

Anexo I. Códigos estudiados referidos a enfermedades infecciosas

COD.	TITULO
482	OTRA NEUMONÍA BACTERIANA
482.0	NEUMONÍA POR KLBSIELLA PNEUMONIAE
482.1	NEUMONÍA POR PSEUDOMONAS
482.2	NEUMONÍA POR HAEMOPHILUS INFLUENZAE (H.INFLUENZAE)
482.3	NEUMONÍA POR ESTREPTOCOCOS
482.30	NEUMONIA POR ESTREPTOCOCO INESPECIFICO
482.31	NEUMONIA POR ESTREPTOCOCO GRUPO A
482.32	NEUMONIA POR ESTREPTOCOCO GRUPO B
482.39	NEUMONIA POR OTROS ESTREPTOCOCOS
482.4	NEUMONÍA POR ESTAFILOCOCOS
482.40	NEUMONIA POR ESTAFILOCOCO NO ESPECIFICADO
482.41	NEUMONIA POR ESTAFILOCOCO AUREUS
482.49	OTRA NEUMONIA POR ESTAFILOCOCO
482.8	NEUMONÍA POR OTRA BACTERIA ESPECIFICADA
482.81	NEUMONÍA POR OTRA BACTERIA ESPECIFICADA ANAEROBIOS
482.82	NEUMONÍA POR OTRA BACTERIA ESPECIFICADA ESCHERICHIA COLI (E.COLI)
482.83	NEUMONÍA POR OTRA BACTERIA ESPECIFICADA OTRAS BACTERIAS GRAM-NEGATIVAS
482.84	NEUMONÍA POR OTRA BACTERIA ESPECIFICADA ENFERMEDAD DEL LEGIONARIO
482.89	NEUMONÍA POR OTRA BACTERIA ESPECIFICADA OTRAS BACTERIAS ESPECIFICADAS
482.9	NEUMONÍA BACTERIANA NO ESPECIFICADA
483	NEUMONÍA POR OTRO ORGANISMO ESPECIFICADO
483.0	NEUMONÍA POR MYCOPLASMA
483.1	NEUMONÍA POR CHLAMYDIA
483.8	NEUMONÍA POR OTRO ORGANISMO ESPECIFICADO
484	NEUMONÍA EN ENFERMEDADES INFECCIOSAS CLASIFICADAS BAJO OTROS CONCEPTOS
484.1	NEUMONÍA EN ENFERMEDADES DE INCLUSIONES CITOMEGÁLICAS
484.3	NEUMONÍA EN TOSFERINA
484.5	NEUMONÍA EN ÁNTRAX
484.6	NEUMONÍA EN ASPERGILOSIS
484.7	NEUMONÍA EN OTRAS MICOSIS SINTÉMICAS
484.8	NEUMONÍA EN OTRAS ENFERMEDADES INFECCIOSAS CLASIFICADAS BAJO OTROS CONCEPTOS

ANEXO I. CÓDIGOS ESTUDIADOS REFERIDOS A ENFERMEDADES INFECCIOSAS

Anexo I. Códigos estudiados referidos a enfermedades infecciosas

COD.	TITULO
485	BRONCONEUMONÍA, ORGANISMO SIN ESPECIFICAR
486	NEUMONÍA, ORGANISMO NO ESPECIFICADO
487	GRIPE
487.0	GRIPE CON NEUMONÍA
487.1	GRIPE CON OTRAS MANIFESTACIONES RESPIRATORIAS
487.8	GRIPE CON OTRAS MANIFESTACIONES
491.1	ENFERMEDAD PULMONAR OBSTRUCTIVA CRÓNICA Y ENFERMEDADES ASOCIADAS
491.1	BRONQUITIS CRÓNICA MUCOPURULENTO
510-519.2	OTRAS ENFERMEDADES DEL APARATO RESPIRATORIO
510	EMPIEMA
510.0	EMPIEMA CON FÍSTULA
510.9	EMPIEMA SIN MENCIÓN DE FÍSTULA
511	PLEURESÍA
511.0	PLEURESÍA SIN MENCIÓN DE DERRAME O DE TUBERCULOSIS ACTUAL
511.1	PLEURESÍA CON DERRAME, CON MENCIÓN DE CAUSA BACTERIANA QUE NO SEA TUBERCULOSIS
511.8	OTRAS FORMAS ESPECIFICADAS DE DERRAME, SALVO LAS TUBERCULOSIS
511.9	DERRAME PLEURAL NO ESPECIFICADO
513	ABSCESO DE PULMÓN Y MEDIASTINO
513.0	ABSCESO DE PULMÓN
513.1	ABSCESO DE MEDIASTINO
518.6	ASPERGILOSIS BRONCOPULMONAR ALÉRGICA
519.01	INFECCIÓN DE TRAQUEOSTOMÍA
519.2	MEDIASTITIS
522.0-576.1	ENFERMEDADES DEL APARATO DIGESTIVO
522.0-529.0	ENFERMEDADES DE LA CAVIDAD ORAL, GLÁNDULAS SALIVARES Y MAXILARES
522.0	PULPITIS
522.5	ABSCESO PERIAPICAL SIN SENO
522.7	ABSCESO PERIAPICAL CON SENO
523.3	PERIODONTITIS AGUDA
526.4	PROCESOS INFLAMATORIOS
527.3	ABSCESO

Anexo I. Códigos estudiados referidos a enfermedades infecciosas

COD.	TITULO
528.3	CELULITIS Y ABSCESOS
529.0	GLOSITIS
540-542	APENDICITIS
540	APENDICITIS AGUDA
540.0	APENDICITIS AGUDA CON PERITONITIS GENERALIZADA.
540.1	APENDICITIS AGUDA CON ABSCESO PERITONEAL
540.9	APENDICITIS AGUDA SIN MENCION DE PERITONITIS
541	APENDICITIS SIN CALIFICAR
542	OTRA APENDICITIS
567-569.5	OTRAS ENFERMEDADES DEL INTESTINO Y DEL PERITONEO
567	PERITONITIS
567.0	PERITONITIS EN ENFERMEDADES INFECCIOSAS CLASIFICADAS BAJO OTROS CONCEPTOS
567.1	PERITONITIS NEUMOCOCICA
567.2	OTRA PERITONITIS SUPURATIVA
567.8	OTRAS PERITONITIS ESPECIFICADAS
567.9	PERITONITIS NO ESPECIFICADA
569.5	ABSCESO INTESTINAL
572.0-576.1	OTRAS ENFERMEDADES DEL APARATO DIGESTIVO
572.0	ABSCESO HEPÁTICO
572.1	PIEMIA PORTAL
573.1	HEPATITIS EN ENFERMEDADES VIRALES CLASIFICADAS BAJO OTROS CONCEPTOS
573.2	HEPATITIS EN OTRAS ENFERMEDADES INFECCIOSAS CLASIFICADAS BAJO OTROS CONCEPTOS
574.3	CÁLCULO DE CONDUCTO BILIAR CON COLECISTITIS AGUDA
574.6	CALCULOS VESICULA Y CONDUCTO BILIAR CON COLECISTITIS AGUDA
574.60	CALCULOS VESICULA Y CONDUCTO BIL. CON COLECIST. AGUDA, SIN MENCIÓN DE OBSTRUCCIÓN
574.61	CALCULOS VESICULA Y CONDUCTO BIL. CON COLECIST. AGUDA, CON OBSTRUCCIÓN
574.7	CALCULOS VESICULA Y CONDUCTO BILIAR CON OTRAS COLECISTITIS
574.70	CALCULOS VESICULA Y CONDUCTO BIL. CON COLECIST., SIN MENCION DE OBSTRUCCIÓN
574.71	CALCULOS VESICULA Y CONDUCTO BIL. CON COLECIST., CON OBSTRUCCIÓN
574.8	CALCULOS VESICULA Y CONDUCTO BILIAR CON COLECISTITIS AGUDA Y CRÓNICA

ANEXO I. CÓDIGOS ESTUDIADOS REFERIDOS A ENFERMEDADES INFECCIOSAS

Anexo I. Códigos estudiados referidos a enfermedades infecciosas

COD.	TITULO
574.80	CALCULOS VESIC.Y COND. BIL. CON COLEC. AGUDA Y CRON., SIN MENCIÓN DE OBSTRUCCIÓN
574.81	CALCULOS VESIC.Y COND. BIL. CON COLEC. AGUDA Y CRON., CON OBSTRUCCIÓN
575.0	COLECISTITIS AGUDA
576.1	COLANGITIS
590-616.4	ENFERMEDADES DEL APARATO GENITOURINARIO
590-599.0	OTRAS ENFERMEDADES DEL APARATO URINARIO
590	INFECCIONES RENALES
590.0	PIELONEFRITIS CRÓNICA
590.00	PIELONEFRITIS CRÓNICA SIN LESIÓN DE NECROSIS MEDULAR RENAL
590.01	PIELONEFRITIS CRÓNICA CON LESIÓN DE NECROSIS MEDULAR RENAL
590.1	PIELONEFRITIS AGUDA
590.10	PIELONEFRITIS AGUDA SIN LESIÓN DE NECROSIS MEDULAR RENAL
590.11	PIELONEFRITIS AGUDA CON LESIÓN DE NECROSIS MEDULAR RENAL
590.2	ABSCESO RENAL Y PERINÉFRICO
590.3	PIELOURETERITIS QUÍSTICA
590.8	OTRAS PIELONEFR. O PIONEFR., NO ESPEC NI COMO AGUDA NI COMO CRÓNICA
590.80	PIELONEFRITIS NO ESPECIFICADA
590.81	PIELITIS O PIELONEFRITIS EN ENFERMEDADES CLASIFICADAS BAJO OTROS CONCEPTOS
590.9	INFECCIÓN RENAL NO ESPECIFICADA
595	CISTITIS
595.0	CISTITIS AGUDA
595.1	CISTITIS INTESTICIAL CRÓNICA
595.2	OTRAS CISTITIS CRÓNICAS
595.3	TRIGONITIS
595.4	CISTITIS EN ENFERMEDADES CLASIFICADAS BAJO OTROS CONCEPTOS
595.89	OTRAS CISTITIS ESPECIFICADAS NCOC
597	URETRITIS, NO TRANSMITIDA SEXUALMENTE, Y SÍNDROME URETRAL
597.0	ABSCESO URETRAL
597.8	OTRAS URETRITIS
597.80	URETRITIS NO ESPECIFICADA
597.81	SÍNDROME URETRAL NEOM

Anexo I. Códigos estudiados referidos a enfermedades infecciosas

COD.	TITULO
597.89	OTRA URETRITIS NCOC
598.0	ESTENOSIS URETRAL POR INFECCIÓN
598.00	ESTENOSIS URETRAL POR INFECCIÓN NO ESPECIFICADA
598.01	ESTENOSIS URETRAL POR ENFERMEDADES INFECCIOSAS CLASIFICADAS BAJO OTROS CONCEPTOS
599.0	INFECCIÓN DEL TRACTO URINARIO EN SITIO NO ESPECIFICADO
601-608.81	ENFERMEDADES DE ÓRGANOS GENITALES MASCULINOS
601	ENFERMEDADES INFLAMATORIAS PROSTÁTICAS
601.0	PROSTATITIS AGUDA
601.1	PROSTATITIS CRÓNICA
601.2	ABSCESO PROSTÁTICO
601.3	PROSTATOCISTITIS
601.4	PROSTATITIS EN ENFERMEDADES CLASIFICADAS BAJO OTROS CONCEPTOS
601.8	OTRAS ENFERMEDADES INFLAMATORIAS ESPECIFICADAS DE LA PRÓSTATA
601.9	PROSTATITIS NO ESPECIFICADA
603.1	HIDROCELE INFECTADO
604	ORQUITIS Y EPIDIDIMITIS
604.0	ORQUITIS, EPIDIDIMITIS Y ORQUIEPIDIDIMITIS CON ABSCESO
604.9	OTRA ORQUITIS, EPIDIDIMITIS Y ORQUIEPIDIDIMITIS SIN MENCIÓN DE ABSCESO
604.90	ORQUITIS Y EPIDIDIMITIS NEOM
604.91	ORQUITIS Y EPIDIDIMITIS EN ENFERMEDADES CLASIFICADAS BAJO OTROS CONCEPTOS
604.99	OTRA ORQUITIS, EPIDIDIMITIS Y ORQUIOEPIDIDIMITIS SIN ABSCESO NCOC
607.1	BALANOPOSTITIS
608.0	VESICULITIS SEMINAL
608.4	OTROS TRASTORNOS INFLAMATORIOS DE LOS ÓRGANOS GENITALES MASCULINOS
608.81	TRASTORNOS DE ÓRGANOS GENITALES MASCULINOS EN ENF CLASIF BAJO OTROS CONCEPTOS
610.0	TRASTORNOS DE LA MAMA
611.0	ENFERMEDADES INFLAMATORIAS DE LA MAMA
614-616.4	ENFERMEDAD INFLAMATORIA DE LOS ÓRGANOS PÉLVICOS FEMENINOS
614	ENFERMEDAD INFLAMATORIA DE OVARIO, T DE FALOPIO, TEJIDO CEL PÉLVICO Y PERITONEO
614.0	SALPINGITIS Y OOFORITIS AGUDAS

ANEXO I. CÓDIGOS ESTUDIADOS REFERIDOS A ENFERMEDADES INFECCIOSAS

Anexo I. Códigos estudiados referidos a enfermedades infecciosas

COD.	TITULO
614.1	SALPINGITIS Y OOFORITIS CRÓNICAS
614.2	SALPINGITIS Y OOFORITIS NO ESPECIF COMO AGUDAS, SUBAGUDAS O CRÓNICAS
614.3	PARAMETRITIS Y CELULITIS PÉLVICAS AGUDAS
614.4	PARAMETRITIS Y CELULITIS PÉLVICAS CRÓNICAS O NO ESPECIFICADAS
614.5	PERITONITIS PÉLVICA AGUDA O NO ESPECIFICADA, FEMENINA
614.7	OTRA PERITONITIS PÉLVICA CRÓNICA FEMENINA
614.8	OTRA ENF INFLAMATORIA ESPECIFICADA DE LOS ÓRGANOS Y TEJIDOS PÉLVICOS FEMENINOS
614.9	ENF INFLAMATORIA NO ESPECIFICADA DE LOS ÓRGANOS Y TEJIDOS PÉLVICOS FEMENINOS
615	ENFERMEDADES INFLAMATORIAS DEL ÚTERO, SALVO LAS DEL CÉRVIX
615.0	ENFERMEDADES INFLAMATORIAS DEL ÚTERO, SALVO LAS DEL CÉRVIX, AGUDA
615.1	ENFERMEDADES INFLAMATORIAS DEL ÚTERO, SALVO LAS DEL CÉRVIX, CRÓNICA
615.9	ENFERMEDAD INFLAMATORIA NO ESPECIFICADA DEL ÚTERO
616	ENFERMEDADES INFLAMATORIAS DE CÉRVIX, VAGINA Y VULVA
616.0	CERVICITIS Y ENDOCERVICITIS
616.1	VAGINITIS Y VULVOVAGINITIS
616.11	VAGINITIS Y VULVOVAGINITIS EN ENFERMEDADES CLASIFICADAS BAJO OTROS CONCEPTOS
616.3	ABSCESO DE LA GLÁNDULA DE BARTHOLIN
616.4	OTRO ABSCESO DE LA VULVA
634.0-675.94	INFECCIÓN EN GESTACIÓN, PARTO Y PUERPERIO
634.0-639.0	OTRO EMBARAZO CON RESULTADO ABORTIVO
634.0	ABORTO ESPONTANEO COMPLICADO POR INFECCIÓN PÉLVICA Y DEL TRACTO GENITAL
635.0	ABORTO LEGALMENTE INDUCIDO COMPLICADO POR INFECCIÓN PÉLVICA Y DEL TRACTO GENITAL
636.0	ABORTO INDUCIDO DE FORMA ILEGAL COMPLICADO POR INFEC PÉLVICA Y DEL TRACTO GENITAL
637.0	ABORTO NO ESPECIFICADO COMPLICADO POR INFECCIÓN PÉLVICA Y DEL TRACTO GENITAL
638.0	INTENTO FALLIDO DE ABORTO COMPLICADO POR INFECCIÓN PÉLVICA Y DEL TRACTO GENITAL
639.0	INFECCIÓN PÉLVICA Y DEL TRACTO GENITAL DESPUÉS DEL ABORTO Y EMBARAZO ECTÓPICO
646.5-647.9	COMPLICACIONES PRINCIPALMENTE RELACIONADAS CON EL EMBARAZO
646.5	BACTERIURIA ASINTOMÁTICA DEL EMBARAZO

Anexo I. Códigos estudiados referidos a enfermedades infecciosas

COD.	TITULO
646.6	INFECCIONES DEL TRACTO GENITOURINARIO EN EL EMBARAZO
647	ENF INFECC Y PARASIT DE MADRE CLASIF BAJO OTROS CONCEP, COMPLICAN EMB, PARTO O PUERPERIO
647.0	ENF INFECC Y PARASIT DE MADRE CLASIF BAJO OTROS CONCEP, COMPLICAN EMB, PARTO O PUERPERIO: SIFILIS
647.1	ENF INFECC Y PARASIT DE MADRE CLASIF BAJO OTROS CONCEP, COMPLICAN EMB, PARTO O PUERPERIO: GONORREA
647.2	ENF INFECC Y PARASIT DE MADRE CLASIF BAJO OTROS CONCEP, COMPLICAN EMB, PARTO O PUERPERIO: OTRAS ENFERMEDADES VENEREAS
647.3	ENF INFECC Y PARASIT DE MADRE CLASIF BAJO OTROS CONCEP, COMPLICAN EMB, PARTO O PUERPERIO: TUBERCULOSIS
647.4	ENF INFECC Y PARASIT DE MADRE CLASIF BAJO OTROS CONCEP, COMPLICAN EMB, PARTO O PUERPERIO: PALUDISMO
647.5	ENF INFECC Y PARASIT DE MADRE CLASIF BAJO OTROS CONCEP, COMPLICAN EMB, PARTO O PUERPERIO: RUBEOLA
647.6	ENF INFECC Y PARASIT DE MADRE CLASIF BAJO OTROS CONCEP, COMPLICAN EMB, PARTO O PUERPERIO: OTRAS ENFERMEDADES VIRALES
647.8	ENF INFECC Y PARASIT DE MADRE CLASIF BAJO OTROS CONCEP, COMPLICAN EMB, PARTO O PUERPERIO: OTRAS ENFERMEDADES INFECCIOSAS Y PARASITARIAS ESPECIFICADAS
647.9	ENF INFECC Y PARASIT DE MADRE CLASIF BAJO OTROS CONCEP, COMPLICAN EMB, PARTO O PUERPERIO: INFECCION O INFESTACION NO ESPECIFICADA
655.3-659.3	PARTO NORMAL Y OTRAS INDICACIONES PARA CUIDADOS DURANTE EL EMBARAZO, TRABAJO DE PARTO Y PARTO
655.3	SOSPECHA DE LESIÓN FETAL POR INFECCIÓN VIRAL DE LA MADRE
658.4	INFECCION DE LA CAVIDAD AMNIOTICA
658.40	INFECCION CAVIDAD AMNIOTICA-CUIDADOS NEOM
658.41	INFECCION CAVIDAD AMNIOTICA-PARIDA C/S PATOL ANTEPARTO/PARTO
658.43	INFECCION CAVIDAD AMNIOTICA-COMPLICACION ANTEPARTO
659.2	FIEBRE MATERNA DURANTE EL PARTO, NO ESPECIFICADA
659.3	INFECCIÓN GENERALIZADA DURANTE EL PARTO
670-675.94	COMPLICACIONES DEL PUERPERIO
670	INFECCION PUERPERAL GRAVE
670.0	INFECCION PUERPERAL GRAVE
670.00	INFECCION PUERPERAL GRAVE-CUIDADOS NEOM
670.02	INFECCION PUERPERAL GRAVE-PARIDA, COMPLICACION POSTPARTO
670.04	INFECCION PUERPERAL GRAVE-COMPLICACION DE PUERPERIO
672	FIEBRE DE ORIGEN DESCONOCIDO DURANTE EL PUERPERIO
672.00	F.O.D. DURANTE EL PUERP SIN ESPECIF CON RESPECTO AL EPISODIO DE CUIDADO O NO APLICABLE

ANEXO I. CÓDIGOS ESTUDIADOS REFERIDOS A ENFERMEDADES INFECCIOSAS

Anexo I. Códigos estudiados referidos a enfermedades infecciosas

COD.	TITULO
672.02	F.O.D. DURANTE EL PUERPERIO PARIDA, CON MENCIÓN DE COMPLICACIÓN POSTPARTO
672.04	FIEBRE DE ORIGEN DESCONOCIDO DURANTE EL PUERPERIO ESTADO O COMPLICACIÓN POSTPARTO
675	INFECCIONES DE LA MAMA Y DEL PEZÓN ASOCIADAS AL PARTO
675.0	INFECCIONES DE LA MAMA Y DEL PEZÓN ASOCIADAS AL PARTO: INFECCIONES DE PEZÓN
675.00	INFECCIONES DE LA MAMA Y DEL PEZÓN ASOCIADAS AL PARTO
675.01	INFECC DE MAMA Y PEZÓN ASOCIAD AL PARTO PARIDA, CON O SIN MENCIÓN DE ESTADO ANTEPARTO
675.02	INFECC DE MAMA Y PEZÓN ASOCIAD AL PARTO PARIDA, CON MENCIÓN DE COMPLIC POSTPARTO
675.03	INFECC DE LA MAMA Y DEL PEZÓN ASOCIADAS AL PARTO ESTADO O COMPLICACIÓN ANTEPARTO
675.04	INFECC DE LA MAMA Y DEL PEZÓN ASOCIADAS AL PARTO ESTADO O COMPLICACIÓN POSTPARTO
675.1	INFECCIONES DE LA MAMA Y DEL PEZÓN ASOCIADAS AL PARTO: ABSCESO DE MAMA
675.10	ABSCESO DE MAMA CON RESPECTO AL EPISODIO DE CUIDADO O NO APLICABLE
675.11	ABSCESO DE MAMA PARIDA, CON O SIN MENCIÓN DE ESTADO ANTEPARTO
675.12	ABSCESO DE MAMA PARIDA, CON MENCIÓN DE COMPLICACIÓN POSTPARTO
675.13	ABSCESO DE MAMA ESTADO O COMPLICACIÓN ANTEPARTO
675.14	ABSCESO DE MAMA ESTADO O COMPLICACIÓN POSTPARTO
675.2	INFECCIONES DE LA MAMA Y DEL PEZÓN ASOCIADAS AL PARTO: MASTITIS NO PURULENTA
675.20	MASTITIS NO PURULENTA CON RESPECTO AL EPISODIO DE CUIDADO O NO APLICABLE
675.21	MASTITIS NO PURULENTA PARIDA, CON O SIN MENCIÓN DE ESTADO ANTEPARTO
675.22	MASTITIS NO PURULENTA PARIDA, CON MENCIÓN DE COMPLICACIÓN POSTPARTO
675.23	MASTITIS NO PURULENTA ESTADO O COMPLICACIÓN ANTEPARTO
675.24	MASTITIS NO PURULENTA ESTADO O COMPLICACIÓN POSTPARTO
675.8	INFECCIONES DE LA MAMA Y DEL PEZÓN ASOCIADAS AL PARTO: OTRAS INFECCIONES ESPECIFICADAS DE LA MAMA Y DEL PEZÓN
675.80	OTRAS INFECC ESPECIF DE MAMA Y PEZÓN PARIDA CON RESPEC EPISODIO DE CUIDADO O NO APLIC
675.81	OTRAS INFECC ESPECIF DE MAMA Y PEZÓN PARIDA, CON O SIN MENCIÓN DE ESTADO ANTEPARTO
675.82	OTRAS INFECC ESPECIF DE MAMA Y PEZÓN PARIDA, CON MENCIÓN DE COMPLIC POSTPARTO
675.83	OTRAS INFECC ESPECIF DE MAMA Y PEZÓN PARIDA ESTADO O COMPLICACIÓN ANTEPARTO
675.84	OTRAS INFECC ESPECIF DE MAMA Y PEZÓN PARIDA ESTADO O COMPLICACIÓN POSTPARTO
675.9	INFECCIONES DE LA MAMA Y DEL PEZÓN ASOCIADAS AL PARTO: INFECCIÓN NO ESPECIFICADA DE LA MAMA Y DEL PEZÓN

Anexo I. Códigos estudiados referidos a enfermedades infecciosas

COD.	TITULO
675.90	IN FEC NO ESPECIF DE MAMA Y PEZÓN CON RESPECTO AL EPISODIO DE CUIDADO O NO APLICABLE
675.91	IN FEC NO ESPECIF DE LA MAMA Y DEL PEZÓN PARIDA, CON O SIN MENCIÓN DE ESTADO ANTEPARTO
675.92	IN FEC NO ESPECIF DE MAMA Y PEZÓN PARIDA, CON MENCIÓN DE COMPLICACIÓN POSTPARTO
675.93	INFECCIÓN NO ESPECIFICADA DE LA MAMA Y DEL PEZÓN ESTADO O COMPLICACIÓN ANTEPARTO
675.94	INFECCIÓN NO ESPECIFICADA DE LA MAMA Y DEL PEZÓN ESTADO O COMPLICACIÓN POSTPARTO
680-686.9	INFECCIONES DE LA PIEL Y DEL TEJIDO CELULAR SUBCUTÁNEO
680	CARBUNCO Y FORÚNCULO
680.0	CARBUNCO Y FORÚNCULO: CARA
680.1	CARBUNCO Y FORÚNCULO: CUELLO
680.2	CARBUNCO Y FORÚNCULO: TRONCO
680.3	CARBUNCO Y FORÚNCULO: BRAZO Y ANTEBRAZO
680.4	CARBUNCO Y FORÚNCULO: MANO
680.5	CARBUNCO Y FORÚNCULO: NALGA
680.6	CARBUNCO Y FORÚNCULO: PIERNA, SALVO PIE
680.7	CARBUNCO Y FORÚNCULO: PIE
680.8	CARBUNCO Y FORÚNCULO: OTROS SITIOS ESPECIFICADOS
680.9	CARBUNCO Y FORÚNCULO: SITIO NO ESPECIFICADO
681	CELULITIS Y ABSCESO DE LOS DEDOS DE LA MANO Y DEL PIE
681.0	CELULITIS Y ABSCESO DE LOS DEDOS DE LA MANO Y DEL PIE: DEDO DE LA MANO
681.00	CELULITIS Y ABSCESO NO ESPECIFICADO DEDO MANO
681.01	PARONIQUIA DEDO MANO
681.02	ONIQUIA Y PARONIQUIA DE DEDO MANO
681.1	CELULITIS Y ABSCESO DE LOS DEDOS DE LA MANO Y DEL PIE: DEDO DEL PIE
681.10	CELULITIS Y ABSCESO NO ESPECIFICADO DEDO PIE
681.11	ONIQUIA Y PARONIQUIA DEDO PIE
681.9	CELULITIS Y ABSCESO DE LOS DEDOS DE LA MANO Y DEL PIE: DEDO NO ESPECIFICADO
682	OTRA CELULITIS Y ABSCESO
682.0	OTRA CELULITIS Y ABSCESO: CARA
682.1	OTRA CELULITIS Y ABSCESO: CUELLO
682.2	OTRA CELULITIS Y ABSCESO: TRONCO

ANEXO I. CÓDIGOS ESTUDIADOS REFERIDOS A ENFERMEDADES INFECCIOSAS

Anexo I. Códigos estudiados referidos a enfermedades infecciosas

COD.	TITULO
682.3	OTRA CELULITIS Y ABSCESO: BRAZO Y ANTEBRAZO
682.4	OTRA CELULITIS Y ABSCESO: MANO, SALVO DEDOS Y PULGAR
682.5	OTRA CELULITIS Y ABSCESO: NALGA
682.6	OTRA CELULITIS Y ABSCESO: PIERNA, SALVO PIE
682.7	OTRA CELULITIS Y ABSCESO: PIE, SALVO DEDOS
682.8	OTRA CELULITIS Y ABSCESO: OTROS SITOS ESPECIFICADOS
682.9	OTRA CELULITIS Y ABSCESO: SITIO NO ESPECIFICADO
683	LINFADENITIS AGUDA
684	IMPÉTIGO
686	OTRAS INFECCIONES LOCALES DE LA PIEL Y DE LOS TEJIDOS SUBCUTÁNEOS
686.0	OTRAS INFECCIONES LOCALES DE LA PIEL Y DE LOS TEJIDOS SUBCUTÁNEOS: PIODERMITIS
686.00	OTRAS INFECCIONES LOCALES DE LA PIEL Y DE LOS TEJIDOS SUBCUTÁNEOS: PIODERMITIS, NO ESPECIFICADA
686.01	OTRAS INFECCIONES LOCALES DE LA PIEL Y DE LOS TEJIDOS SUBCUTÁNEOS: PIODERMITIS GANGRENOSA
686.09	OTRAS INFECCIONES LOCALES DE LA PIEL Y DE LOS TEJIDOS SUBCUTÁNEOS: OTRA PIODERMITIS
686.1	OTRAS INFECCIONES LOCALES DE LA PIEL Y DE LOS TEJIDOS SUBCUTÁNEOS: GRANULOMA PIÓGENO
686.8	OTRAS INFECCIONES LOCALES ESPECIFICADAS DE LA PIEL Y DE LOS TEJIDOS SUBCUTÁNEOS
686.9	INFECCIÓN LOCAL NO ESPECIFICADA DE LA PIEL Y DE LOS TEJIDOS SUBCUTÁNEOS
711-730.99	ENFERMEDADES MÚSCULO-ESQUELÉTICO-CONECTIVO
711-711.99	ARTROPATÍAS Y TRASTORNOS RELACIONADOS
711	ARTROPATÍA ASOCIADA CON INFECCIONES
711.0	ARTRITIS PIÓGENA
711.00	ARTRITIS PIÓGENA LOCALIZACIÓN NO ESPECIFICADA
711.01	ARTRITIS PIÓGENA REGIÓN DEL HOMBRO
711.02	ARTRITIS PIÓGENA BRAZO
711.03	ARTRITIS PIÓGENA ANTEBRAZO
711.04	ARTRITIS PIÓGENA MANO
711.05	ARTRITIS PIÓGENA REGIÓN PÉLVICA Y MUSLO
711.06	ARTRITIS PIÓGENA PIERNA
711.07	ARTRITIS PIÓGENA TOBILLO Y PIE

Anexo I. Códigos estudiados referidos a enfermedades infecciosas

COD.	TITULO
711.08	ARTRITIS PIÓGENA OTRAS LOCALIZACIONES ESPECIFICADAS
711.09	ARTRITIS PIÓGENA LOCALIZACIONES MÚLTIPLES
711.4	ARTROPATÍA ASOCIADA CON OTRAS ENFERMEDADES BACTERIANAS
711.40	ARTROPATÍA ASOCIADA CON OTRAS ENFERM BACTERIANAS LOCALIZACIÓN NO ESPECIFICADA
711.41	ARTROPATÍA ASOCIADA CON OTRAS ENFERMEDADES BACTERIANAS REGIÓN DEL HOMBRO
711.42	ARTROPATÍA ASOCIADA CON OTRAS ENFERMEDADES BACTERIANAS BRAZO
711.43	ARTROPATÍA ASOCIADA CON OTRAS ENFERMEDADES BACTERIANAS ANTEBRAZO
711.44	ARTROPATÍA ASOCIADA CON OTRAS ENFERMEDADES BACTERIANAS MANO
711.45	ARTRITIS PIÓGENA REGIÓN PÉLVICA Y MUSLO
711.46	ARTROPATÍA ASOCIADA CON OTRAS ENFERMEDADES BACTERIANAS PIERNA
711.47	ARTROPATÍA ASOCIADA CON OTRAS ENFERMEDADES BACTERIANAS TOBILLO Y PIE
711.48	ARTROPATÍA ASOCIADA CON OTRAS ENFERM BACTERIANAS OTRAS LOCALIZACIONES ESPECIFICADAS
711.49	ARTROPATÍA ASOCIADA CON OTRAS ENFERMEDADES BACTERIANAS LOCALIZACIONES MÚLTIPLES
711.5	ARTROPATÍA ASOCIADA CON INFECCIÓN VIRAL
711.50	ARTROPATÍA ASOCIADA CON INFECCIÓN VIRAL LOCALIZACIÓN NO ESPECIFICADA
711.51	ARTROPATÍA ASOCIADA CON INFECCIÓN VIRAL REGIÓN DEL HOMBRO
711.52	ARTROPATÍA ASOCIADA CON INFECCIÓN VIRAL BRAZO
711.53	ARTROPATÍA ASOCIADA CON INFECCIÓN VIRAL ANTEBRAZO
711.54	ARTROPATÍA ASOCIADA CON INFECCIÓN VIRAL MANO
711.55	ARTROPATÍA ASOCIADA CON INFECCIÓN VIRAL REGIÓN PÉLVICA Y MUSLO
711.56	ARTROPATÍA ASOCIADA CON INFECCIÓN VIRAL PIERNA
711.57	ARTROPATÍA ASOCIADA CON INFECCIÓN VIRAL TOBILLO Y PIE
711.58	ARTROPATÍA ASOCIADA CON INFECCIÓN VIRAL OTRAS LOCALIZACIONES ESPECIFICADAS
711.59	ARTROPATÍA ASOCIADA CON INFECCIÓN VIRAL LOCALIZACIONES MÚLTIPLES
711.6	ARTROPATÍA FÚNGICA
711.60	ARTOPATÍA FÚNGICA LOCALIZACIÓN NO ESPECIFICADA
711.61	ARTOPATÍA FÚNGICA REGIÓN DEL HOMBRO
711.62	ARTOPATÍA FÚNGICA BRAZO
711.63	ARTOPATÍA FÚNGICA ANTEBRAZO
711.64	ARTOPATÍA FÚNGICA MANO

ANEXO I. CÓDIGOS ESTUDIADOS REFERIDOS A ENFERMEDADES INFECCIOSAS

Anexo I. Códigos estudiados referidos a enfermedades infecciosas

COD.	TITULO
711.65	ARTROPATÍA FÚNGICA REGIÓN PÉLVICA Y MUSLO
711.66	ARTROPATÍA FÚNGICA PIERNA
711.67	ARTROPATÍA FÚNGICA TOBILLO Y PIE
711.68	ARTROPATÍA FÚNGICA OTRAS LOCALIZACIONES ESPECIFICADAS
711.69	ARTROPATÍA FÚNGICA LOCALIZACIONES MÚLTIPLES
711.7	ARTROPATÍA ASOCIADA CON HELMINTIASIS
711.70	ARTROPATÍA ASOCIADA CON HELMINTIASIS LOCALIZACIÓN NO ESPECIFICADA
711.71	ARTROPATÍA ASOCIADA CON HELMINTIASIS REGIÓN DEL HOMBRO
711.72	ARTROPATÍA ASOCIADA CON HELMINTIASIS BRAZO
711.73	ARTROPATÍA ASOCIADA CON HELMINTIASIS ANTEBRAZO
711.74	ARTROPATÍA ASOCIADA CON HELMINTIASIS MANO
711.75	ARTROPATÍA ASOCIADA CON HELMINTIASIS REGIÓN PÉLVICA Y MUSLO
711.76	ARTROPATÍA ASOCIADA CON HELMINTIASIS PIERNA
711.77	ARTROPATÍA ASOCIADA CON HELMINTIASIS TOBILLO Y PIE
711.78	ARTROPATÍA ASOCIADA CON HELMINTIASIS OTRAS LOCALIZACIONES ESPECIFICADAS
711.79	ARTROPATÍA ASOCIADA CON HELMINTIASIS LOCALIZACIONES MÚLTIPLES
711.8	ARTROPATÍA ASOCIADA CON OTRAS ENFERMEDADES INFECCIOSAS Y PARASITARIAS
711.80	ARTROPATÍA ASOCIADA CON OTRAS ENFERM INFECC Y PARASITARIAS LOCALIZACIÓN NO ESPECIF
711.81	ARTROPATÍA ASOCIADA CON OTRAS ENFERM INFECCIOSAS Y PARASITARIAS REGIÓN DEL HOMBRO
711.82	ARTROPATÍA ASOCIADA CON OTRAS ENFERMEDADES INFECCIOSAS Y PARASITARIAS BRAZO
711.83	ARTROPATÍA ASOCIADA CON OTRAS ENFERMEDADES INFECCIOSAS Y PARASITARIAS ANTEBRAZO
711.84	ARTROPATÍA ASOCIADA CON OTRAS ENFERMEDADES INFECCIOSAS Y PARASITARIAS MANO
711.85	ARTROPATÍA ASOCIADA CON OTRAS ENFERM INFECC Y PARASITARIAS REGIÓN PÉLVICA Y MUSLO
711.86	ARTROPATÍA ASOCIADA CON OTRAS ENFERMEDADES INFECCIOSAS Y PARASITARIAS PIERNA
711.87	ARTROPATÍA ASOCIADA CON OTRAS ENFERMEDADES INFECCIOSAS Y PARASITARIAS TOBILLO Y PIE
711.88	ARTROPATÍA ASOCIADA CON OTRAS ENFERM INFECC Y PARASIT OTRAS LOCALIZACIONES ESPECIF
711.89	ARTROPATÍA ASOCIADA CON OTRAS ENFERM INFECC Y PARASITARIAS LOCALIZACIONES MÚLTIPLES
711.9	ARTRITIS INFECCIOSA NO ESPECIFICADA

Anexo I. Códigos estudiados referidos a enfermedades infecciosas

COD.	TITULO
711.90	ARTRITIS INFECCIOSA NO ESPECIFICADA LOCALIZACIÓN NO ESPECIFICADA
711.91	ARTRITIS INFECCIOSA NO ESPECIFICADA REGIÓN DEL HOMBRO
711.92	ARTRITIS INFECCIOSA NO ESPECIFICADA BRAZO
711.93	ARTRITIS INFECCIOSA NO ESPECIFICADA ANTEBRAZO
711.94	ARTRITIS INFECCIOSA NO ESPECIFICADA MANO
711.95	ARTRITIS INFECCIOSA NO ESPECIFICADA REGIÓN PÉLVICA Y MUSLO
711.96	ARTRITIS INFECCIOSA NO ESPECIFICADA PIERNA
711.97	ARTRITIS INFECCIOSA NO ESPECIFICADA TOBILLO Y PIE
711.98	ARTRITIS INFECCIOSA NO ESPECIFICADA OTRAS LOCALIZACIONES ESPECIFICADAS
711.99	ARTRITIS INFECCIOSA NO ESPECIFICADA LOCALIZACIONES MÚLTIPLES
728.0	REUMATISMO, SALVO DE LA ESPALDA
728.0	MIOSITIS INFECCIOSA
730-730.99	OSTEOPATÍAS, CONDROPATÍAS Y DEFORMIDADES MUSCULOESQUELÉTICAS ADQUIRIDAS
730	OSTEOMIELITIS, PERIOSTITIS Y OTRAS INFECCIONES QUE IMPLIQUE A LOS HUESOS
730.0	OSTEOMIELITIS AGUDA
730.00	OSTEOMIELITIS AGUDA LOCALIZACIÓN NO ESPECIFICADA
730.01	OSTEOMIELITIS AGUDA REGIÓN DEL HOMBRO
730.02	OSTEOMIELITIS AGUDA BRAZO
730.03	OSTEOMIELITIS AGUDA ANTEBRAZO
730.04	OSTEOMIELITIS AGUDA MANO
730.05	OSTEOMIELITIS AGUDA REGIÓN PÉLVICA Y MUSLO
730.06	OSTEOMIELITIS AGUDA PIERNA
730.07	OSTEOMIELITIS AGUDA TOBILLO Y PIE
730.08	OSTEOMIELITIS AGUDA OTRAS LOCALIZACIONES ESPECIFICADAS
730.09	OSTEOMIELITIS AGUDA LOCALIZACIONES MÚLTIPLES
730.1	OSTEOMIELITIS CRÓNICA
730.10	OSTEOMIELITIS CRÓNICA LOCALIZACIÓN NO ESPECIFICADA
730.11	OSTEOMIELITIS CRÓNICA REGIÓN DEL HOMBRO
730.12	OSTEOMIELITIS CRÓNICA BRAZO
730.13	OSTEOMIELITIS CRÓNICA ANTEBRAZO
730.14	OSTEOMIELITIS CRÓNICA MANO
730.15	OSTEOMIELITIS CRÓNICA REGIÓN PÉLVICA Y MUSLO

ANEXO I. CÓDIGOS ESTUDIADOS REFERIDOS A ENFERMEDADES INFECCIOSAS

Anexo I. Códigos estudiados referidos a enfermedades infecciosas

COD.	TITULO
730.16	OSTEOMIELITIS CRÓNICA PIERNA
730.17	OSTEOMIELITIS CRÓNICA TOBILLO Y PIE
730.18	OSTEOMIELITIS CRÓNICA OTRAS LOCALIZACIONES ESPECIFICADAS
730.19	OSTEOMIELITIS CRÓNICA LOCALIZACIONES MÚLTIPLES
730.2	OSTEOMIELITIS NO ESPECIFICADA
730.20	OSTEOMIELITIS NO ESPECIFICADA LOCALIZACIÓN NO ESPECIFICADA
730.21	OSTEOMIELITIS NO ESPECIFICADA REGIÓN DEL HOMBRO
730.22	OSTEOMIELITIS NO ESPECIFICADA BRAZO
730.23	OSTEOMIELITIS NO ESPECIFICADA ANTEBRAZO
730.24	OSTEOMIELITIS NO ESPECIFICADA MANO
730.25	OSTEOMIELITIS NO ESPECIFICADA REGIÓN PÉLVICA Y MUSLO
730.26	OSTEOMIELITIS NO ESPECIFICADA PIERNA
730.27	OSTEOMIELITIS NO ESPECIFICADA TOBILLO Y PIE
730.28	OSTEOMIELITIS NO ESPECIFICADA A OTRAS LOCALIZACIONES ESPECIFICADAS
730.29	OSTEOMIELITIS NO ESPECIFICADA LOCALIZACIONES MÚLTIPLES
730.3	PERIOSTITIS SIN MENCIÓN DE OSTEOMIELITIS
730.30	PERIOSTITIS SIN MENCIÓN DE OSTEOMIELITIS LOCALIZACIÓN NO ESPECIFICADA
730.31	PERIOSTITIS SIN MENCIÓN DE OSTEOMIELITIS REGIÓN DEL HOMBRO
730.32	PERIOSTITIS SIN MENCIÓN DE OSTEOMIELITIS BRAZO
730.33	PERIOSTITIS SIN MENCIÓN DE OSTEOMIELITIS ANTEBRAZO
730.34	PERIOSTITIS SIN MENCIÓN DE OSTEOMIELITIS MANO
730.35	PERIOSTITIS SIN MENCIÓN DE OSTEOMIELITIS REGIÓN PÉLVICA Y MUSLO
730.36	PERIOSTITIS SIN MENCIÓN DE OSTEOMIELITIS PIERNA
730.37	PERIOSTITIS SIN MENCIÓN DE OSTEOMIELITIS TOBILLO Y PIE
730.38	PERIOSTITIS SIN MENCIÓN DE OSTEOMIELITIS OTRAS LOCALIZACIONES ESPECIFICADAS
730.39	PERIOSTITIS SIN MENCIÓN DE OSTEOMIELITIS LOCALIZACIONES MÚLTIPLES
730.80	OTRAS INFECCIONES QUE IMPLICAN AL HUESO EN ENFERMEDAD CLASIFICADA BAJO OTRO CONCEPTO LOCALIZACIÓN NO ESPECÍFICA
730.81	OTRAS INFECCIONES QUE IMPLICAN AL HUESO EN ENFERMEDAD CLASIFICADA BAJO OTRO CONCEPTO REGIÓN HOMBRO
730.82	OTRAS INFECCIONES QUE IMPLICAN AL HUESO EN ENFERMEDAD CLASIFICADA BAJO OTRO CONCEPTO BRAZO
730.83	OTRAS INFECCIONES QUE IMPLICAN AL HUESO EN ENFERMEDAD CLASIFICADA BAJO OTRO CONCEPTO ANTEBRAZO

Anexo I. Códigos estudiados referidos a enfermedades infecciosas

COD.	TITULO
730.84	OTRAS INFEC QUE IMPLICAN AL HUESO EN ENFERM CLASIFICADAS BAJO OTRO CONCEPTO MANO
730.85	OTRAS INFEC QUE IMPLICAN AL HUESO EN ENF CLASIF BAJO OTRO CONCEP REG PÉLVICA Y MUSLO
730.86	OTRAS INFEC QUE IMPLICAN AL HUESO EN ENF CLASIFICADAS BAJO OTRO CONCEPTO PIERNA
730.87	OTRAS INFEC QUE IMPLICAN AL HUESO EN ENF CLASIFICADAS BAJO OTRO CONCEPTO TOBILLO Y PIE
730.88	OTRAS INFEC QUE IMPLICAN AL HUESO EN ENF CLASIF BAJO OTRO CONCEP OTRAS LOCALIZ ESPECIF
730.89	OTRAS INFEC QUE IMPLICAN AL HUESO EN ENF CLASIF BAJO OTRO CONCEPTO LOCALIZ MÚLTIPLES
730.9	INFECCIÓN ÓSEA NO ESPECIFICADA
730.90	INFECCIÓN ÓSEA NO ESPECIFICADA LOCALIZACIÓN NO ESPECIFICADA
730.91	INFECCIÓN ÓSEA NO ESPECIFICADA REGIÓN DEL HOMBRO
730.92	INFECCIÓN ÓSEA NO ESPECIFICADA BRAZO
730.93	INFECCIÓN ÓSEA NO ESPECIFICADA ANTEBRAZO
730.94	INFECCIÓN ÓSEA NO ESPECIFICADA MANO
730.95	INFECCIÓN ÓSEA NO ESPECIFICADA REGIÓN PÉLVICA Y MUSLO
730.96	INFECCIÓN ÓSEA NO ESPECIFICADA PIERNA
730.97	INFECCIÓN ÓSEA NO ESPECIFICADA TOBILLO Y PIE
730.98	INFECCIÓN ÓSEA NO ESPECIFICADA OTRAS LOCALIZACIONES ESPECIFICADAS
730.99	INFECCIÓN ÓSEA NO ESPECIFICADA LOCALIZACIONES MÚLTIPLES
771-790.8	INFECCIONES CON ORIGEN EN EL PERIODO PERINATAL
771	INFECCIONES PROPIAS DEL PERÍODO PERINATAL
771.0	RUBEOLA CONGÉNITA
771.1	INFECCIÓN CONGÉNITA POR CITOMEGALOVIRUS
771.2	OTRAS INFECCIONES CONGÉNITAS
771.3	TÉTANOS DEL RECIÉN NACIDO
771.4	ONFALITIS DEL RECIÉN NACIDO
771.5	MASTITIS INFECCIOSA NEONATAL
771.6	CONJUNTIVITIS Y DACRIOCISTITIS NEONATALES
771.7	INFECCIÓN DEL RECIÉN NACIDO POR CANDIDA
771.8	OTRAS INFECCIONES PROPIAS DEL PERIODO PERINATAL
771.81	SEPTICEMIA [SEPSIS] DEL RECIÉN NACIDO

ANEXO I. CÓDIGOS ESTUDIADOS REFERIDOS A ENFERMEDADES INFECCIOSAS

Anexo I. Códigos estudiados referidos a enfermedades infecciosas

COD.	TITULO
771.82	INFECCIÓN DEL TRACTO URINARIO DEL RECIÉN NACIDO
771.83	BACTERIEMIA DEL RECIÉN NACIDO
771.89	OTRAS INFECCIONES PROPIAS DEL PERIODO PERINATAL
790.7	BACTERIEMIA
790.8	VIREMIA, NO ESPECIFICADA
958.3-996.62	INFECCIÓN POR DISPOSITIVO, IMPLANTE, INJERTO, POSTQUIRÚRGICA O POSTRAUMÁTICA
958,3	CIERTAS COMPLICACIONES TRAUMÁTICAS Y LESIONES NO ESPECIFICADAS
958,3	INFECCIÓN DE HERIDA POSTRAUMÁTICA NO CLASIFICADA BAJO OTROS CONCEPTOS
996.6-998.59	COMPLICACIONES DE CUIDADOS QUIRÚRGICO Y MÉDICOS NO CLASIFICADOS BAJO OTROS CONCEPTOS
996.6	REACCIÓN INFECC E INFLAMAT POR DISPOSITIVO, IMPLANTACIÓN E INJERTOS PROTÉSICOS INTERNOS
996.60	POR DISPOSITIVO, IMPLANTE E INJERTO NO ESPECIFICADO
996.61	POR DISPOSITIVO, IMPLANTE E INJERTO CARDIACO
996.62	POR OTROS DISPOSITIVOS, IMPLANTES E INJERTOS VASCULARES
996.63	POR DISPOSITIVO, IMPLANTE E INJERTO EN EL SISTEMA NERVIOSO
996.64	POR CATÉTER URINARIO RESIDENTE
996.65	POR OTRO DISPOSITIVO, IMPLANTE E INJERTO GENITOURINARIO
996.66	POR PRÓTESIS DE ARTICULACIÓN INTERNA
996.67	POR OTRO DISPOSITIVO, IMPLANTE E INJERTO ORTOPÉDICO INTERNO
996.68	POR CATÉTER DE DIÁLISIS PERITONEAL
996.69	POR OTRO DISPOSITIVO, IMPLANTE E INJERTO PROTÉSICO INTERNO
997,62	COMPLICACIÓN TADIA DE MUÑÓN DE IMPUTACIÓN, INFECCIÓN CRÓNICA
998,5	INFECCIÓN POSTOPERATORIA
998,51	SEROMA POSTOPERATORIO INFECTADO
998,59	OTRAS INFECCIONES POSTOPERATORIAS

ANEXO II FRECUENCIA DE DIAGNÓSTICOS (CIE por orden alfabético)

Anexo II. Frecuencia de diagnósticos (CIE por orden alfabético)	
ABSCESO DE LA GLANDULA DE BARTHOLIN	90
ABSCESO DE LAS GLANDULAS SALIVARES	11
ABSCESO DE MEDIASTINO	3
ABSCESO DE PULMON	55
ABSCESO DEL PARPADO	8
ABSCESO HEPATICO	88
ABSCESO INTESTINAL	58
ABSCESO INTRACRANEAL	18
ABSCESO INTRAESPINAL	3
ABSCESO MAMA EN EMBARAZO-COMPLICACION ANTEPARTO	1
ABSCESO PERIAPICAL DENTAL CON SENO	34
ABSCESO PERIAPICAL DENTAL SIN SENO	33
ABSCESO PERITONSILAR	301
ABSCESO RENAL Y PERINEFRICO	13
ABSCESO SUBPERIOSTICO DE MASTOIDES	1
ACTINOMICOSIS CERVICOFACIAL	1
ACTINOMICOSIS CUTANEA	1
ACTINOMICOSIS DE OTROS SITIOS ESPECIFICADOS	1
ACTINOMICOSIS DE SITIO NO ESPECIFICADO	1
ACTINOMICOSIS PULMONAR	1
ADENOVIRUS	3
ALTERACIONES DE GENITALES MASCULINOS EN OTRAS ENFERMEDADES	1
AMIGDALITIS AGUDA	275
ANGINA DE VINCENT	1
ANGINA ESTREPTOCOCICA	11
ANTRAX CUTANEO	8
ANTRAX PULMONAR	2
APENDICITIS AGUDA CON ABSCESO PERITONEAL	234

Anexo II. Frecuencia de diagnósticos (CIE por orden alfabético)	
APENDICITIS AGUDA CON PERITONITIS GENERALIZADA.	357
APENDICITIS AGUDA SIN MENCION DE PERITONITIS	1232
APENDICITIS SIN CALIFICAR	9
ARTRITIS BACT-PELVIS Y MUSLO	1
ARTRITIS BACT-PIERNA	1
ARTRITIS DEBIDA A RUBEOLA	1
ARTRITIS EN OTRAS ENFERMEDADES BACTERIANAS	1
ARTRITIS INF NCC-ANTEBRAZO	2
ARTRITIS INF NCC-PELVIS Y MUSLO	1
ARTRITIS INF NSP-LOCALIZACIONES MULTIPLES	1
ARTRITIS INF NSP-PELVIS Y MUSLO	2
ARTRITIS INF NSP-PIERNA	4
ARTRITIS INF NSP-TOBILLO Y PIE	1
ARTRITIS PIOGEN-BRAZO	1
ARTRITIS PIOGEN-HOMBRO	9
ARTRITIS PIOGENICA-NSP	4
ARTRITIS PIOGEN-LOCALIZACIONES MULTIPLES	2
ARTRITIS PIOGEN-MANO	5
ARTRITIS PIOGEN-OTRAS LOCALIZACIONES ESPECIFICADAS	1
ARTRITIS PIOGEN-PELVIS Y MUSLO	11
ARTRITIS PIOGEN-PIERNA	23
ARTRITIS PIOGEN-TOBILLO Y PIE	10
ARTRITIS POR SALMONELLA	2
ARTRITIS VIRICA-LOCALIZACIONES MULTIPLES	1
ARTRITIS VIRICA-NSP	1
ASPERGILOSIS	16
BACILO DE FRIEDLANDER	255
BACTERIEMIA DEL RECIEN NACIDO	3
BACTEROIDES FRAGILIS	1
BALANOPOSTITIS	14
BORDETELLA PERTUSSIS	1
BOTULISMO	1
BRONCONEUMONIA ORGANISMO SIN ESPECIFICAR	790
BRONQUIECTASIA TBC-DGCO.POR CULTIVO	1

Anexo II. Frecuencia de diagnósticos (CIE por orden alfabético)	
BRONQUIECTASIA TBC-NEOM	1
BRONQUIOLITIS AGUDA	549
BRONQUIOLITIS AGUDA DEBIDA A OTROS ORGANISMOS INFECCIOSOS	262
BRONQUIOLITIS AGUDA DEBIDA AL VIRUS RESPIRATORIO SINCITAL (VRS)	316
BRONQUITIS AGUDA	879
BRONQUITIS CRONICA MUCOPURULENTA	2
BRONQUITIS Y BRONQUIOLITIS AGUDAS	1
BRUCELOSIS - SIN ESPECIFICAR	7
CALCULOS VESIC.Y COND. BIL. CON COLEC. AGUDA Y CRON., CON OB	22
CALCULOS VESIC.Y COND. BIL. CON COLEC. AGUDA Y CRON., SIN ME	7
CALCULOS VESICULA Y CONDUCTO BIL. CON COLECIST. AGUDA, CON O	7
CALCULOS VESICULA Y CONDUCTO BIL. CON COLECIST., CON OBSTRUC	16
CALCULOS VESICULA Y CONDUCTO BIL. CON COLECIST., SIN MENCION	9
CANDIDIASIS BUCAL	327
CANDIDIASIS DE OTROS SITIOS UROGENITALES	87
CANDIDIASIS DE PIEL Y UÑAS	17
CANDIDIASIS DE SITIO NO ESPECIFICADO	51
CANDIDIASIS DISEMINADA	36
CANDIDIASIS PULMONAR	27
CANDIDIASIS VULVAR Y VAGINAL	79
CARBUNCO Y FORUNCULO: TRONCO	1
CAUSA NO ESPECIFICADA DE ENCEFALITIS	35
CELULITIS Y ABCESOS BUCALES	36
CELULITIS Y ABSCESEO DE DIGITO NO ESPECIFICADO	2
CELULITIS/ABSCESEO DE LA CARA	53
CELULITIS/ABSCESEO DE LA MANO, SALVO DEDOS Y PULGAR	19
CELULITIS/ABSCESEO DE LA NALGA	54
CELULITIS/ABSCESEO DE LA PIERNA, SALVO PIE	231
CELULITIS/ABSCESEO DE OTROS SITIOS ESPECIFICADOS	10
CELULITIS/ABSCESEO DE PIE, SALVO DEDOS	76
CELULITIS/ABSCESEO DE SITIO NO ESPECIFICADO	18
CELULITIS/ABSCESEO DEL BRAZO SUPERIOR Y ANTEBRAZO (SALVO MANO	48
CELULITIS/ABSCESEO DEL CUELLO	30
CELULITIS/ABSCESEO DEL TRONCO	150

Anexo II. Frecuencia de diagnósticos (CIE por orden alfabético)	
CELULITIS/ABSCESO NO ESPECIFICADO DEDO MANO	18
CELULITIS/ABSCESO NO ESPECIFICADO DEDO PIE	123
CERVICITIS Y ENDOCERVICITIS	233
CISTITIS	1
CISTITIS AGUDA	100
CISTITIS EN OTRAS ENFERMEDADES CLASIF. BAJO OTROS CONCEPTOS	1
CISTITIS INTERSTICIAL CRONICA	13
CLOSTRIDIUM PERFRINGENS	6
COCCIDIOIDOMICOSIS SIN ESPECIFICAR	1
COLANGITIS	213
COLECISTITIS AGUDA	232
COLERA DEBIDA A VIBRIO CHOLERAE	1
COLITIS, ENTERITIS Y GASTROENTERITIS INFECCIOSAS	312
COLITIS, ENTERITIS Y GASTROENTERITIS ORIGEN PRESUM. NFECCIOSO	201
COMPLEJO TBC PRIMARIO-DGCO.POR MICROSCOPIA	1
COMPLICACION HERPES ZOSTER ESPECIFICAS	1
COMPLICACION TARDIA DE INFECCION (CRONICA) DE MUÑON AMPUTACI	26
CON OBSTRUCCION	1
CONDILOMA ACUMINADO	36
CONJUNTIVITIS Y DACRIOCISTITIS NEONATAL	31
CORIOMENINGITIS LINFOCITICA	15
CRIPTOCOCOSIS	8
CURBUNCULO Y FURUNCULO DE LA NALGA	3
CURBUNCULO Y FURUNCULO DE LA PIERNA, SALVO PIE	2
DE SITIO NO ESPECIFICADO	1
DERMATITIS HERPES ZOSTER PARPEBRAL	7
DERMATOFITOSIS DE INGLE Y ZONA PERIANAL	1
DERMATOFITOSIS DE UÑAS	7
DERMATOFITOSIS DEL CUERO CABELLUDO Y BARBA	3
DERMATOFITOSIS DEL PIE	3
DERMATOMICOSIS SIN ESPECIFICAR	4
DERRAME PLEURAL NO ESPECIFICADO	2258
DIARREA INFECCIOSA	65
DIARREA ORIGEN PRESUMIBLEMENTE INFECCIOSO	44

Anexo II. Frecuencia de diagnósticos (CIE por orden alfabético)

DIFTERIA SIN ESPECIFICAR	2
E. COLI ENTEROINVASIVO	1
E. COLI ENTEROPATOGENICO	1
E. COLI INESPECIFICO	2
ECZEMA HERPETICO	1
EFFECTOS TARDIOS DE ABCESO INTRACRANEAL O INFECCION PIOGENICA	18
EMPIEMA CON FISTULA	48
EMPIEMA SIN FISTULA	99
ENCEFALITIS EN ENFERMERMEADES VIRALES CLAS. OTROS CONCEPTOS	3
ENCEFALITIS POSTVARICELLA	1
ENCEFALITIS VIRICA SIN ESPECIF. NO PORTADAS POR ANTROPODOS	10
ENCEFALITIS/MIELITIS TBC-NEOM	1
ENDOCARDITIS AGUDA NEOM	23
ENDOCARDITIS BACTERIANA AGUDA Y SUBAGUDA	45
ENDOCARDITIS CANDIDAL	1
ENDOCARDITIS INF. AGUDA Y SUB. EN ENF.CLASIF.BAJO OTRO CONC.	2
ENDOFTALMITIS AGUDA	18
ENDOFTALMITIS CRONICA	1
ENDOFTALMITIS PURULENTA NO ESPECIFICADA	13
ENFERMEDAD DE CHAGAS SIN IMPLICACION DE ORGANO	1
ENFERMEDAD DE LA CONJUNTIVA DEBIDO A VIRUS	4
ENFERMEDAD DEL LEGIONARIO	16
ENFERMEDAD INFECCIOSA Y PARASITARIA SIN ESPECIFICAR	2
ENFERMEDAD INTESTINAL PROTOZOARIA -ESPECIFICADA	1
ENFERMEDAD JAKOB-CREUTZFELDT	4
ENFERMEDAD MICOBACTERIANA CUTANEA	2
ENFERMEDAD MICOBACTERIANA PULMONAR	5
ENFERMEDAD MICOBACTERIANA SIN ESPECIFICAR	4
ENFERMEDAD POR ARAÑAZO DE GATO	2
ENFERMEDAD POR CITOMEGALOVIRUS	12
ENFERMEDAD POR VIRUS DE INMUNODEFICIENCIA HUMANA [VIH]	417
ENFERMEDAD WHIPPLE	1
ENTERITIS BACTERIANA, SIN ESPECIFICAR	4
ENTERITIS CAMPYLOBACTER	118

Anexo II. Frecuencia de diagnósticos (CIE por orden alfabético)	
ENTERITIS CANDIDAL	3
ENTERITIS CLOSTRIDIUM DIFFICILE	17
ENTERITIS POR ADENOVIRUS	19
ENTERITIS VIRICA ESPECIFICADA	1
ENTEROBIASIS	3
ENTEROVIRUS NCOC	1
ERISPELA	22
ESOFAGITIS CANDIDAL	54
ESTADOS INFLAMATORIOS MAXILARES	17
ESTAFILOCOCO AUREUS	305
ESTAFILOCOCO INESPECIFICO	192
ESTENOSIS URETRAL POR OTRAS ENFERMEDADES INFECCIOSAS	1
ESTREPTOCOCO GRUPO A	17
ESTREPTOCOCO GRUPO B	31
ESTREPTOCOCO GRUPO C	9
ESTREPTOCOCO GRUPO D	190
ESTREPTOCOCO GRUPO G	7
ESTREPTOCOCO INESPECIFICO	132
ESTRONGILOIDIASIS	4
EXANTEMA VIRAL SIN ESPECIFICAR	24
FARINGITIS AGUDA	133
FIBROSIS TUBERCULOSA DEL PULMON NEOM	2
FIEBRE ESCARLATINA	10
FIEBRE EXANTEMATICA	1
FIEBRE FARINGOCONJUNTIVAL	1
FIEBRE INTERMITENTE NO ESPECIFICADA	1
FIEBRE POR MORDEDURA RATA SIN ESPECIFICAR	1
FIEBRE PORTADA POR GARRAPATA	2
FIEBRE PUERPERAL NEOM-PARIDA, COMPLICACION POSTPARTO	3
FIEBRE TIFOIDEA	2
FLEBITIS Y TROMBOFLEBITIS DE SENOS VENOSOS INTRACRANEALES	6
FRONTAL	2
GANGRENA GASEOSA	7
GASTROENTERITIS POR SALMONELLA	403

Anexo II. Frecuencia de diagnósticos (CIE por orden alfabético)

GIARDIASIS	1
GINGIVOSTOMATITIS HERPETICA	43
GLOSITIS	11
GRANULOMA PIOGENO	39
GRIPE CON NEUMONIA	4
GRIPE CON OTRAS MANIFESTACIONES	4
GRIPE CON OTRAS MANIFESTACIONES RESPIRATORIAS	53
H.DELTA SIN ENF.ACTIVA HEP. B/CON HEP.B PORTADOR SIN COMA HE	1
H.SIMPLE CON COMPLICACION OCULAR SIN ESPECIFICAR	1
HELICOBACTER PYLORI (H. PYLORI)	337
HEPATITIS C AGUDA O INESP. SIN MENCION DE COMA HEPATICO	247
HEPATITIS C AGUDA O INESPECIFICA CON COMA HEPATICO	40
HEPATITIS C CRONICA CON COMA HEPATICO	110
HEPATITIS C CRONICA SIN MENCION DE COMA HEPATICO	2423
HEPATITIS DE LAS PAPERAS	1
HEPATITIS E SIN MENCION DE COMA HEPATICO	2
HEPATITIS EN OTRAS ENFER. INFECC. CLASIF. BAJO OTRO CONCEPTO	3
HEPATITIS EN OTRAS ENFER. VIRICAS CLASIF. BAJO OTRO CONCEPTO	5
HEPATITIS VIRAL A CON COMA HEPATICO	1
HEPATITIS VIRAL A SIN COMA HEPATICO	36
HEPATITIS VIRAL B CON COMA HEPATICO	1
HEPATITIS VIRAL B CON COMA HEPATICO AG. O INES. SIN H. DELTA	15
HEPATITIS VIRAL B CON COMA HEPATICO CON HEPATITIS DELTA	1
HEPATITIS VIRAL B CON COMA HEPATICO, CRONICA SIN H. DELTA	6
HEPATITIS VIRAL B SIN COMA HEPATICO AG. O INES. SIN H. DELTA	226
HEPATITIS VIRAL B SIN COMA HEPATICO CON HEPATITIS DELTA	2
HEPATITIS VIRAL B SIN COMA HEPATICO, CRONICA CON H. DELTA	5
HEPATITIS VIRAL B SIN COMA HEPATICO, CRONICA SIN H. DELTA	218
HEPATITIS VIRAL SIN ESPECIFICAR SIN COMA HEPATICO	24
HERPANGINA	14
HERPES GENITAL SIN ESPECIFICAR	1
HERPES SIMPLEX SIN MENCION DE COMPLICACION	44
HERPES SIMPLEX VISCERAL	1
HERPES ZOSTER CON COMPL. SNC SIN ESPECIFICAR	2

Anexo II. Frecuencia de diagnósticos (CIE por orden alfabético)	
HERPES ZOSTER CON OTRAS COMPLICACIONES OCULARES	7
HERPES ZOSTER GENICULADO	4
HERPES ZOSTER SIN COMPLICACION	51
HIDATIDOSIS HEPATICA SIN ESPECIFICAR	81
HIDROCELE INFECTADO	2
IMPETIGO	22
INF. POR PASTEURELLA PSEUDOTUBERCULOSIS	2
INF/INFLA POR DISPOSITIVO, IMPLANTE E INJERTO EN EL S. NERVI	24
INF/INFLA POR OTRO DISPOS, IMPLANTE E INJERTO PROTES. INTERN	46
INF/INFLA POR OTRO DISPOS.IMPLANTE E INJERTO ORTOPEDICO INTE	174
INF/INFLA POR OTRO DISPOSITIVO, IMPLANTE E INJERTO GENITOURI	25
INF/INFLA POR OTROS DISPOSITIVOS, IMPLANTES E INJERTOS VASCU	220
INF/INFLA POR PROTESIS DE ARTICULACION INTERNA	92
INF/INFLAMACION POR CATETER URINARIO RESIDENTE	16
INFE/INFLA POR DISPOSITIVO, IMPLANTE E INJERTO CARDIACOS	45
INFE/INFLA POR DISPOSITIVO,IMPLANTE E INJERTO NO ESPECIFICAD	3
INFECC. AGUDA VIAS RESPIRAT. LOCALIZACION NO ESPECIFICADA	699
INFECC.AGUDAS VIAS RESPIR.SUPER.LOCAL. MULT. O LOCAL. NO ESPE	1
INFECCION NEONATAL POR CANDIDIASIS	10
INFECCION BACTERIANA SIN ESPECIFICAR	14
INFECCION CAVIDAD AMNIOTICA-COMPLICACION ANTEPARTO	2
INFECCION CAVIDAD AMNIOTICA-CUIDADOS NEOM	6
INFECCION CAVIDAD AMNIOTICA-PARIDA C/S PATOL ANTEPARTO/PARTO	25
INFECCION CONGENITA POR CITOMEGALOVIRUS	1
INFECCION DE TRAQUEOSTOMIA	10
INFECCIÓN DE TRAQUEOSTOMIA	2
INFECCION DE VIAS URINARIAS SITIO NEOM	3491
INFECCION DEL TRACTO GENITAL (POSTABORTO Y EMB. ECT. Y MOL.)	7
INFECCIÓN DEL TRACTO URINARIO DEL RECIÉN NACIDO	9
INFECCION HEPATICA POR EQ.GRANULOSUS	27
INFECCION HEPATICA POR EQ.MULTILOCULARIS	1
INFECCION LOCAL NO ESPECIFICADA DE PIEL/TEJIDOS SUBCUTANEOS	39
INFECCION OSEA NO ESPECIFICADA-LOCALIZ. MULTIPLE	1
INFECCION OSEA NO ESPECIFICADA-OTRAS LOCALIZ. ESPECIFICDAS	1

Anexo II. Frecuencia de diagnósticos (CIE por orden alfabético)	
INFECCION OSEA NO ESPECIFICADA-PELVIS Y MUSLO	1
INFECCION OSEA NO ESPECIFICADA-PIERNA	1
INFECCION OSEA NO ESPECIFICADA-TOBILLO Y PIE	2
INFECCION POR ESCHERICHIA COLI	1835
INFECCION POR ESTAFILOCOCO	11
INFECCION POR ESTREPTOCOCO	8
INFECCION POR HAEMOPHILUS INFLUENZAE	22
INFECCION POR PNEUMOCOCO	10
INFECCION POR PROTEUS (MIRABILIS) (MORGANII)	210
INFECCION POR PSEUDOMONAS	467
INFECCION POR SALMONELLA LOCALIZADA, SIN ESPECIFICAR	1
INFECCION POSTOPERATORIA	906
INFECCION POSTRAUMATICA DE HERIDA, NCOC	40
INFECCION PUERPERAL GRAVE-COMPLICACION DE PUERPERIO	12
INFECCION PUERPERAL GRAVE-CUIDADOS NEOM	1
INFECCION PUERPERAL GRAVE-PARIDA, COMPLICACION POSTPARTO	1
INFECCION PULMONAR POR EQ.GRANULOSUS	1
INFECCION RENAL NO ESPECIFICADA	12
INFECCION VIRAL INESPECIFICA	345
INFECCION VIRAL NO ESPECIFICADA	5
INFECCIONES POR ERISPELOTHRIX	1
INFECCIONES POR SALMONELLA, SIN ESPECIFICAR	9
INFESTACION PARASITARIA DEL PARPADO	1
INFESTACION POR OTROS ARTROPODO	1
INFLAMACION AGUDA DE UTERO	6
INFLAMACION DE UTERO NEOM	8
INFLAMACION MAMARIA	57
INFLAMACION ORGANO Y TEJIDO PELVICO FEMENINO NEOM	2
INTOXICACION ALIMENTICIA POR OTROS CLOSTRIDIUM	1
IRIDOCICLITIS HERPES SIMPLE	4
IRIDOCICLITIS SECUNDARIA INFECCIOSA	1
LARINGITIS AGUDA	33
LARINGITIS AGUDA SIN MENCIÓN DE OBSTRUCCIÓN	6
LARINGITIS TBC-DGCO.POR OTROS TESTS	2

Anexo II. Frecuencia de diagnósticos (CIE por orden alfabético)	
LARINGITIS TBC-NO EXAMEN	1
LARINGOFARINGITIS AGUDA	5
LARINGOTRAQUEITIS AGUDA CON OBSTRUCCION	10
LARINGOTRAQUEITIS AGUDA SIN OBSTRUCCION	10
LARINGOTRAQUEITIS CRONICA	3
LEISHMANIASIS SIN ESPECIFICAR	2
LEISHMANIASIS VISCERAL (KALA-AZAR)	5
LEPRA LEPROMATOSA	2
LEPRA SIN ESPECIFICAR	1
LEPTOSPIROSIS SIN ESPECIFICAR	10
LEUCOENCEFALOPATIA MULTIFOCAL PROGRESIVA	12
LINFADENITIS AGUDA	79
LISTERIOSIS	14
MASTITIS INFECCIOSA NEONATAL	4
MASTITIS NO PURUL EN EMBA/PART/PUER-COMPLICAC DE PUERPERIO	2
MASTITIS NO PURULENTA PARIDA, CON MENCIÓN DE COMPLICACION POSTPARTO	1
MASTOIDITIS AGUDA SIN COMPLICACIONES	25
MASTOIDITIS AGUDA SIN OTRAS COMPLICACIONES	4
MASTOIDITIS CRONICA	6
MEDIASTINITIS	11
MENINGITIS CRIPTOCOCICA	6
MENINGITIS CRONICA	2
MENINGITIS DEBIDA A BACTERIAS GRAM-NEGATIVAS CLASIF. OTRO C.	8
MENINGITIS DEBIDA A VIRUS NO CLASIFICADOS BAJO OTROS CONCEPT	2
MENINGITIS EN OTRAS ENFERMED. BACTERIANAS CLAS. OTR. CONCEP.	6
MENINGITIS ESTAFILOCOCICA	10
MENINGITIS ESTREPTOCOCICA	5
MENINGITIS HERPES SIMPLEX	1
MENINGITIS MENINGOCOCICA	14
MENINGITIS NEUMOCOCICA	25
MENINGITIS NO ESPECIFICADA	24
MENINGITIS NO PIOGENICA	2
MENINGITIS POR BACTERIA NO ESPECIFICADA	23
MENINGITIS POR HEMOPHILUS	2

Anexo II. Frecuencia de diagnósticos (CIE por orden alfabético)	
MENINGITIS POR OTROS ORGANISM NO BACTERIANOS CLAS. OTR. CONC	2
MENINGITIS TBC-DGCO.POR CULTIVO	1
MENINGITIS TBC-DGCO.POR OTROS TESTS	1
MENINGITIS TBC-NEOM	2
MENINGITIS VIRICA SIN ESPECIFICAR	133
MENINGOCOCEMIA	10
MENINGOENCEFALITIS DEBIDA A TOXOPLASMOSIS	8
MENINGOENCEFALITIS HERPETICA	8
MIASIS	1
MICOPLASMA	1
MICOSIS OPORTUNISTA	2
MIOCARDITIS SEPTICA	1
MIOSITIS INFECCIOSA	15
MOLLUSCUM CONTAGIOSUM	5
MONONUCLEOSIS INFECCIOSA	65
NASOFARINGITIS AGUDA (RESFRIADO COMUN)	100
NEUMOCISTOSIS	44
NEUMONIA BACTERIANA NO ESPECIFICADA	220
NEUMONIA EN ASPERGILOSIS	10
NEUMONIA EN OTRAS ENF. INFECC. CLASIF. BAJO OTRO CONCEPTO	4
NEUMONIA EN OTRAS MICOSIS SISTEMICAS	3
NEUMONIA NEUMOCOCICA (NEUM. POR STREPTOCOCO NEUMONIAE)	604
NEUMONIA ORGANISMO SIN ESPECIFICAR	3906
NEUMONIA POR ADENOVIRUS	1
NEUMONIA POR ANAEROBIOS	9
NEUMONIA POR ESCHERICHIA COLI	20
NEUMONIA POR ESTAFILOCOCO	71
NEUMONIA POR ESTAFILOCOCO AUREUS	18
NEUMONIA POR ESTAFILOCOCO NO ESPECIFICADO	16
NEUMONIA POR ESTREPTOCOCO GRUPO A	2
NEUMONIA POR ESTREPTOCOCO GRUPO B	1
NEUMONIA POR ESTREPTOCOCO INESPECIFICO	21
NEUMONIA POR ESTREPTOCOCOS	7
NEUMONIA POR HEMOPHILUS INFLUENZAE	23

Anexo II. Frecuencia de diagnósticos (CIE por orden alfabético)	
NEUMONIA POR KLEBSIELLA PNEUMONIAE	20
NEUMONIA POR MYCOPLASMA	22
NEUMONÍA POR OTRA BACTERIA ESPECIFICADA OTRAS BACTERIAS ESPECIFICADAS	2
NEUMONIA POR OTRA BACTERIANA ESPECIFICADA	7
NEUMONIA POR OTRAS BACTERIAS ESPECIFICADAS	22
NEUMONIA POR OTRAS BACTERIAS GRAM-NEGATIVOS	46
NEUMONIA POR OTRO ORGANISMO ESPECIFICADO	2
NEUMONIA POR OTRO VIRUS NO CLASIFICADO BAJO OTROS CONCEPTOS	4
NEUMONIA POR OTROS ESTREPTOCOCOS	15
NEUMONIA POR PSEUDOMONAS	99
NEUMONIA POR SALMONELLA	1
NEUMONIA POR VIRUS SINCITAL RESPIRATORIO	9
NEUMONIA TBC-DGCO.POR CULTIVO	1
NEUMONIA TBC-DGCO.POR MICROSCOPIA	1
NEUMONIA TBC-DGCO.POR OTROS TESTS	1
NEUMONIA TBC-EXAMEN	1
NEUMONIA TBC-NEOM	5
NEUMONIA TBC-NO EXAMEN	1
NEUMONIA VIRICA NO ESPECIFICADA	41
NEUMONITIS (HEMORRAGICA) DE VARICELA	25
NEUMOTORAX TBC-DGCO.POR MICROSCOPIA	1
NEUMOTORAX TBC-NEOM	1
NEURALGIA TRIGEMINO POSTHERPETICA	6
NEUROSIFILIS SIN ESPECIFICAR	2
NEUMONIA POR OTRO ORGANISMO ESPECIFICADO	8
ONFALITIS NEONATAL	5
ONIQUIA Y PARONIQUIA DE DEDO MANO	3
ONIQUIA Y PARONIQUIA DEDO PIE	6
ORQUITIS Y EPIDIDIMITIS EN OTRAS ENFERMEDADES	2
ORQUITIS Y EPIDIDIMITIS NEOM	93
ORQUITIS, EPIDIDIMITIS Y ORQUIEPIDIDIMITIS CON ABSCESO	19
ORZUELO EXTERNO	3
ORZUELO INTERNO	2
OSTEOMIELITIS AGUDA LOCALIZ. NO ESPECIFICADA	2

Anexo II. Frecuencia de diagnósticos (CIE por orden alfabético)	
OSTEOMIELITIS AGUDA-ANTEBRAZO	1
OSTEOMIELITIS AGUDA-BRAZO	4
OSTEOMIELITIS AGUDA-HOMBRO	2
OSTEOMIELITIS AGUDA-MANO	4
OSTEOMIELITIS AGUDA-OTRAS LOCALIZ. ESPECIFICADAS	10
OSTEOMIELITIS AGUDA-PELVIS Y MUSLO	11
OSTEOMIELITIS AGUDA-PIERNA	10
OSTEOMIELITIS AGUDA-TOBILLO Y PIE	22
OSTEOMIELITIS CRÓNICA TOBILLO Y PIE	3
OSTEOMIELITIS CRONICA-BRAZO	2
OSTEOMIELITIS CRONICA-HOMBRO	1
OSTEOMIELITIS CRONICA-LOCALIZ. NO ESPECIFICADA	1
OSTEOMIELITIS CRONICA-LOCALIZACION MULTIPLE	1
OSTEOMIELITIS CRONICA-MANO	1
OSTEOMIELITIS CRONICA-OTRAS LOCALIZ. ESPECIFICADAS	12
OSTEOMIELITIS CRONICA-PELVIS Y MUSLO	20
OSTEOMIELITIS CRONICA-PIERNA	8
OSTEOMIELITIS CRONICA-TOBILLO Y PIE	19
OSTEOMIELITIS NO ESPECIFICADA LOCALIZ. NO ESPECIFICADA	8
OSTEOMIELITIS NO ESPECIFICADA-ANTEBRAZO	2
OSTEOMIELITIS NO ESPECIFICADA-LOCALIZ. MULTIPLE	2
OSTEOMIELITIS NO ESPECIFICADA-OTRAS LOCALIZ. ESPECIFICADAS	7
OSTEOMIELITIS NO ESPECIFICADA-PELVIS Y MUSLO	11
OSTEOMIELITIS NO ESPECIFICADA-PIERNA	14
OSTEOMIELITIS NO ESPECIFICADA-TOBILLO Y PIE	20
OSTEOMIELITIS POR SALMONELLA	3
OTITIS EXTERNA INFECCIOSA NEOM	13
OTITIS EXTERNA MALIGNA	2
OTITIS EXTERNA POR HERPES ZOSTER	2
OTITIS EXTERNO MICOTICA CRONICA	1
OTITIS MEDIA NEOM	75
OTITIS MEDIA SUPURATIVA AGUDA EN ENFERM. CLAS. OTROS CONCEPT.	1
OTITIS MEDIA SUPURAT. AGUDA-NO RUPTURA MEMBRANA TIMPANICA	45
OTITIS MEDIA SUPURATIVA AGUDA-RUPTURA MEMBRANA TIMPANICA	31

Anexo II. Frecuencia de diagnósticos (CIE por orden alfabético)	
OTITIS MEDIA SUPURATIVA ATICOANTRAL CRONICA	6
OTITIS MEDIA SUPURATIVA CRONICA NO ESPECIFICADA	30
OTITIS MEDIA SUPURATIVA NEOM	14
OTITIS MEDIA SUPURATIVA TUBOTIMPANICA CRONICA	23
OTRA APENDICITIS	32
OTRA CISTITIS CRONICA	79
OTRA ENCEFALITIS DEBIDA A INFECCION CLAS. OTROS CONCEPTOS	1
OTRA INFECCION PERINATAL -OTROS NO CODIFICADOS	141
OTRA INFECCION POR EQ.GRANULOSUS	2
OTRA INFLAMACION DE GENITALES MASCULINOS	16
OTRA MENINGITIS VIRICA ESPECIFICADA	5
OTRA NEUMONIA POR ESTAFILOCOCO	8
OTRA ORQUITIS, EPIDIDIMITIS Y EPIDIDIMO-ORQ. SIN ABCESO NCOC	13
OTRA SINUSITIS AGUDA	1
OTRA SINUSITIS CRONICA	12
OTRAS BACTERIAS ESPCIFICADAS EN INFECCIONES INTESTINALES	8
OTRAS BACTERIAS ESPECIFICADAS	49
OTRAS CANDIDIASIS DE SITIOS ESPECIFICADOS	24
OTRAS CISTITIS ESPECIFICADAS NCOC	14
OTRAS COMPLICACIONES DEL SISTEMA NERVIOSO CENTRAL	35
OTRAS COMPLICACIONES ESPECIFICADAS DEL HERPES SIMPLE	2
OTRAS COMPLICACIONES HERPES SIMPLE OCULAR	2
OTRAS CONJUNTIVITIS ADENOVIRAL	1
OTRAS CONJUNTIVITIS MUCOPURULENTAS	2
OTRAS DERMATOMICOSIS ESPECIFICADAS	1
OTRAS ENFERMEDADES BACTERIANAS	13
OTRAS ENFERMEDADES DEBIDAA A VIRUS Y A CHLAMYDIAE	2
OTRAS ENFERMEDADES ENTEROVIRICAS DEL SNC	7
OTRAS ENFERMEDADES INFLAMATORIAS ESPECIFICADAS DE LA PROSTATA	1
OTRAS ENTERITIS VIRALES	5
OTRAS EQUINOCOCOSIS Y EQUINOCOCOSIS NO ESPECIFICADAS	27
OTRAS HELMINTIASIS INTESTINALES ESPECIFICADAS	1
OTRAS HEPATITIS VIRALES ESPECIF. SIN MENCION DE COMA HEPAT.	4
OTRAS HEPATITIS VIRALES ESPECIFICADAS CON COMA HEPATICO	1

Anexo II. Frecuencia de diagnósticos (CIE por orden alfabético)	
OTRAS INFECC. OSEA EN ENF.C.O.C-OTRAS LOCALIZ. ESPECIFICADAS	5
OTRAS INFECC. OSEA EN ENF.C.O.C-PIERNA	1
OTRAS INFECCIONES BACTERIANAS ESPECIFICADAS	7
OTRAS INFECCIONES CONGENITAS -OTROS NO CODIFICADOS	3
OTRAS INFECCIONES LOCALES ESPECIFICADAS DE LA PIEL Y DE LOS TEJIDOS SUBCUTANEOS	5
OTRAS INFECCIONES POR CLAMIDIA ESPECIFICADAS	2
OTRAS INFECCIONES POR SALMONELLA LOCALIZADAS	4
OTRAS INFECCIONES POSTOPERATORIAS	463
OTRAS INFECCIONES PROPIAS DEL PERIODO PERINATAL	14
OTRAS INFECCIONES VIRALES ESPECIFICADAS	6
OTRAS INFESTACIONES ESPECIFICADAS	10
OTRAS LEPRAS ESPECIFICADAS	1
OTRAS LOCALIZACIONES MULTIPLES DE INF.RESPIRATORIA VIA SUPER	148
OTRAS MICOSIS Y MICOSIS SIN ESPECIFICAR	10
OTRAS NEUMONIAS BACTERIANAS	3
OTRAS PERICARDITIS AGUDAS Y PERICARDITIS AGUDAS NO ESPECIFIC	9
OTRAS PERITONITIS ESPECIFICADAS	27
OTRAS PERITONITIS SUPURATIVAS	320
OTRAS SEPTICEMIAS ESPECIFICADAS	31
OTRAS SEPTICEMIAS POR ESTAFILOCOCOS	16
OTRAS SEPTICEMIAS POR GRAM NEGATIVOS	184
OTRAS SIFILIS CARDIOVASCULAR NO INDICADAS	2
OTRAS TBC INTESTINALES-DGCO.POR HISTOLOGIA	1
OTRAS TBC INTESTINALES-NO EXAMEN	2
OTRAS TBC RESPIRATORIAS ESPECIFICADAS-DGCO.POR OTROS TESTS	1
OTRAS TBC RESPIRATORIAS ESPECIFICADAS-EXAMEN	1
OTRAS TBC RESPIRATORIAS ESPECIFICADAS-NO EXAMEN	1
OTRAS TRICOMONIASIS UROGENITAL	1
OTRAS TUBERCULOSIS PULMONARES ESPECIFICAS-DGCO.POR MICROSCOP	1
OTRAS TUBERCULOSIS PULMONARES ESPECIFICAS-NEOM	3
OTRAS VERRUGAS VIRALES ESPECIFICADAS	9
OTRO ABSCESO DE VULVA	13
OTRO DERRAME PLEURAL, SALVO TUBERCULOSIS	58

Anexo II. Frecuencia de diagnósticos (CIE por orden alfabético)	
OTRO ORGANISMO, NO CLASIFICADO BAJO OTRO CONCEPTO	29
OTROS ANAEROBIOS	41
OTROS ESTAFILOCOCOS	147
OTROS ESTREPTOCOCOS	124
OTROS EXANTEMAS VIRALES ESPECIFICADOS	17
OTROS ORGANISMOS GRAM-NEGATIVOS	352
PALUDISMO PRODUCIDO POR P. FALCIPARUM (TERCIANA MALIGNA)	2
PALUDISMO SIN ESPECIFICAR	1
PANCREATITIS POR PAPERAS	1
PAPERAS SIN MENCION DE COMPLICACION	2
PARAMETRITIS Y CELULITIS PELVICA AGUDA	10
PARASITISMO INTESTINAL SIN ESPECIFICAR	1
PAREZIA GENERAL	1
PARONQUIA DEDO MANO	1
PEDICULOSIS SIN ESPECIFICAR	1
PEDICULUS CAPITIS (PIOJO DE LA CABEZA)	6
PERICARDITIS AGUDA EN OTRAS ENF. CLASIF. BAJO OTRO CONCEPTO	5
PERICARDITIS AGUDA NEOM	181
PERIODONTITIS AGUDA	9
PERITONITIS EN OTRAS ENFER. INFECC. CLASIF. BAJO OTRO CONCEP	17
PERITONITIS NEUMOCOCICA	1
PERITONITIS NO ESPECIFICADA	147
PERITONITIS PELVICA FEMENINA AGUDA O NEOM	2
PHTHIRUS PUBIS (PIOJO PUBICO)	1
PIELONEFRITIS AGUDA	1
PIELONEFRITIS AGUDA CON NECROSIS MEDULAR RENAL	4
PIELONEFRITIS AGUDA SIN NECROSIS MEDULAR RENAL	1507
PIELONEFRITIS CRONICA CON NECROSIS MEDULAR RENAL	4
PIELONEFRITIS CRONICA SIN NECROSIS MEDULAR RENAL	69
PIELONEFRITIS NEOM	20
PIEMIA PORTAL	3
PIREXIA PUERPERAL NEOM-COMPLICACION DE PUERPERIO	39
PIREXIA PUERPERAL NEOM-PARIDA, COMPLICACION POSTPARTO	5
PLEURESIA BACTERIANA CON DERRAME, CAUSA BACTERIANA Y NO TBC	97

Anexo II. Frecuencia de diagnósticos (CIE por orden alfabético)	
PLEURESIA SIN DERRAME O TBC ACTUAL	46
PLEURESIA TBC-DGCO.POR CULTIVO	3
PLEURESIA TBC-DGCO.POR HISTOLOGIA	1
PLEURESIA TBC-DGCO.POR MICROSCOPIA	6
PLEURESIA TBC-DGCO.POR OTROS TESTS	2
PLEURESIA TBC-EXAMEN	1
PLEURESIA TBC-NEOM	12
PLEURODINIA EPIDEMICA	1
PNEUMONIA DEBIDA A CHLAMYDIA	11
POLINEURITIS INFECCIOSA AGUDA	47
POLINEUROPATIA POSTHERPETICA	3
POLIOMIELITIS AGUDA NO ESPECIFICADA POLIOVIRUS TIPO NO ESPEC	7
POLIOMIELITIS AGUDA SIN ESPECIFICAR	1
PROSTATITIS AGUDA	92
PROSTATITIS CRONICA	32
PROSTATITIS NEOM	18
QUERATITIS DISCIFORME HERPES SIMPLE	8
REACCION INFECC/INFLAM POR DISPOS/IMPLAN/INJER PROTESI.INTERN	2
REACCION INFECC. POR CATETER DE DIALISIS PERITONEAL	17
RELATIVO A Pioderma	1
RICKETTSIOSIS SIN ESPECIFICAR	5
ROTAVIRUS	291
SALPINGITIS GONOCOCICA AGUDA	1
SALPINGITIS Y OOFORITIS (NO ESPEC. AGUDA, SUBAGUDA O CRONICA)	12
SALPINGITIS Y OOFORITIS AGUDAS	51
SALPINGITIS Y OOFORITIS CRONICAS	37
SARNA	5
SEPTICEMIA	131
SEPTICEMIA [SEPSIS] DEL RECIÉN NACIDO	17
SEPTICEMIA ESTAFILOCOGICA	150
SEPTICEMIA ESTREPTOCOCICA	74
SEPTICEMIA GRAM NEGATIVOS SIN ESPECIFICAR	61
SEPTICEMIA PNEUMOCOCICA	12
SEPTICEMIA POR ANAEROBIOS	11

Anexo II. Frecuencia de diagnósticos (CIE por orden alfabético)	
SEPTICEMIA POR ESCHERICHIA COLI	428
SEPTICEMIA POR ESTAFILOCOCO AUREUS	31
SEPTICEMIA POR ESTAFILOCOCOS, SIN ESPECIFICAR	5
SEPTICEMIA POR HEMOPHILUS INFLUENZAE	11
SEPTICEMIA POR OTROS ORGANISMOS GRAM NEGATIVOS	1
SEPTICEMIA POR PSEUDOMONAS	84
SEPTICEMIA POR SALMONELLA	22
SEPTICEMIA POR SERRATIA	7
SEPTICEMIA SIN ESPECIFICAR	580
SEROMA POSTOPERATORIO INFECTADO	55
SIFILIS CONGENITA PRECOZ LATENTE	31
SIFILIS CONGENITA PRECOZ SINTOMATICA	2
SIFILIS CONGENITA SIN ESPECIFICAR	3
SIFILIS GENITAL PRIMARIA	2
SIFILIS LATENTE SIN ESPECIFICAR	1
SIFILIS SECUNDARIA DE PIEL O DE MEMBRANAS MUCOSAS	3
SIFILIS SECUNDARIA SIN ESPECIFICAR	3
SIFILIS SIN ESPECIFICAR	9
SIFILIS SINOVIO, DE TENDON Y BOLSA SINOVIAL	8
SIFILIS TARDIA LATENTE	3
SIFILIS TARDIA SIN ESPECIFICAR	2
SINDROME DE WATERHOUSE-FRIDERICHSEN, MENINGOCOCICO	1
SINDROME URETRAL NEOM	3
SINUSITIS AGUDA NO ESPECIFICADA	10
SINUSITIS CRONICA	1
SINUSITIS CRONICA ESFENOIDAL	2
SINUSITIS ESFENOIDAL AGUDA	1
SINUSITIS ETMOIDAL AGUDA	4
SINUSITIS ETMOIDAL CRONICA	63
SINUSITIS FRONTAL AGUDA	2
SINUSITIS FRONTAL CRONICA	15
SINUSITIS MAXILAR AGUDA	9
SINUSITIS MAXILAR CRONICA	90
SINUSITIS NO ESPECIFICADA (CRONICA)	60

Anexo II. Frecuencia de diagnósticos (CIE por orden alfabético)	
TABES DORSAL	4
TBC BRONQUIAL-DGCO.POR CULTIVO	1
TBC BRONQUIAL-DGCO.POR MICROSCOPIA	6
TBC COLUMNA VERTEBRAL-DGCO.POR CULTIVO	3
TBC COLUMNA VERTEBRAL-DGCO.POR MICROSCOPIA	2
TBC COLUMNA VERTEBRAL-NEOM	2
TBC DE OTROS ORGANOS ESPECIFICADOS	2
TBC GANGLIOS LINF.INTRATORACICOS-DGCO.POR CULTIVO	1
TBC GANGLIOS LINF.INTRATORACICOS-NEOM	1
TBC GENITOURINARIA NEOM-NEOM	1
TBC GGL.LINF.PERIFERICOS-DGCO.POR CULTIVO	4
TBC GGL.LINF.PERIFERICOS-DGCO.POR HISTOLOGIA	3
TBC GGL.LINF.PERIFERICOS-DGCO.POR MICROSCOPIA	2
TBC GGL.LINF.PERIFERICOS-NEOM	6
TBC MILIAR AGUDA-DGCO.POR MICROSCOPIA	3
TBC MILIAR AGUDA-DGCO.POR OTROS TESTS	1
TBC MILIAR AGUDA-NEOM	2
TBC MILIAR NEOM-DGCO.POR CULTIVO	1
TBC MILIAR NEOM-DGCO.POR HISTOLOGIA	1
TBC MILIAR NEOM-DGCO.POR MICROSCOPIA	5
TBC OIDO-NEOM	1
TBC OTROS ORGANOS GENITALES FEMENINOS-NEOM	1
TBC OTROS ORGANOS GENITALES MASCULINOS-NEOM	2
TBC OTROS ORGANOS URINARIOS NCOC-DGCO.POR HISTOLOG.	3
TBC PIEL Y TEJ.CEL.SUBCT-NEOM	2
TBC PULMONAR CAVITADA-DGCO.POR CULTIVO	2
TBC PULMONAR CAVITADA-DGCO.POR MICROSCOPIA	9
TBC PULMONAR CAVITADA-EXAMEN	1
TBC PULMONAR INFILTRATIVA-DGCO.POR CULTIVO	13
TBC PULMONAR INFILTRATIVA-DGCO.POR HISTOLOGIA	1
TBC PULMONAR INFILTRATIVA-DGCO.POR MICROSCOP.	17
TBC PULMONAR INFILTRATIVA-NEOM	8
TBC PULMONAR NEOM-DGCO.POR CULTIVO	7
TBC PULMONAR NEOM-DGCO.POR HISTOLOGIA	4

Anexo II. Frecuencia de diagnósticos (CIE por orden alfabético)	
TBC PULMONAR NEOM-DGCO.POR MICROCOPIA	41
TBC PULMONAR NEOM-DGCO.POR OTROS TESTS	1
TBC PULMONAR NEOM-EXAMEN	2
TBC PULMONAR NEOM-NEOM	81
TBC PULMONAR NEOM-NO EXAMEN	1
TBC PULMONAR NODULAR NO EXAMEN	1
TBC RENAL-DGCO.POR CULTIVO	1
TBC RENAL-NEOM	2
TOSFERINA POR ORGANISMO NO ESPECIFICADO	32
TOXOPLASMOSIS DE OTROS SITIOS ESPECIFICADOS	8
TOXOPLASMOSIS DISEMINADA MULTISISTEMICA	1
TOXOPLASMOSIS SIN ESPECIFICAR	10
TRAQUEITIS AGUDA SIN OBSTRUCCION	7
TRICOMONIASIS SIN ESPECIFICAR	1
TRIGONITIS	2
TRIPANOSOMIASIS SIN ESPECIFICAR	1
TRIQUEINOSIS	1
URETRITIS NEOM	5
VARICELA CON OTRAS COMPLICACIONES ESPECIFICADAS	17
VARICELA CON OTRAS COMPLICACIONES SIN ESPECIFICAR	2
VARICELA NO COMPLICADA	36
VERRUGAS VIRALES	2
VERRUGAS VIRALES INESPECIFICAS	32
VIREMIA, NO ESPECIFICADA	1
VIRUS DE LA INMUNODEFICIENCIA HUMANA, TIPO 2 [HIV-2]	4
VIRUS RESPIRATORIO SINCITAL (RSV)	3
VULVOVAGINITIS HERPETICA	1
VULVOVAGINITIS TRICOMONAL	5
YERSINIA ENTEROCOLITICA	1
ZIGOMICOSIS (FICOMICOSIS O MURCOMICOSIS)	4
TOTAL GENERAL	41530

