

**FUNDACION UNIVERSITARIA JUAN N. CORPAS
ESCUELA DE MEDICINA JUAN N. CORPAS**

CENTRO DE INVESTIGACIONES

INVESTIGACIONES 2010

**“La investigación formativa como eje de
nuestro desarrollo académico”**

Bogotá, Noviembre, 2012

Contenido

<i>INTRODUCCIÓN</i>	6
<i>PROLOGO</i>	8
<i>TRABAJOS DE ESTUDIANTES DE CUARTO AÑO DE MEDICINA, FUNDACIÓN UNIVERSITARIA JUAN N. CORPAS, 2010</i>	9
Sífilis Congénita en Colombia, 2000 – 2008	10
Mortalidad en menores de 10 años, Colombia, 2005 – 2008.....	11
Prevalencia de Síndrome De Túnel Del Carpo – Lumbago y su relación con factores de exposición ocupacional en una población de trabajadores en una planta de beneficio de pollos, Bogotá, Noviembre de 2007.....	12
Dengue Hemorrágico en Colombia, 2000 - 2006	14
Etiología más frecuente en las neumonías relacionadas con la atención en salud, Clínica Juan N Corpas Ltda., Bogotá, junio de 2009 a junio 2010	15
Prevalencia de depresión en estudiantes de primer y segundo año de Medicina, Fundación Universitaria Juan N Corpas, segundo periodo 2010	17
Maltrato infantil en Colombia, 2004-2008.....	18
Prevalencia de violencia intrafamiliar, Zipaquirá, 2009 -2010.....	19
Incidencia de Infección Respiratoria Aguda(IRA) en menores de 10 años, Centro Médico de Bilbao, localidad de Suba, junio 2009- julio 2010	20
Causas de muerte materna, localidad de Suba, 2000- 2009.....	21
Trastornos alimenticios en adolescentes de un colegio de la localidad de Suba, Bogotá, 2010	23
Mortalidad en menores de un año, Colombia 2000- 2008	24
Mortalidad por Enfermedades Cardiovasculares en adultos de 45 y más años, Colombia, 2000- 2008	25
Mortalidad materna en Colombia, 2000-2008	27
Cáncer de Colon en Colombia, 2003-2008.....	28
Mortalidad por Enfermedad Respiratoria Aguda en adultos mayores, Colombia, 2000-2007	29
Mortalidad de niños y jóvenes entre 5 y 14 años, Colombia, 2000-2008.....	31
Mortalidad por Leucemias, Colombia, 2000-2008.....	32
Mortalidad por Infarto Agudo De Miocardio, Colombia, 2000-2009.....	33

<i>TRABAJOS DE ESTUDIANTES DE LA ESPECIALIZACION EN AUDITORIA, FUNDACIÓN UNIVERSITARIA JUAN N. CORPAS, 2010</i>	34
Plan de gestión de residuos hospitalarios: implementación y análisis, Facatativá, 2004-2008	35
Manual De Funciones Asistenciales Del Médico General, Hospital Central de la Policía Nacional, Bogotá, 2009	36
Formulación de un plan de auditoria para el mejoramiento de la calidad en el Departamento de Facturación del Hospital de Ubaté, Cundinamarca, 2009.....	37
Productividad del servicio de Neonatos, Hospital María inmaculada de Florencia, Caquetá, 2008.....	38
Prevención de embarazos no deseados en adolescentes escolarizados de 13 a 19 años de edad, Colegio José Antonio Galán, Puerto Boyacá, 2010.....	39
Supervivencia en pacientes con purpura trombocitopenica inmune, tratados con dosis altas de dexametasona, Hospital Universitario Clínica san Rafael, Bogotá, 2004-2008.....	41
Factores relacionados con la prevención de complicaciones infecciosas en el tratamiento de diálisis peritoneal, 1966 - febrero 2009	43
<i>TRABAJOS DE ESTUDIANTES DE LA ESPECIALIZACION EN TERAPIAS ALTERNATIVAS, FUNDACIÓN UNIVERSITARIA JUAN N. CORPAS, 2010</i>	45
Descripción de la respuesta terapéutica a la musicoterapia en pacientes con hipertensión arterial estadio uno, Ferrocaja, Localidad de Fontibón y Santa Cecilia, Localidad de Engativá, Bogotá, Noviembre 2010.....	46
<i>TRABAJOS DE ESTUDIANTES DE LA ESPECIALIZACION EN EPIDEMIOLOGIA, FUNDACIÓN UNIVERSITARIA JUAN N. CORPAS, 2010</i>	47
Brote de Enfermedad Transmitida por Alimentos, Suba, Enero, 2010.....	48
Análisis de la situación del sistema de vigilancia de los eventos de interés salud publica Malaria vivax y falciparum, Colombia, 2008	49
Brote de Varicela en el Centro Poblado La Esmeralda, Arauquita, semanas epidemiológicas 10, 11 y 12 año 2009	51
Brote de enfermedad Transmitida por Alimentos, Ibagué, 2009	52
Mortalidad por Neumonía Adquirida en la Comunidad en adultos de 65 y más años, Colombia, 2000-2006	53
Calidad de agua y su posible relación con Hepatitis A en niños escolarizados de cero a diez años, macro región Rio Tunjuelo, Distrito Capital, 2006-2007	54
Análisis de la situación del sistema de vigilancia de los eventos de interés salud publica Exposición Rábica, Rabia Humana y Rabia Animal, Colombia, 2008.....	55

Análisis de la situación del sistema de vigilancia en salud pública de enfermedades transmitidas por vectores (Malaria), Colombia, 2008	56
Análisis del registro de datos formatos SV-1 sobre vigilancia epidemiológica de la rabia realizado por las direcciones territoriales de salud, Colombia, enero - julio de 2010.....	57
Bajo peso al nacer, Casanare, 2008	58
Brote por <i>Klebsiella pneumoniae</i> en la Unidad Neonatal del Centro de Servicios Especializados, Hospital De Suba ESE II Nivel, octubre- diciembre del 2009.....	60
Enfermedades Crónicas No Transmisibles, Bogotá, Colombia, 2005- 2009	61
Factores de riesgo en pacientes atendidos en una Clínica Psiquiátrica de Bogotá, noviembre 2009.....	62
Mortalidad perinatal y neonatal, localidad de Suba, Bogotá, 2004- 2007.....	63
Tuberculosis, en el departamento del Casanare, 2006-2008	64
Enfermedades Crónicas No Transmisibles, Orinoquia, Colombia, 2005-2009.....	66
Perfil epidemiológico de pacientes en hemodiálisis, Hospital Universitario, Bogotá, 2003 a 2008.....	67
Perfil de resistencia bacteriana de la Clínica del Occidente, Bogotá, 2008 -2009	69
Comportamiento nutricional de las gestante notificadas a vigilancia en salud pública, localidad de Suba, 2006 -2007	70
Seguimiento nutricional a los colegios Distritales de Bogotá, 2007	71
Hemorragia Subaracnoidea espontánea, Hospital Universitario de la Samaritana, Bogotá, 1995 - 2004.....	72
Manejo de <i>Phytophthora infestans</i> empleando revus por medio de tautopatía en un cultivo de papa criolla, Sesquilé, Cundinamarca, 2009 – 2011.....	73
Factores de riesgo para Diabetes Tipo II en la Feria De Diabetes, Bogotá, noviembre, 2009	75
Situación de salud comunitaria para adultos de 45 años y más, municipio de Miraflores, Boyacá, 2009	76
Situación de algunos procedimientos de atención en los servicios de consulta externa y urgencias del Hospital Vista Hermosa Localidad Ciudad Bolívar, 2010	77
Rendimiento operativo de los diferentes parámetros del parcial de orina para predecir el resultado del urocultivo en pacientes de las IPS Clínica Saludcoop, Tunja, octubre - diciembre de 2007.....	78
Violencia intrafamiliar, maltrato infantil y delitos sexuales, Arauca, 2008	80
Análisis de situación del sistema de Vigilancia en salud Pública, municipio de Facatativá, 2008.....	81
<i>PLANES TERRITORIALES DE SALUD ELABORADOS POR ESTUDIANTES DE LA ESPECIALIZACION EN EPIDEMIOLOGIA, FUNDACIÓN UNIVERSITARIA JUAN N. CORPAS, 2010</i>	<i>83</i>

Plan Territorial de Salud, Puerto Nariño – Amazonas, 2008 - 2011	84
Plan de salud territorial, Yopal, Casanare, 2009	86
Plan local de salud, Morroa, Sucre, 2008 – 2011	88
Plan local de de salud, Trinidad, Casanare, 2009	90
Plan de Salud Territorial, Somondoco, Boyacá, 2009	92
Evaluación del Plan Territorial de Salud, Fusagasugá - Cundinamarca, 2011	94
Jenny Alicia Rozo, Jorge Andrés Núñez, Catherin Rodríguez Barrera.	94
Evaluación del Plan Territorial de Salud, Municipio de Chía, Cundinamarca, 2011	97
Jenny angélica Ortíz, Adriana Medina Rubio, Francy Yanira Pineda	97
Plan de Salud Territorial, Sotáquira, Boyacá, 2008 -2011	99
Adriana Robles	99
Plan de salud Territorial Municipio del Roble – Sucre, 2008 – 2011	101
Plan Local de Salud, Samaca, Boyacá, 2005	103
Evaluación del Plan de Salud Territorial, Municipio de Piedras, Tolima, 2008 – 2011	105
Plan de Salud territorial Municipio de Arjona, Bolívar, 2009	107
Reformulación del Plan De Salud Territorial, Municipio de Nocaima, Cundinamarca, 2008 – 2011	109

INTRODUCCIÓN

Escribir y difundir los hallazgos técnicos y científicos fruto de la investigación y de las experiencias y observaciones es una de las tareas más enriquecedoras y que da mayor oportunidad de aprendizaje al ser humano; si este es además un estudiante de medicina, un residente, un médico en ejercicio, un docente, emprendedor, con deseos de aumentar su conocimiento científico y técnico, iniciar y terminar la experiencia de escribir en documento bajo los lineamientos de la redacción científica, terminará por brindarle placer y convertirse en uno de sus pasatiempos favoritos.

Un Corpista siempre tiene una inquietud; cada uno de nosotros, todos los días se hace preguntas; las preguntas nos hacen buscar respuestas; cuando un técnico o un científico necesita respuestas las busca en la literatura científica y en las investigaciones; cuando es necesario se planean y se hacen investigaciones propias, que si se hacen con rigor son las más gratificantes de aprendizaje y de trabajo en equipo; el trabajo en equipo forja equipos fuertes, capaces de proponer y de difundir ideas, de pensar y de concretar proposiciones que puedan sustentarse en la teoría que sean verificables (hipótesis), de convertir con respeto y con reflexión , de escuchar , de aceptar los argumentos de otros, con respeto , responsabilidad con compromiso, buscando entender a los otros, para luego defender como propias las ideas del equipo.

Cuando dejas de aprender, cuando trabajamos solos, cuando no tenemos la oportunidad de confrontar nuestras ideas con otros, de escuchar las opiniones de los demás y de defender nuestros argumentos, razones suficientes para que el investigador de hoy, el que busca aprender hoy trabaje en equipo.

Para cualquier actividad responsable es necesario prepararse; para llegar a escribir un informe final de una investigación se ha pasado por escribir, discutir, y revisar un proyecto de investigación y ejecutarlo, tareas que si fueron preparadas y desarrolladas metódicamente, frecuentemente nos dan el placer de adquirir conocimiento, de un descubrimiento, de una innovación, lo cual es necesario difundir.

Una investigación planeada es como un hijo deseado, que se goza desde el primer día de su concepción, se cuida, se espera, se ve crecer día a día, se anhela su nacimiento hasta poder tenerlo, disfrutarlo... Un buen artículo escrito y publicado es un testimonio vivo de esfuerzo, de tenacidad, de deseos de superación, de compartir, de responsabilidad; por eso, es necesario, atreverse a compartir, a prepararse, para cosechar cuando se siembra.

Este anuario recoge muchos frutos sembrados de diferentes formas... queremos además, que sirvan de semilla, que la comunidad Corpista en la sabiduría infundida por nuestro fundador, conjugada con la sabiduría de todos sabrán aprovechar para recoger la cosecha: documentos bien escritos, publicados y leídos... Hijos, frutos de la razón que crecen día a día en nuestra institución.

PROLOGO

Uno de los pilares de la Universidad es la investigación en real contexto; La escuela de medicina Juan N. Corpas dirige sus esfuerzos en investigaciones hacia la adquisición de conocimiento nuevo, útil para su comunidad, para las regiones y para el país, en razón de los cual orienta a la comunidad de educandos, de docentes y de funcionarios del área administrativa en la búsqueda de aportes y soluciones en el contexto local, regional o nacional. Un documento que recoge en resúmenes los resultados de diferentes tipos de investigaciones, es esencial para dar a conocer la diferentes áreas de trabajo en las cuales la Escuela de medicina ha hecho aporte; no es un documento exhaustivo, porque recoge lo que ha sido conocido por el Centro de Investigaciones y por el comité de investigaciones hasta ahora, pero en la medida en que se obtengan más datos sobre los procesos de investigación en la Escuela, lo que enriquecerá este esfuerzo que se hará cada año.

Incluimos los resúmenes de trabajos completos quedando por fuera otros que por diferentes razones no pudieron completarse; esperamos que este documento, además, sea un incentivo para que se registren en el Centro de Investigaciones las investigaciones que a todo nivel se hagan en las instituciones adscritas por todos sus miembros.

Bogotá, diciembre de 2010.

*TRABAJOS DE ESTUDIANTES DE CUARTO AÑO DE
MEDICINA, FUNDACIÓN UNIVERSITARIA JUAN N.
CORPAS, 2010*

Sífilis Congénita en Colombia, 2000 – 2008

Evelyn Moscoso Ospina, Nelly Tamayo Vega, Diana Carolina Torres, Ángela Umaña
Pineda

Objetivos: Identificar las características sociales y demográficas de la población en estudio, identificar la frecuencia de los casos de sífilis congénita, describir los criterios diagnósticos para sífilis congénita en mujeres gestantes y neonatos, establecer el acceso a controles prenatales y número de controles en mujeres con hijos con sífilis congénita y determinar el porcentaje de mujeres gestantes con diagnóstico por laboratorio con pruebas no treponémicas y treponémicas.

Metodología: se realizó un estudio descriptivo retrospectivo en recién nacidos pretérmino y postérmino, vivos o que murieron con diagnóstico de sífilis congénita hasta los dos años. Los datos se tomaron de las fichas de notificación epidemiológicas del SIVIGILA del Instituto Nacional de Salud, informes del Ministerio de Protección Social, estadísticas del Departamento Administrativo Nacional de Estadística DANE, los principales resultados se midieron con incidencia.

Resultados: en el año 2000 el departamento que registró la mayor tasa de mortalidad fue Vichada (3.05 por mil nacidos vivos); en el 2001 Arauca (4.1 por mil nacidos vivos); en el 2002 Valle (4.7 por mil nacidos vivos); en el 2003 y 2004 Arauca (5.3 y 4.3 por mil nacidos vivos respectivamente); en el 2005 Quindío (8.3 por mil nacidos vivos); en el 2006 Guainía (5.7 por mil nacidos vivos); en el 2007 Sucre (6.3 por mil nacidos vivos) y en el 2008 Guainía (4.3 por mil nacidos vivos).

Conclusiones: en el Quindío se reportó la mayor incidencia a nivel nacional de mortalidad por sífilis congénita durante los años en estudio; Arauca es el territorio que reporta las incidencias más altas en tres de los años en estudio

Mortalidad en menores de 10 años, Colombia, 2005 – 2008

Ingrid Massiel Barrera, Alix Fernanda Cañaveral, Diana Marcela Cardozo Aguirre

Objetivos: describir las características demográficas y sociales de la población en estudio, calcular la mortalidad infantil y la mortalidad en la niñez, describir la mortalidad infantil, la mortalidad en la niñez a nivel departamental y nacional.

Metodología: se realizó un estudio descriptivo retrospectivo de la mortalidad en niños menores de diez años en Colombia, durante los años 2005 a 2008; los datos se tomaron de las fichas de notificación epidemiológicas del SIVIGILA del Instituto Nacional de Salud y del Departamento Administrativo Nacional de Estadística DANE; los resultados se midieron con tasas de mortalidad.

Resultados: en el periodo en estudio fallecieron 867.726 personas de las cuales 58.627 fueron niños menores de diez años (6.7% de las muertes). De los niños fallecidos en el año 2005 el 28.5% fueron de sexo masculino, en el 2006 el 27.5%, en el 2007 el 26.8% y en el 2008 el 17.3%; las causas relacionadas con la mortalidad en el 2005 fueron enfermedades prevenibles por vacuna (35.5%), deficiencias nutricionales y anemias nutricionales (31.6%) y enfermedades infecciosas e intestinales (28.7%); en el 2006 fetos recién nacidos afectados por afecciones maternas (27%), deficiencias y anemias nutricionales (25.7%) e infecciones respiratorias agudas (25.7%); en el 2007 meningitis (25.1%), agresiones (25%) y accidentes causados por armas de fuego (22.5%); en el 2008 meningitis (24.8%), accidentes por armas de fuego (25.8%) y homicidios (24.4).

Conclusiones: durante el periodo en estudio las principales causas de mortalidad en los menores de diez años fueron enfermedades prevenibles por vacuna, deficiencias y anemias nutricionales, enfermedades infecciosas; en los años 2007 y 2008, la mortalidad por agresiones, accidentes causados por armas de fuego y homicidios aparecen con fuerza.

Prevalencia de Síndrome De Túnel Del Carpo – Lumbago y su relación con factores de exposición ocupacional en una población de trabajadores en una planta de beneficio de pollos, Bogotá, Noviembre de 2007

Andrés Mantilla Reinaud, Lucía Mora Quiñones. Epidemiología

Objetivos: establecer prevalencia de lesión en muñeca y columna lumbar, identificar la relación entre el puesto de trabajo y la presencia de molestias en la muñeca y columna lumbar de forma aguda (últimos siete días) y de forma crónica (últimos siete meses), medir la relación existente entre exposición laboral a movimientos repetitivos, ubicación laboral, uso de herramientas y práctica de algún deporte, frente a la presencia de molestias en la muñeca o columna lumbar y describir la relación entre la antigüedad y desarrollo de molestias en muñeca para los trabajadores de una planta de procesamiento de pollos en la ciudad de Bogotá, Colombia en noviembre de 2007.

Metodología: se realizó un estudio de prevalencia en trabajadores de una planta de beneficio de pollos en la localidad de Puente Aranda en el Distrito de Bogotá en el año 2007; participaron 120 empleados operativos de la empresa entre 18 y 55 años. Los datos se tomaron de las historias clínicas y además se aplicó una encuesta músculo esquelética; los datos se organizaron en distribuciones de frecuencia que se presentan en tablas y gráficos; los resultados principales se midieron como prevalencia de punto.

Resultados: la prevalencia del síndrome del túnel carpiano fue de 32,8%; la prevalencia de lumbalgia en la población fue de 17,5% en los últimos 7 días y de 22,5% en los últimos 7 meses. El 86% de los casos de del síndrome del túnel carpiano eran mujeres, de las cuales el 25% tenía más de 40 años. El área donde más se encontraron signos para del síndrome del túnel carpiano fue evisceración; se encontró relación entre la exposición a movimientos repetitivos y la presencia de signos para síndrome de túnel del carpo, también se encontró relación entre la exposición a manipulación de

cargas y la presencia de dolor lumbar. Existe relación entre la exposición a movimientos repetitivos en los individuos diestros con la presencia de signos para STC.

Conclusiones: Los factores de riesgo más frecuentemente referidos son la realización de movimientos repetitivos y de actividades que requieren fuerza manual para desarrollar STC; también se encontró relación entre manipulación de cargas y dolor lumbar en la población masculina.

Dengue Hemorrágico en Colombia, 2000 - 2006

Ángela Viviana Vanegas Pira, Julie Paola Vargas Amaya, Juliana Vargas Osorio, Claudia Zabala Duran

Objetivos: establecer las características demográficas y sociales de la población en estudio, cuantificar la morbilidad causada por la enfermedad, establecer las regiones de mayor incidencia de dengue hemorrágico.

Metodología: se realizó un estudio descriptivo retrospectivo de los casos de dengue que se reportaron en Colombia durante los años 2000 a 2006; los datos se tomaron de las fichas de notificación epidemiológica del SIVIGILA del Instituto Nacional de Salud; los principales resultados se midieron como proporciones de incidencia.

Resultados: en los años 2000, 2001, 2002, 2003, 2004, 2005 y 2006 las incidencias nacionales fueron de 0.2, 0.9, 0.6, 11.8, 5.3, 10.1 y 12.4 por 100.000 habitantes respectivamente. En los años 2001 y 2002 el departamento que registró la mayor incidencia fue Caquetá (14.5 y 42 casos por 100.000 habitantes respectivamente); en el 2002 Choco (19.5 por 100.000 habitantes), en el 2003 Santander (84 por 100.000 habitantes); en el 2004 Huila (120.5 por 100.000 habitantes), en el 2005 y 2006 Santander (93 y 126 casos por 100.000 habitantes respectivamente).

Conclusiones: En el año 2006 se registró la incidencia de dengue hemorrágico más alta; el departamento que reporto las incidencias más altas y con mayor frecuencia fue Santander.

Etiología más frecuente en las neumonías relacionadas con la atención en salud, Clínica Juan N Corpas Ltda., Bogotá, junio de 2009 a junio 2010

Alexa Yurani Devia Galindo, Lida Magaly Hernández Gamboa, Diana Marcela Holguín
Rojas, Nidia Lorena Jiménez Cuellar

Objetivos: Identificar las características de la población en estudio, establecer la frecuencia con la que se presenta esta patología, determinar las etiologías más frecuentes de la neumonía nosocomial en la Clínica Juan N Corpas Ltda. durante junio 2009 a junio 2010, establecer la forma más frecuente de llegar al diagnóstico, describir el tipo de tratamiento que se les dio a estos pacientes, establecer y describir el estado del paciente al egreso.

Metodología: Se realizó un estudio descriptivo retrospectivo con los pacientes que ingresaron a la Clínica Corpas por cualquier patología y que después de una estancia hospitalaria mayor a 48 horas presentaron neumonía nosocomial durante junio del 2009 hasta junio del 2010. Los datos se obtuvieron de las historias clínicas de los pacientes, se tabularon en una base de datos en Excel, se organizaron en distribución de frecuencias absolutas y relativas que se presentan en tablas. Los resultados principales se midieron como proporción de incidencia.

Resultados: Se tomaron los datos de 13 pacientes que presentaron neumonía nosocomial durante su estancia hospitalaria, de estos el 61.5% eran hombres, el 84.6% eran mayores de 41 años, el 43.8% tenían como antecedente patológico HTA y el 37.6% EPOC. El servicio que reportó mayor número de casos fue la UCI donde el 69.2% de los pacientes tuvo estancias hospitalarias mayores a 15 días. De los pacientes que recibieron ventilación mecánica el 63% presentaron el evento. Al 100% de los enfermos se le aisló algún microorganismo, *Pseudomona aeruginosa* en el 43.9%, *Serratia marcenses* en el 12,5%, *Pseudomona multirresistente* en el 6,4%. El 43% de los pacientes con neumonía nosocomial fallecieron.

Conclusiones: La neumonía nosocomial fue un hallazgo poco frecuente entre los pacientes ingresados en las unidades de atención; el 43 % de los pacientes con neumonía relacionada con la atención en salud fallecieron.

Prevalencia de depresión en estudiantes de primer y segundo año de Medicina, Fundación Universitaria Juan N Corpas, segundo periodo 2010

Juan David Vega Padilla, John Alexander Torres Ramos, Álvaro Andrés Ramos Sánchez

Objetivos: identificar la prevalencia de depresión en los estudiantes de primero y segundo año de medicina en la Fundación Universitaria Juan N Corpas durante el segundo periodo de 2010, medir su grado de depresión e identificar los factores de riesgo probablemente relacionados con la depresión de dicha población.

Metodología: Se realizó un estudio descriptivo retrospectivo con los datos obtenidos de la Escala auto aplicada de Depresión Zung realizada a estudiantes de medicina de primer y segundo año de medicina de la Fundación Universitaria Juan N Corpas durante el segundo periodo de 2010. Los datos obtenidos se midieron como prevalencias.

Resultados: El 66% de la población en estudio era de sexo femenino, el 80% pertenecía a los estratos 3 y 4, el mayor porcentaje de alumnos estudiados pertenecía a cuarto semestre. El 23% de los estudiantes encuestados presento en algún momento depresión, de los cuales el 98% presento depresión leve y el 2 % depresión severa. El 74% de los estudiantes deprimidos se encontraban entre los 15 a 20 años. El 89.4% de los estudiantes deprimidos no refiere disfunción familiar y el 10,6% tenía problemas sentimentales

Conclusiones: El 23% de los estudiantes del primero y segundo año de medicina de la Fundación Juan N Corpas presentaron depresión leve, aunque este problema no tiene su origen disfunción familiar o problemas emocionales.

Maltrato infantil en Colombia, 2004-2008

Angie Medina, Mariana Millán, Kelly Molina

Objetivos: Identificar las características demográficas y sociales de la población en estudio, determinar la frecuencia de maltrato infantil en Colombia 2004-2008, identificar las formas más comunes de maltrato infantil en Colombia, identificar las formas más comunes de maltrato infantil, identificar qué factores intervienen para que un niño sea maltratado, establecer las consecuencias que deja el maltrato infantil en los niños, en los ámbitos psicológico, físico y emocional, conocer los métodos de prevención que tiene la ciudad frente a este problema social.

Metodología: Se realizó un estudio descriptivo, retrospectivo con los datos obtenidos del INMLCF y entrevistas personalizadas, realizadas a niños maltratados entre los 0 y 17 años, valorados en el INMLCF sede Bogotá durante los años 2004 al 2008. Los resultados se midieron con prevalencia.

Resultados: De la población infantil maltratada en Colombia durante el 2004 al 2008, el 52% eran mujeres, el grupo de edad más afectado estaba entre 10 a 17 años, el grado de escolaridad donde se presentó mayor número de reportes fue la secundaria, el maltrato físico fue el que más generó denuncias ante el INMLCF con 97%, seguido por el maltrato psicológico con 0,13 % y la negligencia o abandono físico con 0.03%. Las razones de maltrato infantil más frecuentes fueron la intolerancia (42.4%), el desamor (4.7%), el alcoholismo (4.1%) y el machismo (3.1). En el 33% de los casos el padre fue quien ejerció el maltrato dentro de la casa, el 27% la madre y el 40% otros familiares. Los contextos más concurridos para violentar a los menores fueron la vivienda (81.3%), las vías públicas (10.4%) y los centros educativos (2%). Los mecanismos de agresión más frecuentes fueron: arma contundente (70%), arma cortante (17%) y arma cortopunsante (7%). Todos los tipos de maltrato infantil se incrementaron a lo largo de los años.

Conclusiones: En Colombia durante los años 2004 al 2008, la intolerancia fue la primera causa de maltrato infantil y en el 73% de los casos fue un familiar o el padre quien lo ejerció.

Prevalencia de violencia intrafamiliar, Zipaquira, 2009 -2010

Diana Marcela González Ayala, Yesica Bibiana Jiménez Wagner

Objetivos: Identificar las características sociales y demográficas de la población en estudio, medir la prevalencia actual de violencia intrafamiliar de la población del municipio de Zipaquira para los años 2009 a 2010, identificar cuáles son las posibles factores de riesgo que conllevan a la violencia intrafamiliar para la población del municipio, determinar el género que está siendo más afectado ante la violencia intrafamiliar, determinar la distribución de agredidos por ocupación en el municipio de Zipaquira.

Metodología: Se realizó un estudio descriptivo retrospectivo con los datos de las personas que fueron agredidas y asistieron a la comisaria de familia de Zipaquira, durante los años 2009 y 2010. Los datos se obtuvieron a partir de los archivos de la comisaria de familia; los resultados principales se midieron como incidencia y como prevalencia.

Resultados: Durante los años 2009-2010 acudieron a la comisaria de familia de Zipaquira, 191 personas víctimas de violencia intrafamiliar, 49% mujeres y 37% niños, el grupo de edad más afectado entre los adultos con 35%, es el de los 31 a 36 años. El tipo de violencia intrafamiliar más frecuente es el emocional con 56%, seguido por la violencia económica con 37.2% y violencia física con 4.5%; la violencia intrafamiliar se presentó en todos los estratos con predominio del estrato 2 (40%) y el 4 (30%), se encontró que tanto los agredidos como los agresores eran bachilleres y el 24 % de los agredidos alcanzo el 24%. Las principales causas de violencia intrafamiliar fueron en su orden: transmisión intergeneracional, cefalopatias, relaciones extramatrimoniales, machismo, consumo de sustancias psicoactivas, alcohol y negligencia.

Conclusiones: En el municipio de Zipaquira, durante los años 2009 a 2010, las principales víctimas de la violencia fueron mujeres y niños, que sufrieron daños emocionales, psicológicos y físicos, a causas de violencia de todo tipo, aprendida especialmente por transmisión intrageneracional por parte de los agresores.

Incidencia de Infección Respiratoria Aguda(IRA) en menores de 10 años, Centro Médico de Bilbao, localidad de Suba, junio 2009- julio 2010

María Paula Roa Montenegro, Viviana Carolina Vargas Quintana, Jaime Villalobos
Valdemar

Objetivos: Identificar las características demográficas de la población en estudio, Identificar cual es la patología predominante entre las que conforman el grupo de las IRAS, establecer la incidencia de IRA en los menores de 10 años que acudieron al Centro Medico Bilbao- Corpas, entre junio 2009 hasta julio del 2010.

Metodología: Se realizó un estudio descriptivo retrospectivo con una fase prospectiva, los datos de niños menores de 10 años que presentaron IRA y fueron registrados en el libro de reportes del centro médico Bilbao – Corpas; los resultados principales se midieron como prevalencia e incidencia.

Resultados: Durante el periodo en estudio acudieron al Centro Medico Bilbao 608 niños entre los 0 y los 10 años, de los cuales 78% presento algún tipo de evento relacionado con IRA y el 22% fueron catalogados como sanos. La enfermedad más frecuente fue el resfriado común con 34%, el estrato socio económico que más acudió al Centro fue el estrato 2, las edades más afectadas por patologías respiratorias en este grupo de edad fueron los menores entre 2 y 4 años, los meses en los que se presentó mayor número de consultas por este tipo de patologías fueron junio y julio que concuerdan con la época de pico epidemiológica para enfermedades respiratorias.

Conclusiones: El resfriado común es la enfermedad respiratoria más frecuente entre los menores de 10 años que asisten al Centro Medico de Bilbao.

Causas de muerte materna, localidad de Suba, 2000- 2009

Andry Castro Montezuma, Miriam Giselle Farfán Fontalvo, Claudia Marcela Forero

Triviño, María Margarita Guerrero Riveros

Objetivos: Identificar las características demográficas y sociales de la población en estudio, determinar las causas directas de muerte materna en maternas de la localidad de Suba, medir la frecuencia de antecedentes antes del suceso, determinar los factores de riesgo que conducen a la mortalidad materna.

Metodología: Se realizó un estudio descriptivo retrospectivo con las maternas residentes en la localidad de Suba, que asistieron a cualquier servicio de urgencias o consulta externa en la localidad y fallecieron por causa materna, obstétrica o alguna causa relacionada con complicaciones en el embarazo, entre los años 2000 al 2009. Los datos fueron obtenidos de las actas de análisis de muerte materna previa autorización de la Secretaria de Salud de la Localidad, los resultados principales se midieron como razón de mortalidad materna.

Resultados: Fueron registrados 49 casos de muertes maternas, el 28.5 % entre los 25 a 29 años, el 38.7% viudas y el 30,61% convivían con su pareja hace más de 2 años sin casarse; el 93.8% de los casos ocurrieron en el hospital, el 48,8 % de los casos tenía grado de escolaridad básica primaria o secundaria y el 20.2 % profesional; el 38.7% pertenecía al régimen contributivo y el 30,6% al subsidiado. Las causas directas de muerte obstétrica más frecuentes fueron la muerte no especificada (8,1%), la hemorragia intracefalica (6,1%), el choque cardiogénico (6.1%), la insuficiencia respiratoria aguda (6.1%), el shock hipovolemico (6.1%) y la falla orgánica múltiple (6.1%). El 12% de las maternas tenían antecedentes de pre eclampsia, y el 6.1% habían presentado embolia pulmonar, síndrome de Hellp, encefalopatía hipertensiva o tromboembolismo pulmonar. Los mas frecuentes factores de riesgo para la población gestante en la localidad de Suba fueron: la baja escolaridad, la deficiencia en la red de apoyo de cónyuges y familiares, el manejo medico inadecuado, desde la primera consulta prenatal, y la deficiencia en el programa de educación a maternas.

Conclusiones: La muerte no especificada, la hemorragia intracefalica, el choque cardiogénico, la insuficiencia respiratoria aguda, el shock hipovolemico y la falla orgánica múltiple fueron las causas de muerte obstétrica más frecuentes del 2000 al 2009 en la localidad de Suba.

Trastornos alimenticios en adolescentes de un colegio de la localidad de Suba, Bogotá, 2010

Paola Andrea Cruz Vargas, Carol Viviana Cortez Báez, Ligia Marcela López

Objetivos: Identificar las características demográficas y sociales de la población en estudio, medir la frecuencia de los trastornos alimenticios en la población entre 11 y 19 años, identificar los conocimientos que tienen los adolescentes sobre los trastornos alimenticios, establecer las conductas de alimentación en niños y adolescentes participantes, identificar posibles factores relacionados con trastornos de la conducta alimentaria en ellos.

Metodología: Se hizo un estudio descriptivo retrospectivo, con los estudiantes entre 11 y 19 años de un colegio de Suba, durante el año 2010. Se aplicó una encuesta individual previa autorización, los resultados principales se midieron como prevalencias.

Resultados: Se aplicaron 206 encuestas a estudiantes de diversos cursos, excluyéndose 94 que presentaban datos incompletos. La frecuencia de estos trastornos en mujeres es de 21% contra 11% en hombres; el grupo de edad más afectado se encuentra entre los 15 y 18 años con un 36%, la función de la familia en este tipo de trastornos se evaluó con la escala de APGAR encontrándose que el 44% de las familias muestra disfunción leve, 15% disfunción moderada y el 8% muestran disfunción severa.

Conclusiones: La ausencia de problemas familiares es un factor protector ya que si hay una buena relación familiar con los jóvenes pueden disminuir los factores que predisponen a desencadenar este tipo de patologías.

Mortalidad en menores de un año, Colombia 2000- 2008

Ana Lady Fajardo Velandia, Beatriz Helena Fernández, Jenny Paola Lozano Vanegas,
Lissy Vanessa Jiménez Mantha

Objetivos: Identificar las características demográficas y sociales de la población en estudio, establecer la frecuencia de la mortalidad en menores de un año en Colombia, identificar posibles factores de riesgo para la mortalidad en niños menores de un año, establecer los años de vida potencialmente perdidos en esta población, identificar las muertes evitables entre los niños menores de un año en Colombia.

Metodología: Se realizó un estudio descriptivo retrospectivo con menores de un año muertos en Colombia durante los años 2000 al 2008. Se obtuvieron los datos de la base del DANE censo 2005 y los Indicadores de Salud 2000 – 2009. Los resultados principales fueron medidos como tasa de mortalidad.

Resultados: La tasa de mortalidad infantil en Colombia ha presentado un descenso progresivo en los últimos años, para el año 2000 bajo de 43.20*1000 habitantes a 28.40*1000 habitantes, el año 2005 paso a 24,40* 1000 habitantes y para el año 2010 alcanzo valores de 19.90*1000 habitantes. Choco y Vaupés han sido los departamentos con la mayor frecuencia a lo largo del tiempo. Las causas de mortalidad infantil más frecuentes del 2000 al 2008 fueron trastornos específicos respiratorios, malformaciones congénitas, afecciones del periodo perinatal y sepsis bacteriana.

Conclusiones: La tasa de mortalidad infantil decreció ostentablemente en el periodo objeto de estudio, evidenciando la implementación de medidas efectivas frente al deceso infantil.

Mortalidad por Enfermedades Cardiovasculares en adultos de 45 y más años, Colombia, 2000- 2008

Daniela Cortes Tovar, Andrés Mauricio Gómez, Luz Alejandra Rodríguez

Objetivos: Identificar las características demográficas de la población en estudio, describir el comportamiento de la morbilidad y la mortalidad por enfermedades cardiovasculares en Colombia durante los años 2000 al 2008, identificar las causas de muerte por ECV en la población colombiana, identificar los factores de riesgo de enfermedades cardiovasculares para la población colombiana.

Metodología: Se hizo un estudio descriptivo retrospectivo con adultos de 45 años y más, que murieron a causas de enfermedades cardiovasculares en Colombia desde el año 2000 hasta el 2008. Los datos fueron obtenidos de la base de datos DANE los datos principales se midieron como tasas de mortalidad.

Resultados: Durante el año 2000, 105.04×1000 colombianos murieron por causa de alguna enfermedad cardiovascular, cifra que ascendió para el 2008 a 112.5×100000 habitantes, de los cuales 52,3% eran hombres y 46,6% mujeres, el grupo de edad con mayor porcentaje de mortalidad por estos eventos fue el de 65 a 79 años con valores que oscilan entre 44% y 50%, siendo el 2004 el año con más fallecimientos y el 2005 el de menos. Dentro de las causas de muerte por ECV se encuentran las enfermedades isquémicas con 55%, seguida por eventos cerebrovasculares, enfermedades hipertensivas, arterosclerosis, Infarto agudo del miocardio y trastornos cardiovasculares. El IAM es el evento más común y el que presenta mayor tasa de mortalidad en todos los departamentos destacándose Tolima 143.88×100.000 habitantes, caldas 132.99×100.000 habitantes y Boyacá 132.28×100.000 habitantes. El 58% consumía alcohol, el 56% no practicaban actividad, física, el 82% consumía dieta aterogénica, y el 40% presentaba hipertrigliceridemia.

Conclusiones: Las enfermedades cardiovasculares correspondieron a la principal causa de muerte en Colombia entre los años 2000 a 2008, tanto en hombres como en mujeres con predilección hacia el sexo masculino entre los 65 a 79 años. El infarto

agudo del miocardio fue el evento que presento las tasas de mortalidad más altas entre todas las ECV.

Mortalidad materna en Colombia, 2000-2008

Liz Karime Estévez Pérez, Alfonso Romero López, Juan Pablo Ruiz Aya

Objetivos: Identificar las características demográficas y sociales de la población en estudio, medir la frecuencia de mortalidad materna en Colombia , establecer los eventos que causan mortalidad materna en el periodo de estudio en el país, identificar posibles factores de riesgo relacionados con las muertes maternas, establecer los años de vida potencialmente perdidos por mortalidad materna.

Metodología: Se realizó un estudio descriptivo retrospectivo con la población de mujeres colombianas de todo el territorio nacional que fallecieron a causa de un evento relacionado con el embarazo. Se tomaron del DANE los datos de las defunciones maternas y sus causas desde el 2000 hasta el 2008; se organizaron en distribuciones de frecuencia presentados en tablas y gráficas, se calcularon medidas de tendencia central y dispersión y los resultados principales se midieron como razón de mortalidad materna.

Resultados: Entre los años 2000 al 2008 en Colombia, se reportaron 5264 casos de muerte materna y evidenciándose un descenso progresivo año a año. El grupo de edad mas afectado fue el de 22 a 25 años, el departamento que presento las tasas de mortalidad mas altas durante los nueve años de estudio fue Chocó. La principal causa de muerte materna en Colombia fueron las enfermedades maternas que complican el embarazo destacándose en este grupo la toxemia, la hipertensión gestacional y la eclampsia. El aborto ilegal fue la quinta causa de muerte materna en Colombia durante estos años.

Conclusiones: A pesar de que durante los últimos años en Colombia ha descendido la tasa de mortalidad materna, este sigue siendo uno de los países en vía de desarrollo que presenta más mortalidad materna.

Cáncer de Colon en Colombia, 2003-2008

Freddy Aguilar Palacios, Jonathan Aguilar Palacios, Carlos Andrés Bueno Espinosa,
Angeliet Katherin Carvajal Sicacha

Objetivos: Identificar las características demográficas y sociales de la población en estudio, establecer la frecuencia de cáncer de colon en el país, medir la mortalidad de cáncer de colon en Colombia, identificar los posibles factores relacionados con la enfermedad en la población, identificar las principales causas de mortalidad y factores asociados a la incidencia del cáncer de colon.

Metodología: Se realizó un estudio descriptivo retrospectivo con los registros de la población colombiana que presenta cáncer de colon obtenidos de las bases de datos del DANE y del Instituto Nacional De Cancerología. Los datos principales se midieron como prevalencia y tasas de mortalidad.

Resultados: En los años 2003 al 2008 fueron registradas en Colombia 12 933 muertes por cáncer de colon con un mínimo de 1984 casos en el 2003 y un máximo de 2391 casos en el 2008. El mayor número de muertes fue registrado en el sexo femenino (56.1%), en el grupo de edad de adultos mayores de 65 años (61.4%), en pacientes con régimen contributivo (47.8%), con la básica primaria como máximo nivel educativo alcanzado (27.8) y con estado civil unión libre con más de dos años de convivencia (43%). Los departamentos donde se presentó el mayor número de casos fueron Bogotá (3144), Antioquia (2124), y Valle Del Cauca (1630). El año donde más se registraron casos fue el 2008 y las causas básicas del cáncer de colon predominante fueron el tumor maligno de colon en partes no especificadas (75.7%) seguida por el tumor maligno del recto (18.8%).

Conclusiones: La frecuencia de diagnósticos de cáncer de colon durante los años 2003 al 2008 mostro una tendencia al aumento; afectando con mayor frecuencia a mujeres mayores de 65 años durante todos los años.

Mortalidad por Enfermedad Respiratoria Aguda en adultos mayores, Colombia, 2000-2007

Leidy Carolina Clevez Beltrán, Sandra Milena Cortes Caviedes, Natalia Medina Torres,
Sandra Dayanna Lara Rojas

Objetivos: Identificar las características demográficas y sociales de la población en estudio, establecer la tasa de mortalidad de las enfermedades respiratorias agudas en adultos mayores de Colombia, identificar los departamentos que presentan la mayor mortalidad por estas patologías.

Metodología: Se realizó un estudio descriptivo retrospectivo en adultos mayores con infección respiratoria aguda (influenza, tuberculosis, neumonía) que fallecieron por esta causa en Colombia durante los años 2000 a 2007. los datos se obtuvieron de los registros de defunción del DANE, los principales resultados se midieron en tasas de mortalidad.

Resultados: Durante el periodo 2000-2007 se registraron en el DANE 27.787 muertes de adultos mayores por enfermedades respiratorias agudas en Colombia, el 50,4% se presentó en el sexo femenino, el 44% tenía estudios de primaria y el 9,6% estudios de secundaria, el 37% pertenecía al régimen Contributivo y el 34.1% al Subsidiado; el 84.5% de las muertes ocurrieron en la cabecera municipal. Las tasas de mortalidad mas altas se presentaron por neumonía no especificada 154.7×100.000 habitantes, tuberculosis 17.6×100.000 habitantes, influenza $0,9 \times 100.000$ habitantes y neumonías especificadas con 0.7×100.000 habitantes. Los departamentos con las tasas más altas durante el periodo en estudio fueron Vaupés 5.35%, Bogotá 4.92% y Amazonas con 4.86%. La edad avanzada es un factor de riesgo importante en las enfermedades respiratorias agudas, ya que las personas mayores de 65 años suelen presentar predisposición debido a los respectivos cambios anatómicos y estructurales que presenta su sistema respiratorio y a las alteraciones del sistema inmune ocasionadas por el proceso de envejecimiento

Conclusiones: La neumonía no especificada, la tuberculosis, la influenza y las neumonías especificadas fueron las enfermedades respiratorias que afectaron con mayor frecuencia a la población de adultos mayores de 65 años durante los años 2000 a 2007 y que presentaron las tasas de mortalidad más altas entre este grupo de eventos.

Mortalidad de niños y jóvenes entre 5 y 14 años, Colombia, 2000-2008

Jenny Carolina Castañeda Villate, Jennifer Carolina Oviedo Pineda, Andrés Riaño Daza,
Jeison Daniel Rico Medina

Objetivos: Identificar las características demográficas y sociales de la población en estudio, establecer la frecuencia de mortalidad en niños y jóvenes entre los 5 y los 14 años de edad en el país, identificar los eventos que causan la mortalidad en este grupo de edad en el país, identificar posibles factores relacionados con estas muertes y establecer los años de vida potencialmente perdidos por este grupo social.

Metodología: Se realizó un estudio descriptivo retrospectivo con los datos de niños y jóvenes entre los 5 y los 14 años de edad en Colombia entre los años 2000 a 2008 obtenidos de los registros de mortalidad y de población disponibles en el DANE y en los indicadores básicos 2000 Del Ministerio De Salud de Colombia. Los resultados principales se midieron como tasas de mortalidad.

Resultados: Entre el año 2000 y 2008 las defunciones en este grupo de edad superaron los 14000 casos, mostrando que el índice de mortalidad ha disminuido en forma progresiva; las principales causas de muerte son los accidentes de tránsito (3608), violencia (2322), leucemias (2003), ahogamiento (1663), enfermedades del SNC (1451), infecciones respiratorias agudas (1193), suicidio (687), desnutrición (380), malaria (313), y las infecciones intestinales (268). Para un total por causas de 14005 casos.

Conclusiones: Los niños de 10 a 14 años presentan mortalidad más alta en comparación los de 5 a 9 años siendo un grupo vulnerable a situaciones fatales con predominio en hombres e influenciada por factores sociales.

Mortalidad por Leucemias, Colombia, 2000-2008

Vivian Losada Germain, Tatiana Ramírez Gallego, Alejandra Restrepo Pérez, José
Joaquín Rodríguez González

Objetivos: Identificar las características demográficas y sociales de la población en estudio, establecer la frecuencia y la tasa de mortalidad por leucemias durante el periodo 2000 a 2008, identificar posibles factores asociados, medir los años de vida potencialmente perdidos por la leucemia en Colombia e identificar posibles factores relacionados con leucemias.

Metodología: Se realizó un estudio descriptivo retrospectivo con personas que murieron por leucemia, desde el 2000 hasta el 2008 en Colombia según el DANE. Los resultados principales se midieron como tasas de mortalidad.

Resultados: En los años de 2000 a 2008 fueron registrados 3968 casos de leucemia en Colombia, el año que mostro mayor número de casos fue el 2005 con un total de 262 (corresponden a un 6.6% del total) con un predominio sexo masculino afectando a casi todos los departamentos casi uniformemente con una mayoría de casos en Bogotá por una mayor cantidad de muertes registradas en las cabeceras municipales en el medio hospitalario la mayoría del régimen contributivo y profesionales con estado civil unión libre. La tasa de mortalidad más alta se presentó en las personas con diagnóstico de Leucemia Linfoblástica aunque siendo esta la más frecuente y agresiva. Así mismo es mayor en la población mayor de 65 años considerando que la causa de muerte en estos grupos de edad por complicaciones propias a la enfermedad estudiada y asociada a otros tipos de patologías presentes en el adulto mayor.

Conclusiones: La mortalidad en Colombia que aporta la leucemia es significativa y similar a la reportada en otros estudios, siendo más alta en personas con diagnóstico de leucemia Linfoblástica. Es mayor la mortalidad en las personas mayores de 65 años considerando las complicaciones propias de la enfermedad y otros tipos de patologías que se encuentran en este grupo de edad.

Mortalidad por Infarto Agudo De Miocardio, Colombia, 2000-2009

Morales León Julián Andrés, Otálora Mancilla Diana Paola, Ramírez Guerrero Oscar
Andrés, Rojas Lesmes Juan Andrés

Objetivos: Identificar las características demográficas y sociales de la población en estudio, medir la frecuencia de la mortalidad del infarto agudo del miocardio en Colombia desde el año 2000 al 2009, identificar los años de vida potencialmente perdidos en la población por esta causa.

Metodología: Se realizó un estudio descriptivo retrospectivo con la población colombiana los años 2000 a 2009. Los datos fueron obtenidos de los registros del DANE, los datos principales se midieron como tasa de mortalidad y se plantearon diferencias estadísticas.

Resultados: El promedio de muertes por infarto agudo del miocardio IAM entre el 2000 y el 2009 fue de 25308 casos con un valor mínimo de 22399 en el 2000 y un máximo de 28752 en el 2008; la tasa de mortalidad general por IAM ascendió durante el periodo en estudio, pasando de 55.5 por cada 100000 habitantes a 61.4x cada 100000; los departamentos con tasas de mortalidad más altas por IAM fueron Tolima (80x100000 hab), Cundinamarca (79x100000 hab), Caldas (70x100000 hab) y Quindío (84x100000 hab). Los hombres entre 45 y 64 años presentaron mayor incidencia de AIM en comparación con las mujeres en las que la mayor incidencia se encuentra entre los 65 años y más. Los factores de riesgo para IAM más frecuentes fueron el cigarrillo, los antecedentes familiares y algunas enfermedades de base como HTA, diabetes mellitus, dislipidemias y la menopausia en mujeres mayores de 65 años.

Conclusiones: La mayor tasa de mortalidad por IAM la presentan los hombres de entre 45 a 64 años. Factores de riesgo como la dieta regional (Caldas, Tolima) con un alto consumo de grasa animal saturada puede conducir a IAM en mujeres mayores de 65 años.

*TRABAJOS DE ESTUDIANTES DE LA
ESPECIALIZACION EN AUDITORIA, FUNDACIÓN
UNIVERSITARIA JUAN N. CORPAS, 2010*

Plan de gestión de residuos hospitalarios: implementación y análisis, Facatativá, 2004-2008

Luz Marina González, Janeth Murillo, Martha Lucia Salas

Objetivos: identificar las características en el diseño e implementación del plan de gestión integral de residuos hospitalarios de los prestadores independientes de la salud en el municipio de Facatativá, establecer la metodología de evaluación empleada por el ente de vigilancia y control en la implementación de los planes determinar las ventajas y desventajas de la implementación de la circular 047 de 2006, en los prestadores independientes de salud, medir el cumplimiento en la presentación de los informes de los profesionales independientes de Facatativá los años 1004-2001.

Metodología: se realiza un estudio descriptivo con una fase retrospectiva y una fase prospectiva; la población en estudio fueron los prestadores independientes de salud registrados con habilitación en el municipio; los resultados se midieron en porcentajes.

Resultados: en los años 2004-2005 de los 55 prestadores independientes de salud habilitados, entregaron informes PGIRH el 70,9%; los años 2005-2006 de los 56 prestadores habilitados entregaron informe el 23,2% y los años 2006-2008 de los 72 prestadores habilitados entregaron informe el 59,7%; durante el periodo 2006-2008 mejoró la calidad de los informes presentados por los prestadores independientes de salud del municipio; la implementación de la Circular 047 del 2006 trajo como ventaja la disminución de los programas del manual de procedimientos de la gestión integral de residuos hospitalarios a siete programas.

Conclusión: durante el periodo en estudio mejoró la calidad de los informes presentados por los prestadores independientes de salud en el municipio de Facatativá.

Manual De Funciones Asistenciales Del Médico General, Hospital Central de la Policía Nacional, Bogotá, 2009

Hernando lima, Lina Medellin, Rafael Pineda, Nidia Salgado

Objetivos: establecer las necesidades del Hospital Central de la Policía Nacional relacionadas con las funciones asistenciales del médico general, identificar las necesidades de calidad del médico general en el Hospital Central de la Policía Nacional, realizar el manual de funciones para médico general según la normativa legal vigente y las necesidades propias de la institución.

Metodología: se realizó un estudio descriptivo con una fase transversal y una prospectiva en la que participaron los médicos que laboran en la institución; se obtuvo una muestra de 42 médicos, con base en una confiabilidad del 95%, una p de 0,2 y un error de 0,05, con los cuales se hicieron los cálculos en EpiInfo 2000; se definió aleatoriamente un día hábil para aplicar el instrumento en las jornadas de la mañana, tarde y la noche. Los principales resultados obtenidos se midieron con porcentajes.

Resultados: de los 42 encuestados el grupo de edad que más participo fue el de 25 a 30 años con el 54,8%; el 64% con tiempo de vinculación entre uno y cuatro años, el 66% de ellos laboraban en urgencias y el 25% en pisos; en la respuesta referente al área humanística, se registra deficiente iniciativa en la participación en los programas y tareas de la Institución y deficiente conocimiento sobre los programas y proyectos de la Institución; en las respuestas referente a la dimensión técnica se obtuvo una calificación buena, con el 52% de los encuestados con nivel adecuado de las funciones asistenciales; teniendo en cuenta los resultados obtenidos en la encuesta, se realizó el manual de funciones del médico general para las áreas de urgencias, salas de cirugía y hospitalaria y se difundieron los resultados.

Conclusiones: se realizó el manual de funciones por áreas del Hospital Central de la Policía Nacional; se divulgaron los resultados obtenidos.

Formulación de un plan de auditoria para el mejoramiento de la calidad en el Departamento de Facturación del Hospital de Ubaté, Cundinamarca, 2009

Jhon Penagos

Objetivos: identificar las debilidades del área de facturación del hospital de Ubaté, realizar el análisis del desempeño en los procesos de ejecución, identificar las posibles causas de las debilidades identificadas, formular el plan de mejoramiento con base en el análisis realizado.

Metodología: se realiza un estudio descriptivo transversal en el cual se incluyó a todos los funcionarios del departamento de facturación del hospital, se aplicó los instrumentos pertinentes, los resultados se midieron con porcentaje.

Resultados: se identifican las debilidades del área, las cuales incluyen glosas sin contestar por diferentes razones, el personal vinculado al proceso de facturación no tiene la formación requerida en un 90%, la digitación de los servicios no corresponden a lo consignado en las historias clínicas y los soportes recolectados, se encuentran errores en la liquidación de cuentas; con bases en estas debilidades se buscan sus causas y se formule el plan de mejoramiento.

Conclusiones: se identifican las limitaciones del área de facturación del hospital, se formula el plan de mejoramiento con base en el análisis realizado.

Productividad del servicio de Neonatos, Hospital María Inmaculada de Florencia, Caquetá, 2008

Wilmer De la Hoz, Yaneth Oyola, Sandra Pastrana

Objetivos: definir los servicios o productos en el centro de costos de neonatos en el año 2008, establecer el valor de los costos directos, indirectos e ingresos del centro de costos de la unidad de cuidados intensivos neonatal, identificar el margen de utilidad o pérdida que produce la unidad de cuidados intensivos neonatal, ofrecer a la administración una herramienta de garantía para la evaluación individual de cada centro de costos.

Metodología: se realiza un estudio descriptivo retrospectivo en el centro de costo de la unidad de cuidados intensivos neonatal, para lo cual se hicieron los cálculos de costo de los componentes de talento humano, suministros, costos directos e indirectos, ingresos, grado de ocupación de la unidad de cuidados intensivos neonatal, infraestructura; los resultados principales se midieron en porcentajes.

Resultados: el costo total por año en la unidad de cuidados intensivos neonatal, es de 1.872.275.000 pesos durante el año 2008, el 56% de los cuales se invierten en talento humano, el 11% en suministros, el 6% en costos directos y el 26% en costos indirectos; las camas disponibles fueron 14; se registró una ocupación promedio de 76%; se facturó 1.422.087.000 de pesos que corresponde al 69% de lo proyectado; con un déficit de \$450.188.000 equivalente al 24% de los costos.

Conclusiones: el centro de costo de la unidad de cuidados intensivos neonatales generó pérdidas durante el año 2008; no hay aun demanda suficiente para la UCIN del hospital María Inmaculada de Florencia, Caquetá.

Prevención de embarazos no deseados en adolescentes escolarizados de 13 a 19 años de edad, Colegio José Antonio Galán, Puerto Boyacá, 2010

Paula Bohórquez, Nohora Montoya

Objetivos: identificar los constructos culturales y familiares en torno a la educación sexual y reproductiva de los jóvenes en estudio, establecer las condiciones que determinan el comportamiento sexual de los jóvenes, identificar las condiciones que pueden involucrar a los jóvenes en proyectos de vida productivos, establecer medios de prevención que comuniquen de manera directa y clara los medios para evitar un embarazo no deseado y el riesgo de adquirir una enfermedad de transmisión sexual, identificar espacios que involucren a los jóvenes en actividades que contribuyan a un mejor manejo del tiempo libre e identificar los factores que contribuyen a que un adolescente inicie vida sexual a temprana edad

Metodología: se realiza un estudio de prevalencia en 315 adolescentes entre 15 y 19 años del colegio José Antonio Galán del municipio de Puerto Boyacá (Boyacá). Los resultados principales se midieron como prevalencia de punto.

Resultados: de los 315 estudiantes, el 53,1% pertenecían a 8º y 9º grados; el 46,8% habían tenido relaciones sexuales; el 51,7% de ellos se encontraban entre 14 y 15 años; el 55,2% usó preservativo como método de planificación en su primera relación sexual, el 35,2% no utilizó ningún método de planificación en su primera relación sexual; el uso de preservativo le parece seguro al 57,1% de los adolescentes encuestados; el 2,6% de las mujeres deseaba quedar embarazadas al momento de la primera relación sexual; el 83,5% no ha pensado aun tener hijos; el 84,2% desea ser profesional; el 64,1% de los adolescentes ha participado en talleres, foros y capacitaciones sobre educación sexual; han recibido “educación sexual” en el colegio el 36,5% y en casa de los padres el 33,6%.

Conclusión: los programas de “educación sexual” deben estar dirigidos y coordinados por personal preparado para ello; todos los educadores deben tener formación especial para interactuar con los jóvenes adolescentes

*TRABAJOS DE RESIDENTES DE LAS
ESPECIALIDADES MEDICOQUIRURGICAS
FUNDACION UNIVERSITARIA JUAN N CORPAS, 2010*

Supervivencia en pacientes con purpura trombocitopenica inmune, tratados con dosis altas de dexametasona, Hospital Universitario Clínica san Rafael, Bogotá, 2004-2008

Jeimmy Cubillos, Juan Hernandez, Mark-Edy Pierre

Objetivos: determinar las características demográficas y sociales de los pacientes participantes, determinar las circunstancias en las cuales se inicia manejo con dexametaxona (niveles de plaquetas), determinar otros eventos, establecer respuesta al día 10, a los seis meses, a las intervenciones y posible falla terapéutica, establecer supervivencia libre de recaídas en pacientes con purpura trombocitopenica idiopática de reciente diagnostico tratados con dosis altas de dexametasona.

Metodología: se realiza un estudio descriptivo retrospectivo durante el periodo 2004-2008; la población fueron los pacientes mayores de 15 años manejados con dexametasona a altas dosis con diagnóstico de purpura trombocitopenica idiopática, la base de datos se realiza con las historias clínicas de cada uno de los pacientes. Los datos principales se miden como prevalencia e incidencia

Resultados: se identificaron 19 paciente que cumplen con los criterios de inclusión para el trabajo, 73,6% son mujeres; en el 10,5% el recuento de plaquetas es menor a 3000; en el 42,1% las plaquetas están entre 3000 y 10000; en el 73,6% al día 14 se había conseguido respuesta, respuesta completa al día 30 en el 52,6% de los pacientes, a los 6 meses respuesta completa en el 36,8% de los pacientes; 6 pacientes presentaron recaída antes de 6 meses; el 100% de los pacientes sobreviven al momento de finalizar el trabajo.

Conclusión: los pacientes estuvieron libres de recaídas entre siete y 24 meses; el 90% de los pacientes lograron respuesta completa sostenida con el manejo con dexametasona a las dosis utilizadas.

*TRABAJOS DE ESTUDIANTES DE LA
ESPECIALIZACION EN NEFROLOGIA, FUNDACION
UNIVERSITARIA JUAN N CORPAS, 2010*

Factores relacionados con la prevención de complicaciones infecciosas en el tratamiento de diálisis peritoneal, 1966 - febrero 2009

Carlos Lozano

Objetivos: determinar características de la técnica quirúrgica de implantación del catéter de diálisis peritoneal; identificar características sociales y demográficas asociadas a disminución de la tasa de infección, establecer pautas de tratamiento que permitan disminuir la tasa de infección del orificio de salida del catéter de diálisis peritoneal y peritonitis.

Metodología: se realizó una revisión sistemática de la literatura mediante una búsqueda electrónica en MEDLINE entre 1966 y febrero de 2009 y en el Cochrane Renal Group Specialized Register utilizando la base de datos "obid", utilizando los términos "subject heading", "diálisis peritoneal", "peritonitis", "infection", "exit site", "tunnel", "PD", "CAPD", "CEPD", "APD" e "IPD"; igualmente se ubicaron de manera electrónica ejemplares de la revista PD international entre 1981 y 2009; las búsquedas se realizaron en inglés y español.

Resultados: no hay diferencias estadísticas entre la técnica quirúrgica de implante de catéter respecto al RR subsecuente de peritonitis (RR 0,60 IC95% 0,41-1,15), tampoco se encontró diferencia en la falla de la técnica de implantación del catéter (RR 0,33 IC95% 0,04-3,03); no hay diferencias estadísticas en la tasa de peritonitis pacientes-mes (RR 1,16 IC95% 0,37-3,60); en relación con el uso de catéter recto Vs. Cola de cerdo, en el riesgo de infección hay diferencias estadísticas (RR 1,14 IC 0,73-1,79); hay diferencia estadística en el uso de catéter recto Vs. Cola de cerdo con el riesgo de mortalidad global (RR 0,26 IC 95% 0,07-0,99), hay diferencia estadística en la indicación de remoción o reposición de catéter (RR 0,57 IC 95% 0,33-0,98) como factor protector; la comparación entre diálisis peritoneal automatizada Vs. Manual, presenta tasas de peritonitis significativamente menores (RR 0,35 IC 95% 0,35-0,83); se encuentra en los estudios tasas de infección similares entre los pacientes jóvenes y mayores; la antibiótico terapia oral profiláctica redujo significativamente el riesgo de infección del orificio de salida y de infección del túnel del catéter peritoneal (RR 0,29 IC%0,09 a 0,97); el uso de antibiótico intravenoso redujo el riesgo de peritonitis temprana

(RR0,35 IC95% 0,15-0,80); el uso de nistatina oral en la prevención del riesgo de sobre infección fúngica demostró una disminución de la tasa de sobre infección (RR 0,10 IC95% 0,03-0,31)

Conclusiones: ninguna técnica quirúrgica, tipo de catéter o número de retenedores tiene impacto en el riesgo de infección; la diálisis peritoneal automatizada APD se asocia con una tasa menor de peritonitis; el uso de antibiótico intravenoso profiláctico redujo el riesgo de peritonitis temprana.

*TRABAJOS DE ESTUDIANTES DE LA ESPECIALIZACION
EN TERAPIAS ALTERNATIVAS, FUNDACIÓN
UNIVERSITARIA JUAN N. CORPAS, 2010*

Descripción de la respuesta terapéutica a la musicoterapia en pacientes con hipertensión arterial estadio uno, Ferrocaja, Localidad de Fontibón y Santa Cecilia, Localidad de Engativá, Bogotá, Noviembre 2010.

Laima Hingyid Amalla Márquez, Claudia Guiovanna Paternina Leal, Mónica Alejandra Tórres Cárdenas.

Objetivos: identificar las características sociales y demográficas de la población en estudio, establecer la frecuencia de hipertensión arterial, medir niveles tensionales en pacientes hipertensos en estadio uno con manejo farmacológico y musicoterapéutico.

Metodología: se realizó un estudio descriptivo prospectivo en pacientes voluntarios con hipertensión arterial estadio uno, residentes en el barrio Santa Cecilia de la localidad de Engativá y del barrio Ferrocaja de la localidad de Fontibón. Se diseñó y se aplicó el instrumento “inventario de ansiedad-rasgo-estadio” al inicio y al final del estudio. Se implementó musicoterapia pasiva con repertorio preestablecido tres veces semanales durante diez días, con 45 minutos de duración por sesión; se tomó tensión arterial al inicio de la sesión luego de 15 minutos de reposo y al final de la sesión. Los principales resultados se midieron como prevalencias.

Resultados: Se incluyeron en el estudio 96 pacientes, el 82.3% de sexo femenino; predominó el grupo de edad de 56 a 65 años; el 64.7% pertenecían al régimen contributivo; 88 terminaron las sesiones de musicoterapia; no hubo diferencias en las pruebas de ansiedad medidas previamente y posterior a las sesiones de musicoterapia; hubo disminución en los niveles de tensión arterial sistólica y diastólica entre la primera y la decima sesión y entre los promedios de los tonos inicial y final en todas las sesiones, pero estas diferencias no fueron estadísticamente significativas.

Conclusiones: no hubo diferencias estadísticas en las pruebas de ansiedad pre y post sesiones de musicoterapia. No hubo diferencias estadísticas en los niveles de tensión arterial sistólica y diastólica, pre y post sesiones de musicoterapia.

*TRABAJOS DE ESTUDIANTES DE LA ESPECIALIZACION
EN EPIDEMIOLOGIA, FUNDACIÓN UNIVERSITARIA
JUAN N. CORPAS, 2010*

Brote de Enfermedad Transmitida por Alimentos, Suba, Enero, 2010

Herminia Walteros Fernández, Yudi Alejandra Patiño Amaya.

Objetivos: establecer la frecuencia y distribución de los casos, identificar la posible fuente de exposición de los casos, establecer las acciones pertinentes de prevención y control de nuevos casos y realizar un plan de mejoramiento con base en los resultados obtenidos.

Metodología: se realizó un estudio epidemiológico de brote en una familia de la localidad de Suba; para la recolección de los datos se realizó visita de campo en la cual se aplicó una encuesta y se tomaron muestras de arroz con pollo y torta de tres leches; los datos se organizaron en distribuciones de frecuencia que se presentan en tablas y gráficos; los principales resultados se midieron con tasas de ataque.

Resultados: la población expuesta fueron 50 personas de las cuales 27 enfermaron; los principales síntomas fueron diarrea, vómito y dolor abdominal; la tasa de ataque fue del 54%; el brote fue de fuente común, el tiempo entre el consumo del alimento y el inicio de síntomas fue de cinco horas; el 75% de los afectados tenían entre 15 y 44 años; todos los enfermos fueron de sexo masculino, los análisis de laboratorio reportaron presencia de mesófilos, Coliformes, Estafilococo coagulasa positivo, mohos y levaduras.

Conclusiones: Se confirmó el brote por Enfermedad Transmitida por alimentos, el alimento implicado fue torta tres leches y el agente causal fue Estafilococo coagulasa positivo.

Análisis de la situación del sistema de vigilancia de los eventos de interés salud pública Malaria vivax y falciparum, Colombia, 2008

Andrea Bibiana Pinilla, Sandra Liliana Toquica, Herminia Walteros.

Objetivos: verificar el cumplimiento del proceso de notificación, medir la calidad de registros y la oportunidad de notificación, revisar la clasificación de los casos notificados por el SIVIGILA de los eventos de malaria en Colombia durante el año 2008.

Metodología: se realizó un estudio descriptivo retrospectivo de los casos de malaria que se notificaron a nivel nacional durante el año 2008. Los datos se tomaron de las fichas de notificación epidemiológicas del SIVIGILA, los resultados principales se midieron como porcentajes.

Resultados: Se analizaron 67.331 registros, Se encontró que en Colombia la tasa de mortalidad por malaria fue de 407,6 x 100.000 habitantes; el 64% de casos notificados corresponden a P. vivax y 34.4% a P. falciparum; la región Pacífica aportó el 40% de los casos de malaria P. vivax, la región Orinoquía el 20%, la región Atlántica el 19%, la región Andina el 11.3%, la región Amazonia aportó el 8.8%. La tasa de morbilidad por P. falciparum fue de 54 casos x 100.000 habitantes; el 55.4% de los casos los notificó la región Pacífica, el 21,3% la región Orinoquía, el 14.4% la región Atlántica, el 4.5% la región Andina y el 4.4% la región Amazonía. La morbilidad por malaria mixta fue de 6,2 casos x 100.000 habitantes; el 39% de los casos los notificó la región Atlántica, la región pacífica el 25, 9%, la región Orinoquía el 18.5% y la región Andina el 15.02%; el 93 % de los casos de malaria vivax y el 17% de malaria falciparum, se encontraban mal clasificados; el 100% de los registros se encuentran mal diligenciados. Los picos más altos de notificación se encontraron en el segundo y quinto periodo del año con 4.272 casos de m. falciparum y 3761 para m. vivax respectivamente. El tiempo entre la notificación del caso y la consulta varía entre 3 y 4,2 días en promedio para P. falciparum como para P. vivax con un valor mínimo de 0 y un máximo de 365 días.

Conclusiones: no se cumple con los protocolos de vigilancia y notificación; se encuentra sub registro de los datos; la malaria por plasmodium vivax es la de mayor frecuencia.

Brote de Varicela en el Centro Poblado La Esmeralda, Arauquita, semanas epidemiológicas 10, 11 y 12 año 2009

Miller Fernando Palta, Patricia Gómez Pulgarin, Edith Yerline Barragán Cárdenas.

Antecedentes: Durante las semanas epidemiológicas 10,11 y 12 del año 2009, se reportó un incremento en el número de casos de varicela en el centro poblado La Esmeralda del municipio de Arauquita en el departamento de Arauca; los objetivos fueron establecer las características sociales y demográficas de los casos, establecer la frecuencia y distribución de la enfermedad, identificar los factores de riesgo a los que estuvieron expuestos la personas que se contagiaron de varicela y definir las medidas de prevención que pudieran ser aplicadas a esta comunidad.

Metodología: Se realizó un estudio de brote en 36 casos detectados con varicela en el centro poblado La Esmeralda durante las semanas epidemiológicas 10, 11 y 12 del 2009; los datos se tomaron de las fichas de notificación epidemiológicas del SIVIGILA del Instituto Nacional de Salud y de los casos identificados en la búsqueda activa; se calcularon índices endémicos, se elaboraron mapas de distribución de frecuencia, se establecieron rutas de propagación; los principales resultados se midieron con tasas de ataque.

Resultados: en la semana epidemiológica diez se encontraron 17 casos con una tasa de ataque de 0,52 por 100 habitantes; en la semana epidemiológica 11 se encontraron 3 casos con una tasa de ataque de 0,09 por 100 habitantes; y en la semana epidemiológica 12 se encontraron 16 casos con una tasa de ataque de 0,49 por 100 habitantes; se encontraron diferencias estadísticas en las tasas de ataque entre los grupos de edad de 5 a 14 y de 15 a 24 años; durante el 2008 se notificaron por semana epidemiológica entre uno y dos casos, en el años 2009 se registraron entre cero y un caso por semana epidemiológica con un incremento en la semana diez y doce; el periodo de transmisibilidad fue entre el 28 de febrero y el 5 de marzo.

Conclusiones: Se confirmó brote de varicela en el centro poblado La esmeralda, durante las semanas epidemiológicas 10,11 y 12 del año 2009.

Brote de enfermedad Transmitida por Alimentos, Ibagué, 2009

Catalina Sarmiento, Natalia Guerrero

Objetivos: caracterizar y configurar epidemiológicamente el brote, implementar medidas de control, identificar los alimentos implicados en la transmisión de los agentes etiológicos, identificar los agentes etiológicos causantes y determinar los factores de riesgo implicados en el brote.

Metodología: Se realizó un estudio de brote en 143 escolares de cinco a 14 años del Colegio José Joaquín Flórez sede barrio Bello Horizonte en el año 2009; para la recolección de datos se realizó búsqueda activa comunitaria e institucional, se realizó investigación de campo y los datos se organizaron en distribuciones de frecuencia que se presentan en tablas, gráficos y mapas, los principales resultados se midieron con tasas de ataque y riesgo atribuible con sus IC del 95%.

Resultados: el grupo más afectado fue el de cinco a 14 años con una frecuencia del 94%; la tasa de ataque de hombres fue de 62.1%; los principales síntomas fueron dolor abdominal en el 71%, vómito en el 66% y náuseas en el 46%; el periodo de incubación promedio fue de 4 horas; el alimento más relacionado con el brote fue la arepa con pollo con una tasa de ataque del 65%, seguido de avena con tasa de ataque de 60%; se tomaron ocho muestras biológicas, el 50% de las muestras dieron positivo para *Enterobacter cloacae*, 37% positivo para *Escherichia coli* y 12% *Morganella morganii*; se tomaron muestras de alimentos en los cuales se encontró que en la arepa rellena con pollo *Escherichia coli* (> 738.000) y *Staphylococcus aureus* positivo/g. (<300.000.000) y para la avena con leche se encontró *Escherichia coli* (> 1) y *Staphylococcus aureus* positivo/g. (2.000.000).

Conclusiones: Se configuró un brote de Enfermedad Transmitida por alimentos, el alimento implicado fue la arepa rellena con pollo; el agente causal fue *Staphylococcus aureus* positivo.

Mortalidad por Neumonía Adquirida en la Comunidad en adultos de 65 y más años, Colombia, 2000-2006

Catalina Beltrán Sarmiento

Objetivos: Identificar las características sociales y demográficas de la población en estudio; Establecer la frecuencia de la mortalidad de NAC en los adultos de 65 años y más años en Colombia durante 2000-2006.

Metodología: Se realiza un estudio descriptivo retrospectivo; la población en estudio fueron los adultos mayores de 65 y más años con diagnóstico de neumonía adquirida en la comunidad, los datos se obtienen de las estadísticas vitales del DANE e indicadores básicos 2000-2006 del Ministerio de la Protección social respectivamente; Los datos principales se midieron como tasas de mortalidad, se establecen diferencias estadísticas entre las variables y sus características de interés, con sus medidas de “asociación” y sus respectivos IC 0,95.

Resultados: Se registraron un total de 22,296 muertes en el periodo, con un promedio de 3,187 casos por año, con un valor mínimo de 2,305 casos para el año 2000 y un máximo de 4,187 casos en el 2005; las regiones centro oriente y occidental presentan el mayor número de casos; la proporción de casos en Colombia es mayor en el sexo femenino; en los departamentos de Valle, Antioquia y Bogotá D.C. se evidencia el aumento progresivo del diagnóstico de neumonía adquirida en la comunidad durante el periodo analizado; en el periodo estudiado hay aumento anual de la proporción de defunciones que en el año 2000 es de 2,8% y en el año 2006 de 4,1%; la razón de prevalencia hombre/mujer es de 0,92

Conclusiones: El diagnóstico de neumonía adquirida en la comunidad en la población mayor de 65 años aumento progresivamente entre los años 2000 al 2006.

Calidad de agua y su posible relación con Hepatitis A en niños escolarizados de cero a diez años, macro región Rio Tunjuelo, Distrito Capital, 2006-2007

María Muñoz

Objetivos: identificar las características demográficas sociales y ambientales de la población en estudio; determinar los casos confirmados de Hepatitis A en SIVIGILA; establecer la calidad del agua relacionada con los casos de Hepatitis A, identificar los parámetros fisicoquímicos y microbiológicos del agua.

Metodología: se realiza un estudio descriptivo retrospectivo; la población en estudio fueron niños escolarizados de 0-10 años, en la macro-región del río Tunjuelo; los datos se recogen por medio de SIVIGILA Y SIVICAP. Se realiza análisis de los datos por medidas de tendencia central e incidencia.

Resultados: se incluyen en esta investigación 1.224 niños en el 2006 y 616 en el 2007; se registra el mayor número de casos en el periodo de agosto a noviembre; la localidad de Ciudad Bolívar es la que más casos aporta con 17; el 54% de los brotes ocurre en las instituciones educativas; la potabilidad del agua es aceptable en un 70,5%, con un índice de riesgo de 1.14; con el 61,8% el 2007 es el año en que más brotes se reportan, con 160 casos; para el año 2007 la tasa es de 115 casos por cada 100.000 niños.

Conclusiones: la localidad con mayor número de brotes es Ciudad Bolívar; no se pudo identificar que un brote de Hepatitis A se presentara por la mala calidad de agua, pueden existir diferentes factores de riesgo causantes de los casos.

Análisis de la situación del sistema de vigilancia de los eventos de interés salud pública Exposición Rábica, Rabia Humana y Rabia Animal, Colombia, 2008

Catalina Beltrán, María Muñoz, Zury sierra, Jenny Rueda, Adriana Ulloa

Objetivos: verificar el cumplimiento del proceso de notificación, medir la calidad de registros y la oportunidad de notificación, medir la calidad de los registros y la oportunidad de notificación, medir el proceso de seguimiento de los casos notificados en SIVIGILA; revisar la clasificación de los casos notificados por el SIVIGILA de los eventos de rabia humana, exposición rábica y accidente rábico en Colombia durante el año 2008

Metodología: se realiza un estudio descriptivo retrospectivo. La población en estudio fueron todos los casos notificados a nivel nacional de los eventos en estudio durante el año 2008, los datos se obtuvieron de la base de datos de la ficha de notificación obligatoria SIVIGILA; durante el año 2008; se calculan medidas de tendencia central y de dispersión; los resultados principales se midieron como prevalencia.

Resultados: se registraron 40.934 casos de exposición rábica, con 948 casos que requirieron hospitalización y un evento de mortalidad, 105 casos probables de rabia humana de los cuales 15 requirieron hospitalización y tres fallecieron; se presentan 14 casos de rabia animal; la oportunidad de notificación tiene un promedio para los casos de rabia humana de 6,9 días como mínimo y un máximo de 367 días, para la exposición rábica se encuentra un promedio de 2,9 días con mínimo de 0 días y máximo 376 días, para la rabia animal se encuentra un promedio de 7,4 con un mínimo de 0 y un máximo de 367 días. En el 47,7% de los casos el animal agresor se encontraba sano posterior a la observación; el 72,7% de los casos se encuentran mal clasificados.

Conclusiones: no se cumple con los tiempos de notificación; por falta de datos se generan dudas en el proceso de notificación, no se cumplen con las guías de manejo y protocolos; se presenta dificultad o poca disponibilidad para acceder aun centro de zoonosis o clínica veterinaria con las medidas de bioseguridad necesarias.

Análisis de la situación del sistema de vigilancia en salud pública de enfermedades transmitidas por vectores (Malaria), Colombia, 2008

Herminia Walteros Fernández

Objetivos: Verificar el cumplimiento del proceso de notificación, revisar la clasificación de los casos notificados por SIVIGILA de los eventos de malaria en Colombia durante el año 2008.

Metodología: Se realizó un estudio descriptivo retrospectivo en pacientes con malaria reportados durante el 2008 por las UPGD de Colombia al Sistema Nacional de Vigilancia en Salud Pública SIVIGILA. Los resultados principales se midieron como incidencia, mediante la medición del índice parasitario anual para Colombia y las regiones. Se utilizaron indicadores epidemiológicos para evaluar la calidad y la oportunidad de la notificación, utilizando para los cálculos proyecciones de población DANE censo 2005.

Resultados: Según la notificación recibida por el instituto Nacional De Salud, en Colombia se registraron 70.252 casos de malaria durante el 2008. El 64,7% de los casos correspondió a *P. vivax*, el 34,4% a *P. falciparum* y el 1% a malaria mixta. De las cinco regiones del país, la Pacífica fue la que mas reportó casos de malaria tanto de *P. vivax* como de *P. falciparum*, seguido de las regiones Orinoquía, Atlántica, Andina y Amazonia. La tasa de mortalidad por *P. falciparum* fue de 54 casos por 100000 habitantes; desagregando por regiones la Orinoquía presentó la mayor tasa de 799.5 x100.000 habitantes para *P. falciparum*, seguido de la amazonia con 688.7 x100.000 habitantes. La notificación de malaria fue oportuna en 90.3% de los casos de malaria por *P. vivax* y en 97% de los casos para malaria por *P. falciparum*. La calidad de la notificación no fue adecuada 100% de casos no registra edad, 18,9% no registra laboratorios.

Conclusiones: Durante el 2008 en Colombia la notificación de malaria fue oportuna aunque no tuvo una calidad adecuada. La mayor frecuencia de malaria fue por *P. vivax* y el que ocasiona mayor mortalidad es *P. falciparum*.

Análisis del registro de datos formatos SV-1 sobre vigilancia epidemiológica de la rabia realizado por las direcciones territoriales de salud, Colombia, enero - julio de 2010

Mónica Paola Antivar P, Marcela Hernández Ferro, Edison Ricardo Ramírez Sepúlveda,
Luis Guillermo Villa López

Objetivos: Detectar, cuantificar y clasificar las fallas más frecuentes en el registro de los formatos SV-1 en el periodo de enero a julio del 2010 y establecer los puntos de diligenciamiento que no cumplen con su propósito y pueden inducir a error.

Metodología: Se realizó un estudio descriptivo retrospectivo de los formatos SV-1 recibidos en el instituto nacional de salud en los meses de enero a julio del 2010. Los datos se organizaron en distribuciones de frecuencia, se presentaron en tablas y gráficos y se calcularon promedios, rangos y proporciones.

Resultados: Durante el semestre todos los territorios, excepto Bogotá registraron un promedio de diez días de retraso en el envío de los datos; el intervalo de días de notificación estuvo entre 31 y 67, en los meses evaluados se reportaron más exposiciones de las tratadas; el número de tratamientos y vacunas caninas aplicados no coinciden con las vacunas distribuidas; las dosis de vacunas humanas al igual que los sueros aplicados no coincide con los distribuidas; los censos canino y felino están incompletos.

Conclusiones: Existe conocimiento deficiente en el protocolo de manejo del accidente rábico por parte del personal médico lo que conlleva a un diligenciamiento erróneo del formato SV-1.

Bajo peso al nacer, Casanare, 2008

Carolina María Ariza Rivera, Ceira Margarita Barón Mongui, Hilda María Castañeda Ospina, Luis Eduardo Castro Niño, Maryi Deisy Díaz Chaparro, Nelsy Roció Pérez, Joanna Rodríguez Arenales, Jaime Javier Rodríguez, María Eunice Rodríguez, Rosa Tulia Rojas, Oscar Rafael Saraza, Nubia Silva Pérez, Sandy Trinidad Gómez.

Objetivos: Identificar las características demográficas y sociales de los padres, medir la incidencia de bajo peso al nacer de los niños por entidad territorial, grupo étnico y filiación al sistema de seguridad social, establecer las características demográficas y clínicas de los niños con bajo peso al nacer, posibles factores relacionados y la condición al egreso de la población de bajo peso al nacer y realizar el levantamiento de la línea de base en el departamento de Casanare en el año 2008.

Metodología: Se realizó un estudio descriptivo con dos fases; la primera retrospectiva en la cual se analizó la información de los registros de nacidos vivos DANE 2008 por municipio y la segunda transversal, en la cual se analizó la información encontrada en los registros clínicos de eventos identificados en las IPS. Los datos principales se midieron como prevalencia, se buscó establecer el “Riesgo relativo” entre algunas variables con un IC 95%.

Resultados: Durante el 2008, en Yopal el 4.6% de los nacidos vivos presentaron bajo peso al nacer, en contraste con el 8,4% nacional. El 41 % de dicha la población pertenecía al régimen subsidiado EPS CAPRESOCA. La mayor incidencia de bajo peso al nacer se encontró en recién nacidos con madres indígenas, menores de 15 años, en los municipios de La Salina (56%) y Sácama (20%), en el área rural dispersa, entre los nacidos pre término, en partos por cesárea. En los centros de atención de segundo nivel se presentó 86% de los nacimientos de nacidos con bajo peso. El 38.2% de las madres asistió al menos a la mitad de la programación de control prenatal y el 98.5% de los partos fueron atendidos por médico. Se encontraron 185 historias clínicas de los 285 casos registrados, ninguna tenía el anexo CLAP.

Conclusiones: La cifra de incidencia de bajo peso al nacer en el departamento es la mitad de la presentada en Colombia. El Hospital de Yopal presenta la mayor proporción de incidencia de partos de bajo peso al nacer, lo cual se asocia al hecho de ser la única institución pública de segundo nivel y centro de referencia en el departamento.

Brote por *Klebsiella pneumoniae* en la Unidad Neonatal del Centro de Servicios Especializados, Hospital De Suba ESE II Nivel, octubre-diciembre del 2009

Andrea Bibiana Pinilla, Sandra Liliana Toquica

Objetivos: Establecer la frecuencia y la distribución de los casos de *Klebsiella pneumoniae* en la Unidad Neonatal Del Centro De Servicios Especializados, Hospital De Suba ESE II Nivel en los meses de octubre a diciembre del 2009, establecer las acciones pertinentes de prevención y control de los nuevos casos y realizar un plan de mejoramiento con base en los resultados obtenidos.

Metodología: Se realizó un estudio epidemiológico de brote durante los meses de octubre a noviembre del 2009, la población en estudio fueron los niños nacidos y atendidos en el servicio de Neonatología del Hospital de Suba, a quienes se les realizaron cultivos orotraqueales y hemocultivos para la identificación de la bacteria gram negativa. Los datos se obtuvieron de las historias clínicas del programa Axioma con previa solicitud y autorización; los resultados principales se midieron como tasa de ataque.

Resultados: Entre los 189 neonatos atendidos en la UCIN durante los meses de septiembre a noviembre del 2009, la presencia de 11 casos con *Klebsiella pneumoniae* (seis confirmados por el laboratorio y cinco por la clínica y nexos epidemiológico) confirmaron la presencia de un brote; de los 11 casos, se notificaron dos muertes que cumplieron con la definición de caso establecida. De los 11 confirmados el 54,5% fueron de sexo masculino; el 73% presentaron dificultad respiratoria al momento del nacimiento, el 82% fueron neonatos de bajo peso al nacer y 91% presentaron estancia prolongada en la Unidad. Tasa de ataque 5,82%, tasa de letalidad 18,2%, tasa de mortalidad 1,1%

Conclusiones: Los reportes suministrados por el laboratorio clínico, los cuadros clínicos y los nexos epidemiológicos confirman la presencia de un brote de *Klebsiella pneumoniae* en la UCIN Hospital de Suba durante septiembre a noviembre del 2009.

Enfermedades Crónicas No Transmisibles, Bogotá, Colombia, 2005-2009

Greace Alejandra Ávila Mellizo, Diana Milena Cucaita Muñoz, Francy Cecilia Perdomo Alarcón

Objetivos: Este estudio buscó identificar las características de la población afectada por ECNT: diabetes, hipertensión arterial, obesidad, y dislipidemias; la frecuencia de morbilidad y mortalidad, los factores de riesgo asociados, además de hacer una propuesta de promoción y prevención relacionada.

Metodología: Se hizo un estudio descriptivo retrospectivo dirigido a la población bogotana de 18 a 69 años. Los datos proceden de estudios realizados de 2005 a 2009 sobre las enfermedades identificadas y sus factores de riesgo. Los resultados principales se midieron como: prevalencia, razón de prevalencia y tasa de mortalidad.

Resultados: Se encontró que el 9.5% de los bogotanos tienen HTA, el 5.7% tiene Diabetes; más del 45% superan el límite normal de peso, el 12,54% reporta colesterol alto y hay HDL bajo en el 57,49% (IC95% 53,6- 61,37) de los adultos de 18 a 69 años. En cuanto a factores de riesgo se encontró 36,17% de prevalencia de consumo de alcohol, con mayores valores para la población entre 18 y 34 años ó pertenecientes al estrato 5-6. El consumo perjudicial de alcohol está en 11.16%. El consumo de tabaco tiene una prevalencia de 22.8%, predomina en hombres $RP=2,19$ (IC95% 2.18 -2.20) y en población joven. El 29.8% de los bogotanos tienen una dieta con exceso de grasa saturada. Finalmente, el 55,3% no tiene hábitos de actividad física. La tasa de mortalidad en 2008 por enfermedad isquémica se estimó en $263,3 \cdot 100000$ habitantes, seguida de $136,6 \cdot 100000$ habitantes para enfermedades cardiovasculares.

Conclusión: El 95% de los bogotanos entre 18 y 69 años registraron hipertensión arterial; el 57% tiene diabetes.

Factores de riesgo en pacientes atendidos en una Clínica Psiquiátrica de Bogotá, noviembre 2009

Iván Padilla, Omar López, Cindy Beltrán, Janinys Tirado

Objetivos: Identificar las características demográficas de los pacientes en estudio, calcular la proporción de atención a farmacodependientes y sus factores de riesgo.

Metodología: Se realizó un estudio descriptivo retrospectivo, en personas con diagnóstico de farmacodependencia atendidas en la clínica psiquiátrica, se revisaron las historias clínicas de pacientes activos en el mes de noviembre y se registró la presencia de las variables de interés; los principales resultados se midieron como prevalencias.

Resultados: La mitad de los pacientes son farmacodependientes, el 57 % tienen comorbilidad, el 82% son hombres; el 85% usaba marihuana, 87% no tenía relación de pareja, 75% llegaron por indicación médica, 77% pertenecían a estratos uno o dos, 55% fueron habitantes de la calle, 76% eran desocupados, 66% están entre los 10 y 25 años. Los factores de riesgo encontrados fueron ruptura de vínculos afectivos, dificultad en seguimiento de normas, ausencia de normas claras de crianza, tiempo libre no estructurado, desempleo, interacción con consumidores, incondicionalidad de terceros y reemplazo de otros en las consecuencias de sus actos.

Conclusiones: La mayoría de farmacodependientes pertenecen a estratos bajos. Las drogas más consumidas son la marihuana y el basuco. Las edades más prevalentes están entre los 10-25 años. Por cada persona con relación de pareja hay 5,6 personas sin ella.

Mortalidad perinatal y neonatal, localidad de Suba, Bogotá, 2004-2007

Jenny Alexandra Sarmiento Hernández, Francy Jimena Fagua Tuberquia

Objetivos: Establecer las características demográficas y sociales de la población en estudio, identificar los eventos de mortalidad perinatal y neonatal, medir la frecuencia de los eventos en los distintos regímenes de seguridad social en salud en la localidad de Suba.

Metodología: Se realizó un estudio descriptivo retrospectivo con las bases de datos de mortalidad perinatal y neonatal de la Secretaría Distrital de Salud desde el año 2004 al 2007 excluyendo los registros que no cumplían estos criterios, los principales resultados se midieron como: tasas de mortalidad perinatal y neonatal, morbilidad evitable y años de vida potencialmente perdidos.

Resultados: Durante el periodo en estudio se registraron en la Secretaría Distrital de Salud de Bogotá 2.223 casos de mortalidad perinatal, de los cuales el 5.5% provenían de la localidad de Suba. El 76% de las maternas se encontraba en el grupo de edad de 15 a 37 años, el 41% vivía en unión libre, el 51% cursaron secundaria y el 55% pertenecían al régimen contributivo. De las muertes perinatales, el 62% eran hombres, con más de 28 semanas de edad gestacional y cuya principal causa de muerte fue signos, síntomas y afecciones mal definidas con 37% y trastornos respiratorios específicos con 15%. En cuanto a las muertes neonatales, el peso promedio de los neonatos muertos fue de 1130 gramos, nacidos el 45% por cesárea y el 40% por parto espontáneo, con más de 28 semanas de edad gestacional y cuya causa principal de muerte fueron los trastornos respiratorios en el 35%, la insuficiencia renal en el 15% y la sepsis neonatal en el 15%.

Conclusiones: La mortalidad perinatal y neonatal en la localidad de Suba puede disminuir si se realiza un seguimiento apropiado del embarazo en las maternas y un diagnóstico y tratamiento precoz de los eventos evitables como los trastornos respiratorios.

Tuberculosis, en el departamento del Casanare, 2006-2008

Claudia Rincón, Guillermo Andrés Escobar

Objetivos: Identificar las características demográficas y sociales de la población con tuberculosis en el Casanare, describir el comportamiento de la tuberculosis en los 19 municipios del departamento, establecer la frecuencia de tuberculosis pulmonar y extra pulmonar en el Casanare, determinar los indicadores epidemiológicos del programa de tuberculosis, proponer las intervenciones pertinentes para mejorar la gestión del programa de TB en la región.

Metodología: Se realizó un estudio descriptivo retrospectivo con la información registrada en el informe trimestral de casos y actividades de los años 2006, 2007 y 2008 de pacientes del departamento del Casanare incluidos en el programa de TBC de la Secretaria De Salud Departamental. Los resultados principales se clasificaron por riesgo bajo a muy alto de incidencia.

Resultados: En el departamento del Casanare se presentaron 116 casos de tuberculosis en el 2006, 125 en el 2007 y 88 en el 2007, con incidencias de Tuberculosis pulmonar para el 2006 de 38.4 casos x 100000 habitantes, en el 2007 de 44.2 casos x 100000 habitantes y para el 2008 de 28 casos x 100000 habitantes. Los municipios del Casanare que presentaron riesgo muy alto de TBC (>4.4 casos x 10000 habitantes) fueron Yopal, Hato Corozal, Paz de Ariporo y San Luis de Palenque. La mortalidad por TBC en el Casanare fue de 2.9 casos x 100000 habitantes en el 2006, en el 2007 se mantuvo igual que al año anterior y para el 2008 fue de 0.8 casos x 100000 habitantes. Durante el 2008 se obtuvo el mayor porcentaje de curación de TB, mientras que el porcentaje de tratamientos terminados fue mayor en el 2006 y los tratamientos exitosos fueron más en el 2008. El porcentaje de abandono fue mayor en el 2007 seguido por el 2006, En los años 2006 y 2007 no se registraron fracasos en el tratamiento, mientras que en el 2008 se presentaron 3.8% de fracasos.

Conclusiones: La situación epidemiológica de la tuberculosis en Casanare, la ubica como un problema de salud pública importante y un gran reto para los programas de control.

Enfermedades Crónicas No Transmisibles, Orinoquia, Colombia, 2005-2009

Yaneth Cristina Acevedo, Liliana Coronado Ortega, Andrea Emilse Sánchez

Objetivos: Identificar las características demográficas y sociales de la población en estudio, medir la frecuencia de la morbilidad y la mortalidad de cada uno de estos eventos en la población, identificar los posibles factores de riesgo relacionados con estos eventos en el país y realizar una propuesta de prevención, control y promoción de la salud sobre ECNT.

Metodología: Se realizó un estudio descriptivo retrospectivo de la región Orinoquia Colombiana, con diagnóstico de obesidad, diabetes, hipertensión arterial y dislipidemias, registradas en los sistemas de información en el periodo comprendido entre 2005 y 2009. Los datos se tomaron de las encuestas ENSIN 2007 y ENSDS 2005, se determinó la prevalencia de las ECNT mencionadas.

Resultados: Según datos del DANE se identificó una población total de 1'401.741 habitantes para la Orinoquia; con prevalencia de HTA de 14.65%, prevalencia de sobrepeso 32.58%; de obesidad 20.37%, de hipercolesterolemia 3.53%, de hiperglicemia 3.29%; el único departamento con reporte de prevalencia de diabetes fue Meta con un 4.0%. En relación con los factores de riesgo, la frecuencia de percepción de riesgo de fumar en las mujeres fue 84.79% vs 80.49% en los hombres, la mayor prevalencia de consumo de alcohol se observó en Meta con un 10.8% y como principal patrón de actividad física fue “nunca hace ejercicio” con un 79%.

Conclusiones: La región de la Orinoquia cuenta con una de las mayores prevalencias de inactividad física del país y la de hiperglicemia supera la prevalencia nacional de 2.57%, contrario a lo que ocurre con las prevalencias de hipercolesterolemia e HTA que no superan la prevalencia nacional.

Perfil epidemiológico de pacientes en hemodiálisis, Hospital Universitario, Bogotá, 2003 a 2008

Ivonne Alayon, Nicol Borray, Julio Cesar Rodríguez, Manuel Villamizar

Objetivos: Describir las características demográficas y sociales de la población en estudio, establecer la frecuencia de pacientes con insuficiencia renal crónica en terapia con diálisis, describir las características clínicas y paraclínicas de los pacientes de estudio.

Metodología: Se realizó un estudio descriptivo retrospectivo en una población de pacientes con enfermedad renal crónica atendidos durante el periodo de tiempo enero 1 de 2003 a 31 de diciembre de 2008 del departamento de Cundinamarca, los datos fueron obteniendo de los registros de las historias clínicas del hospital universitario. Los resultados principales se midieron como incidencias.

Resultados: Se revisaron 623 historias clínicas, encontrándose una frecuencia de la enfermedad renal crónica de 27,3 pacientes por 10.000 habitantes de Cundinamarca y una de mortalidad de 3.9 pacientes por 10.000 habitantes en un periodo de cinco años; el promedio de edad de la población fue de 60.2 años, el grupo de mayor prevalencia estuvo entre los 69 y 79 años con 27.5%; el 62.9 fueron varones, en relación con el estado civil la opción con mayor prevalencia fue es casado con 32.9% seguido por solteros con 22,2%; el 63.7% de los pacientes pertenecen al régimen subsidiado; el lugar de procedencia geográfica muestra su mayor índice en el municipio de Soacha con 12.8% seguido por Bogotá con 6.4%, predominando como lugar de residencia las áreas urbanas en un 54.4%; en cuanto al nivel socioeconómico el estrato 2 presento mas casos con 53,5% seguido por el estrato 1 con el 42,4%; dentro de las causas de enfermedad la mayor prevalencia fue hipertensión arterial con 52.8% seguida por la dupla HTA/diabetes con 20.40% y las patologías asociadas que más se encontraron en la población fueron las cardiopatías en un 58%.

Conclusiones: La población con mayor compromiso de enfermedad renal se encuentra en el grupo de edad entre 45 a 64 años; una de las patologías de base que mas presentan los pacientes con enfermedad renal crónica es la hipertensión arterial y de

una manera directa se asocia con la presencia de diabetes mellitus, la evolución del compromiso de la enfermedad renal está directamente ligada al control de la enfermedad de base como las patologías asociadas

Perfil de resistencia bacteriana de la Clínica del Occidente, Bogotá, 2008 -2009

Janeth Gómez, Carolina Romero

Objetivos: Identificar la flora bacteriana predominante en la Clínica del Occidente ubicada al occidente de Bogotá, establecer el perfil de resistencia antibiótica de los microorganismos patógenos más frecuentes, elaborar guías de manejo intrainstitucionales.

Metodología: Se realizó un estudio descriptivo transversal con 5350 aislamientos positivos en cultivos, en VITEK 2 SYSTEMS en el periodo 2008 - 2009.

Resultados: En UCIN los gérmenes más comunes fueron *S. epidermidis* con 33% en 2008 y 19% en 2009, *S. aureus* con 16% y 35% respectivamente y *E.coli* con 5% - 15%. En la UCI adultos fueron *E. coli* con 22% para 2008 y 30% para 2009 y *K. pneumoniae* con 15% y 18% respectivamente; estos microorganismos fueron aislados de hemocultivos en su mayoría, aunque en UCI adultos se aisló un 12% de *A. baumannii* principalmente en las punta de catéter central. Se encontró para *S. aureus* 31.8% de resistencia a oxacilina, 23.8% *K.pneumoniae* resistente a ceftazidime y 12.3% imipenem, *A.baumannii* resistente a meropenem 8.1%

Conclusiones: La flora bacteriana aislada en la clínica del Occidente y su perfil de resistencia antibiótica debe mantenerse bajo estricta supervisión limitando el uso de antibióticos de amplio espectro con el fin de no generar nuevos focos de resistencia bacteriana.

Comportamiento nutricional de las gestante notificadas a vigilancia en salud pública, localidad de Suba, 2006 -2007

Herminia Walteros Fernández

Objetivos: identificar las características demográficas y sociales de la población en estudio, establecer la relación entre el estado nutricional y la edad de la madre, identificar la relación del estado nutricional y el estado de consumo de micronutrientes e identificar los determinantes sociales con el comportamiento nutricional de las gestantes.

Metodología: se realizó un estudio descriptivo retrospectivo de gestantes de la localidad de Suba durante los años 2006 a 2007; los datos se tomaron del Sistema de Vigilancia Nutricional, se organizaron en distribuciones de frecuencia que se presentan en tablas y gráficos, los principales resultados se midieron con incidencias.

Resultados: se encontraron registradas 8073 madres en el año 2006 y 8540 en el 2007; en el año 2006 el 30% de las gestantes presentó bajo peso gestacional, el 38% peso adecuado para talla y edad, el 16% sobrepeso y el 15% obesidad; en el año 2007 el 26% de las gestantes presentó bajo peso gestacional, el 39% peso adecuado para talla y edad, el 16% sobrepeso y el 20% obesidad. En el años 2006 el 65% de las gestantes tenían entre 20 y 34 años, el 26% entre 15 y 19 años y el 8% eran mayores de 38 años; En el años 2007 el 65% de las gestantes tenían entre 20 y 34 años, el 27% entre 15 y 19 años y el 8% eran mayores de 38 años; En el periodo en estudio el 90% de las gestantes requirieron suplementación alimenticia.

Conclusiones: la malnutrición se presentó en más de la mitad de las maternas reportadas al Sistema de Vigilancia Alimentaria Nutricional; se observó el aumento de la proporción de gestantes de edades entre 15 y 19 años.

Seguimiento nutricional a los colegios Distritales de Bogotá, 2007

Jairo Castañeda, Judith Hernández, Liliana Palacios.

Objetivos: describir las características sociales y demográficas de la población en estudio, identificar las características nutricionales de la población, establecer las características de atención y seguimiento de las condiciones nutricionales de la población, establecer mecanismos de evaluación y control que garanticen el ingreso a estudiantes a programas de prevención en salud nutricional y promover la cultura de protección a la vida a través de patrones de alimentación saludables:

Metodología: se realizó un estudio descriptivo retrospectivo transversal en niños de primaria de 337 colegios distritales con edades entre cinco y nueve años durante el 2008; los datos se tomaron del Sistema de Vigilancia Epidemiológica Nutricional; se organizaron en distribuciones de frecuencia que se presentan en tablas y gráficos, los principales resultados se midieron con incidencias.

Resultados: se valoraron 179.402 niños de los cuales el 85% presentaban peso adecuado para la talla; el 7,5% tenían riesgo de bajo peso para la talla y el 5% presentaban sobrepeso; el 56% presentaron una adecuada talla para la edad, el 32% tenían riesgo de déficit de talla para la edad y el 11.6% presentaban retraso del crecimiento o desnutrición crónica; la localidad con mayor déficit de talla/edad fue Sumapaz con 17,2%; la localidad con mayor riesgo de déficit talla/edad fue Sumapaz con 38,3% y la localidad que presentó mayor número de niños con peso adecuado para la talla/edad fue Engativá.

Conclusiones: la mayoría de la población presenta peso y talla adecuada, la frecuencia de retraso del crecimiento es un indicador de alerta; la localidad con mayores problemas nutricionales fue Sumapaz.

Hemorragia Subaracnoidea espontánea, Hospital Universitario de la Samaritana, Bogotá, 1995 - 2004

Franklin Pérez Quijano Neurocirugía

Objetivos: describir las características demográficas y sociales de la población en estudio, establecer la incidencia y distribución de Hemorragia Subaracnoidea, establecer las complicaciones, secuelas y manejo de la hemorragia subaracnoidea espontánea.

Metodología: Se realizó un estudio descriptivo retrospectivo de pacientes diagnosticados con Hemorragia Subaracnoidea en el Hospital Universitario de la Samaritana entre 1995 y 2004; los datos se tomaron de las historias clínicas, se organizaron en distribuciones de frecuencia que se presentan en tablas y gráficos, los principales resultados se midieron con proporciones.

Resultados: Se encontraron 499 casos, las edades variaban entre 14 y 92 años; el 38% de las muertes se registraron en el grupo de edad de 61 y más años; el 63% de la población eran mujeres; el principal síntoma fue cefalea con 78.4% seguido de pérdida de conciencia 39% y convulsión 5.2%; el 52% de la población tenía como antecedente hipertensión arterial; de los pacientes que ingresaron el 80.2% presentaban signos meníngeos, 29.3% compromiso motor; ningún paciente presentó signos clínicos; en la escala de Hunt y Hess el 51.1% de los pacientes ingresaron con Hunt y Hess I y II, el 27.3% con Hunt y Hess III y el 21% con Hunt y Hess IV y V. se observó mayor mortalidad en el grupo con Hunt y Hess III con 25.4%; se encontró mayor compromiso en circulación anterior de 82.5%, con mayor compromiso para la arteria media cerebral con 26.9%; el 55% se remitieron a tratamiento quirúrgico y el 43% se remitió a tratamiento endovascular; de los que recibieron tratamiento el 71.8% fallecieron.

Conclusiones: la hemorragia subaracnoidea produce muertes principalmente en mujeres; el principal síntoma registrado fue cefalea; la mayoría de pacientes presentaba signos meníngeos; de las personas que recibieron tratamiento muy pocos se recuperaron.

Manejo de *Phytophthora infestans* empleando revus por medio de tautopatía en un cultivo de papa criolla, Sesquilé, Cundinamarca, 2009 – 2011

María del Pilar, Calderón Deisy Milena Herrera, Angy Carolina Villamil, Claudia Milena Trujillo, Amery Andrés Charris

Objetivos: establecer la incidencia de tizón tardío (*Phytophthora*), en un cultivo de papa criolla cultivada empleando el fungicida Revus por medio de tautopatía, comparar la incidencia de tizón tardío (*Phytophthora infestans*), en un cultivo de papa criolla cultivada con tautopatía versus un cultivo manejado con agroquímicos convencionales según la literatura, comparar los hallazgos del presente estudio respecto a la incidencia del tizón tardío (*Phytophthora infestans*) en el envés de las hojas de papa criolla cultivada tras el uso de Revus por medio de tautopatía versus el producto tras el manejo convencional, establecer los costos de producción del tubérculo de papa del tubérculo de papa criolla empleando tautopatía versus convencional.

Metodología: Se realizó un estudio cuasi experimental en tubérculos de la papa criolla cultivados por un independiente en el municipio de Sesquilé, Cundinamarca en los años 2009 a 2011. EL revus fue obtenido en el laboratorio Néstor Riveros en donde fue sometido a dinamizaciones y diluciones llevándolos a potencias homeopáticas 6. 15 y 30 CH; para la obtención de los datos se realizó seguimiento a los cultivos durante ocho días; los datos obtenidos se organizaron en distribuciones de frecuencia que se presentan en tablas y gráficos; los principales resultados se midieron con incidencias.

Resultados: se observó que los cultivos tratados con Revus homeopático oscilan en cantidad de tubérculos por planta entre 25 y 31, en los bloques dentro del cultivo entre 32 y 35 y en el cultivo de 30. EL bloque tratado con Revus 6 CH tuvo en promedio un crecimiento de 50 cm y el bloque que tuvo mayo crecimiento fue el bloque 30 CH en el tratamiento dentro del cultivo. El Revus homeopático es 22 veces más bajo que los agroquímicos empleando tres de ellos de uso convencional en una

fanegada, hasta la finalización de un cultivo de papa criolla por cuatro meses para el manejo del hongo.

Conclusiones: Tras el empleo del fungicida Revus por medio de tautopatía a las potencias 6, 15 y 30 CH en un cultivo de papa criolla evidenciamos que este evita la aparición de *Phytophthora infestans*.

Factores de riesgo para Diabetes Tipo II en la Feria De Diabetes, Bogotá, noviembre, 2009

Carlos Calderón Ribero, Cristina Guarnizo, Magaly Jaimes Ballesteros, Arturo Ordúz
López, Hernán Urquijo Quintero

Objetivos: describir las características sociales y demográficas de la población en estudio, describir las características nutricionales de la población; establecer los hábitos alimenticios y de ejercicio, proponer mecanismos educativos y estrategias de prevención aplicables a personas que presenten riesgo de diabetes.

Metodología: Se realizó un estudio descriptivo retrospectivo en las personas que asistieron a la Feria Colombiana de Diabetes realizada en Bogotá en el 2009; para la recolección de los datos se diseñó un instrumento que se aplicó a 397 asistentes; se organizaron en distribuciones de frecuencia que se presentan en tablas y gráficos; los principales resultados se midieron con prevalencias

Resultados: El 60% de la población fueron mujeres; el 30% tiene edades entre 60 y 69 años, el 21% de 50 a 59 y el 20% eran mayores de 70 años; el 42% de los que tenían DM2 no realizan dieta de forma estricta; el 34% de la población con diabetes tipos II presentaban glucemias mayores de 140 mg/dl; el 28% tenían normo tensión; el 42% presentaban IMC normal, el 41% tenían problemas de sobrepeso y el 8% tenían sobrepeso; el 31% de las mujeres tenían un diámetro mayor o igual a 80 cm y el 42% de los hombres tenían un diámetro de cintura mayor o igual a 90 cm.

Conclusiones: Se encontró que la enfermedad es más frecuente en mujeres, principalmente en pacientes con edades entre 60 y 69 años.

Situación de salud comunitaria para adultos de 45 años y más, municipio de Miraflores, Boyacá, 2009

Jenny Alicia Mora, Jorge Andrés Núñez, Katherine Rodríguez Barrera

Objetivos: identificar las características sociales y demográficas de la población en estudio, describir la situación de salud con base comunitaria de la población de 45 años y más, plantear estrategias de intervención.

Metodología: se realizó un estudio descriptivo retrospectivo en la población mayor de 45 años del municipio de Miraflores en el departamento de Boyaca durante el año 2009; los datos se tomaron del Sistema de Información de base Comunitaria en salud; se organizaron en distribuciones de frecuencia que se presentan en tablas y gráficos; los principales resultados se midieron con incidencias.

Resultados: se encontró que el 45% realizó primaria incompleta; el 79% estaban afiliados al régimen subsidiado; el 63% estaban afiliados a ARS EMDISALUD; el 3% de la población era discapacitada; el 78% tenía casa propia; el 48% utilizaba como servicio sanitario pozo séptico; el 94% de la población contaba con alumbrado eléctrico; el 20% de las casas tenía perro y estaba vacunado; 67% tenía gato y estaba vacunado; el 6% tenía un equino y estaba vacunado; el 74% tenía como fuente de agua el acueducto; el 45% cuenta con servicio de recolección de basuras, el 34% quema las basuras; el 60% de la viviendas están construidas con materiales prefabricados o madera pulida; el 50% tiene pisos en cemento; el 73% de los techos son de teja de barro, zinc o cemento.

Conclusiones: se encontró que gran parte de la población tenía acceso a servicios médicos, la mayoría contaba con casa propia, no era suficiente la cobertura de servicios y había fallas en la permanencia en los programas de prevención y promoción.

Situación de algunos procedimientos de atención en los servicios de consulta externa y urgencias del Hospital Vista Hermosa Localidad Ciudad Bolívar, 2010

Janneth Corzo

Objetivos: establecer e identificar las características generales de los servicios, de los procedimientos realizados y de los trabajadores objeto de estudio, promover el seguimiento de los procedimientos.

Metodología: se realiza un estudio descriptivo transversal, la población estudio fueron los médicos, enfermeras, auxiliares de enfermería y terapeutas respiratorios del servicio de urgencias de los CAMI del Hospital Vista Hermosa; se analizan los principales datos como porcentajes.

Resultados: se revisan 80 procedimientos, entre los cuales están lavado de manos, toma de peso, toma de la tensión arterial, rehidratación oral, vacunación; en el 92,3% de los casos no se realizó clasificación de la severidad de la diarrea (AIEPI); la terapia de rehidratación oral no se cumple en el 71,4% de los casos; en el 20% de los casos de vacunación el personal encargado no dio medidas educativas sobre efectos secundarios a los cuidadores; en el 16,7% se observa que no se realiza lavado de manos ni aplicación del alcohol glicerinado en el momento de la vacunación; el 7,7% del personal no descubre el brazo para realizar la toma de la tensión arterial; el 22,2% no descalza a los pacientes para la toma del peso; el cumplimiento de la técnica de lavado de manos se desglosa de la siguiente forma: el 80% no se enjuaga con abundante jabón, el 70% no se aplica de 3 a 5 cc de jabón, el 60% no humedece las manos y antebrazos.

Conclusiones: no se supervisa la aplicación de la terapia de rehidratación oral, no se realiza la información sobre efectos secundarios de la vacunación en el 100% de los casos, el lavado de manos no se realiza con la técnica adecuada; la medición de la toma de peso no es fiel en su totalidad; la toma de la tensión arterial se ve sesgada por la mala técnica

Rendimiento operativo de los diferentes parámetros del parcial de orina para predecir el resultado del urocultivo en pacientes de las IPS Clínica Saludcoop, Tunja, octubre - diciembre de 2007

Constanza Marcela García García

Objetivos: describir las características sociales y demográficas de la población en estudio, determinar el valor predictivo de los diferentes parámetros en forma individual con relación a los resultados de los urocultivos y determinar los parámetros que e combinación mejoran su rendimiento para predecir el urocultivo.

Metodología: se realizó un estudio descriptivo de corte de pacientes a quienes se les solicitó urocultivo de la IPS clínica Saludcoop de Tunja Colombia, en el periodo comprendido entre octubre y diciembre de 2007. Se procesaron las muestras de orina en un analizador semiautomático, se hizo recuento de colonias y se reportaron los resultados como UFC/ml, se realizó identificación de germen mediante coloración y posterior incubación; la lectura de identificación y del antibiograma se realizó de forma automática, se estimó sensibilidad, especificidad, valores predictivos positivos y valores predictivos negativos; los datos se organizaron en distribuciones de frecuencia que se presentan en tablas y gráficos; los principales resultados se midieron con prevalencias.

Resultados: en el periodo en estudio se realizaron 1135 urocultivos de los cuales se descartaron 45; 80% fueron mujeres; el 20% en mujeres embarazadas, la edad media fue 36.2 años, el 77.8% eran mayores de 14 años, 88% de las muestras se recolectaron por micción espontánea, 10.7% por sonda y 0.8% por punción suprapúbica; el 40% de las muestras tenían aspecto límpido, 30.9% turbio y 21.8% Ligeramente turbio; en el 79% de los pacientes la tira de orina detectó estearasa leucocitaria menor a 500 Leu/ul; en el 69.2% de las muestras el recuento de leucocitos fue normal en el sedimento urinario, la sensibilidad obtenida fue del 23.2%, la especificidad de 83%, el valor predictivo positivo de 31.7% el valor predictivo negativo fue de 76.1%; las principales bacterias reportadas fueron *E. coli* en el 82% y *Enterococcus faecalis* en el 21.1%.

Conclusiones: el 80% de los urocultivos se hicieron a mujeres; el 88% de las muestras se recolectaron por micción espontanea; en el 79% de los pacientes la tira de orina detectó estearasa leucocitaria menor a 500 Leu/uL.

Violencia intrafamiliar, maltrato infantil y delitos sexuales, Arauca, 2008

Yudi Andrea González Dinas

Objetivos: identificar las características sociales y demográficas de la población en estudio, establecer la frecuencia de los eventos de violencia en el municipio, identificar las causas más frecuentes de violencia infantil en el municipio.

Metodología: se realizó un estudio descriptivo retrospectivo del maltrato infantil y delitos sexuales de la población del municipio de Arauca durante el 2008; los datos se tomaron de las fichas epidemiológicas de notificación al Instituto Nacional de salud; se organizaron en distribuciones de frecuencia que se presentan en tablas y gráficos, los principales resultados se midieron con incidencias.

Resultados: se encontraron 227 registros de los cuales el 63.8% corresponden a mujeres, el 43% eran menores de cinco años, el 35.2% tenían edades entre 11 y 20 años y el 9.2% tenían entre seis y diez años; el 21% de la población habían cursado la secundaria incompleta, el 15.9% estaban en preescolar y el 10% no había asistido a establecimientos educativos; en cuanto a la conformación familiar se encontró que el 42% de los menores vivía con la madre, el 35% vivía con la madrastra y el 25% con el padre; la causa de violencia en el 76% de los casos fue por motivos emocionales, en el 55% de los casos fue por aspectos económicos y en el 25.6% fue por abuso sexual; el 70% se clasificaron como casos de medio riesgo vital, el 13% como bajo riesgo vital y el 11% como alto riesgo vital; en el 97% de los casos se realizó visita domiciliaria y en el 2.2% seguimiento telefónico.

Conclusiones: en los casos de violencia intrafamiliar, maltrato infantil y delitos sexuales las más afectadas fueron mujeres, el grupo de edad más afectado fue el de menores de cinco años, fueron más frecuentes los casos que vivían con la madrastra y el principal motivo fue el aspecto económico.

Análisis de situación del sistema de Vigilancia en salud Pública, municipio de Facatativá, 2008

Nidza Fernanda Gonzales, Carmen Liliana Lozano, Sandra Milena Parra, Yolanda Pinzón
Hernández, Adriana Milena Tovar

Objetivos: Establecer la estructura organizacional y de recursos humanos, infraestructura técnica y los apoyos operativos disponibles para la vigilancia en salud pública de los eventos en estudio en el municipio de Facatativá, identificar las características de la notificación, la intervención y el análisis de los eventos en estudio, establecer la capacidad operativa en la investigación y seguimiento de los casos y brotes, la tendencia de los eventos y sus factores de riesgo, verificar la clasificación de los eventos en estudio y la aplicación de los protocolos de vigilancia en salud pública y establecer el cumplimiento de los indicadores de vigilancia para los eventos en estudio.

Metodología: Se realizó un estudio descriptivo retrospectivo de los eventos objeto de vigilancia epidemiológica en los periodos epidemiológicos seis, siete, diez y doce del año 2008; los datos se tomaron de las fichas de notificación epidemiológicas del Instituto Nacional de Salud, se organizaron en distribuciones de frecuencia que se presentan en tablas y gráficos; los principales resultados se midieron con proporciones.

Resultados: Se encontraron 25 unidades primarias generadoras de datos caracterizadas; el 96% eran entidades privadas; el 100% dispone de recurso humano capacitado, el 30% eran auxiliares de enfermería, 26% médicos, 17% son enfermeros jefes y 17% bacteriólogos; el 53% están vinculados por orden de prestación de servicios, el 10% hace búsqueda activa, el 24% realiza análisis de los datos, el 68% cuentan con dotación tecnológica para la notificación y el 96% cuentan con protocolos de SIVIGILA; el 64% cuentan con una persona encargada del Sistema de Vigilancia en Salud Pública; el 75% de las UPGD cuentan con computador e impresora; 3% cuenta con radio teléfono; 93% de los encargados de la Vigilancia conocen los manuales de las

funciones de vigilancia; el 24% realizan Comités de Vigilancia Epidemiológica; el 93% de los encargados de la vigilancia en las UPGD conocen la periodicidad con que se deben notificar los eventos y el tipo de notificación que se debe emplear.

Conclusiones: Las Unidades notificadores como las Unidades Primarias Generadoras de Datos tienen insuficiente recurso físico y tecnológico para la realización oportuna y completa de las actividades de Vigilancia

*PLANES TERRITORIALES DE SALUD ELABORADOS
POR ESTUDIANTES DE LA ESPECIALIZACION EN
EPIDEMIOLOGIA, FUNDACIÓN UNIVERSITARIA
JUAN N. CORPAS, 2010*

Plan Territorial de Salud, Puerto Nariño – Amazonas, 2008 - 2011

Norman Alfonso Gil Castrillon, Viviana Guzmán García

Objetivos específicos: identificar el marco normativo y legislativo de los Planes territoriales de salud en Colombia, realizar el análisis de la situación de salud del municipio, identificar los eventos prioritarios en salud y sus factores de riesgo, garantizar el acceso a la atención integral de salud, proponer soluciones para los problemas identificados, establecer el plan anual de inversiones y sus fuentes de financiación, realizar el plan de evaluación y de seguimiento del Plan.

Metodología: se hizo la revisión de los documentos que constituyen el marco normativo, legislativo y conceptual; se buscó los datos referentes a ubicación geográfica, población, características sociales, económicas, de educación, de dotación social, de salud, de servicios públicos, datos de morbilidad y de mortalidad, se realizaron encuestas, se obtuvo mapas en Planeación, se hicieron mapas de riesgo y de factores de riesgo del municipio; se establecieron los eventos prioritarios de salud

Resultados: Se identificó el marco normativo que parte de la Constitución política de 1991, Ley 131/94, Ley 134/94, Ley 387/97, Ley 617/00, 691/01, Ley 715/01, Ley 1151/07, Decreto 3039/07, Resolución 425/08. En el marco conceptual se incluyen los seis enfoques, los ocho principios generales del Plan territorial, las cinco líneas de política de salud nacionales, incorpora las diez prioridades nacionales en salud y los seis ejes programáticos, adoptados del Plan Nacional de Salud Pública y del Ministerio de Protección Social.

Se identificaron las características geográficas, políticas, sociales, educativas y económicas del municipio; la población proyectada para el año 2009 fué de 4.008 habitantes; el 26% en la zona urbana y el 74% en la zona rural, donde 52% son hombres. El 58% de los habitantes tienen Necesidades Básicas Insatisfechas, el 94% cuenta con servicio de acueducto en el área urbana y el 98% en área rural, el 60%

tiene servicio de alcantarillado en el área urbana y en el área rural el 20% utilizan pozos sépticos, hay cobertura del 95% del servicio de energía en el área urbana. En el año 2007, las primeras causas de morbilidad fueron infección respiratoria aguda, enfermedad diarreica aguda, neumonía, Vaginosis bacteriana y candidiasis genital. Se realizó Visión y Misión para el Plan, objetivos, metas y estrategias por eje programático, como base para los programas y proyectos que buscan dar solución a los problemas identificados en el análisis de situación de salud; se presenta el plan de inversiones y sus fuentes de financiación, incluyendo los planes plurianuales de inversiones por eje programático; se presentan además los elementos de seguimiento y evaluación del Plan, incluyendo los resultados esperados con los indicadores de resultado del Plan, teniendo los referentes de línea base dados por el Ministerio por un lado y los indicadores relacionados con los objetivos de desarrollo del milenio por el otro.

Plan de salud territorial, Yopal, Casanare, 2009

Martha Esquivel, Jenny Niño, Lina María Pontón M

Objetivos específicos: identificar el marco normativo y legislativo de los Planes territoriales de salud en Colombia, realizar el análisis de la situación de salud del municipio, identificar los eventos prioritarios en salud y sus factores de riesgo, garantizar el acceso a la atención integral de salud, proponer soluciones para los problemas identificados, establecer el plan anual de inversiones y sus fuentes de financiación, realizar el plan de evaluación y de seguimiento del Plan.

Metodología: se hizo la revisión de los documentos que constituyen el marco normativo, legislativo y conceptual; se buscó los datos referentes a ubicación geográfica, población, características sociales, económicas, de educación, de dotación social, de salud, de servicios públicos, datos de morbilidad y de mortalidad, se realizaron encuestas, se obtuvo mapas en Planeación, se hicieron mapas de riesgo y de factores de riesgo del municipio; se establecieron los eventos prioritarios de salud.

Resultados: Se identificó el marco normativo que parte de la Constitución política de 1991, Ley 10/90, Ley 60/93, Ley 100/93, Ley 152/94, Ley 134/94, Ley 131/94, Ley 388/97, Ley 38/89, Ley 617/00, Ley 175/01, Ley 1170/07, Ley 1122/07, Resolución 1541/03, Resolución 1043/06, Resolución 2680/07, Resolución 387/07, Resolución 425/08, Decreto 1757/94, Decreto 3039/07, Decreto 1018/07, Decreto 1011/06, . En el marco conceptual se incluyen los seis enfoques, los ocho principios generales del Plan territorial, las cinco líneas de política de salud nacionales, incorpora las diez prioridades nacionales en salud y los seis ejes programáticos, adoptados del Plan Nacional de Salud Pública y del Ministerio de Protección Social.

Se identificaron las características geográficas, políticas, sociales, educativas y económicas del municipio; la población censada el año 2005 fué de 103.754 habitantes. El 40 % de la población tenía necesidades básicas insatisfechas, se

encontraba en condiciones de pobreza; en el área urbana el 97% cuenta con servicio de acueducto, 94% con servicio de alcantarillado, 80% tiene energía, 76% tiene acceso al servicio de gas domiciliario; en el área rural el 26% cuenta con servicio de acueducto, 11% con servicio de alcantarillado, 60% tiene energía, 20% tiene acceso al servicio de gas domiciliario.

En el año 2003, las primeras causas de morbilidad por consulta externa fueron infección de vías urinarias, anemia por deficiencia de hierro y enfermedad del reflujo gastroesofágico son esofagitis; por urgencias se encontró fiebre no especificada, embarazo de alto riesgo y parto por cesárea; las principales causas de mortalidad fueron paro cardíaco no especificado, arritmia cardíaca no especificada y paro respiratorio.

Se realizó Visión y Misión para el Plan, objetivos, metas y estrategias por eje programático, como base para los programas y proyectos que buscan dar solución a los problemas identificados en el análisis de situación de salud; se presenta el plan de inversiones y sus fuentes de financiación, incluyendo los planes plurianuales de inversiones por eje programático; se presentan además los elementos de seguimiento y evaluación del Plan, incluyendo los resultados esperados con los indicadores de resultado del Plan, teniendo los referentes de línea base dados por el Ministerio por un lado y los indicadores relacionados con los objetivos de desarrollo del milenio por el otro.

Plan local de salud, Morroa, Sucre, 2008 – 2011

Raquel Mercado Salcedo, Adriana Peralta Navarro.

Objetivos específicos: identificar el marco normativo y legislativo de los Planes territoriales de salud en Colombia, realizar el análisis de la situación de salud del municipio, identificar los eventos prioritarios en salud y sus factores de riesgo, garantizar el acceso a la atención integral de salud, proponer soluciones para los problemas identificados, establecer el plan anual de inversiones y sus fuentes de financiación, realizar el plan de evaluación y de seguimiento del Plan.

Metodología: se hizo la revisión de los documentos que constituyen el marco normativo, legislativo y conceptual; se buscó los datos referentes a ubicación geográfica, población, características sociales, económicas, de educación, de dotación social, de salud, de servicios públicos, datos de morbilidad y de mortalidad, se realizaron encuestas, se obtuvo mapas en Planeación, se hicieron mapas de riesgo y de factores de riesgo del municipio; se establecieron los eventos prioritarios de salud

Resultados: Se identificó el marco normativo que parte de la Constitución política de 1991, Ley 9/79; Ley 38/89, Ley 10/90, Ley 100/93, Ley 60/93, Ley 136/94, Ley 152/94, Ley 388/97, Ley 599/00, Ley 617/00, Ley 715/01, Ley 789/02; Ley 790/02, Ley 812/03, La ley 797/03, Ley 1151/07, Ley 1122/07, Decreto 1421/93, Decreto 1525/94, Decreto 1891/94, Decreto 1757/94, Decreto 177/04, Decreto 3039/07, Resolución 4288/96, Resolución 412/00, Resolución 3384/00, Resolución 2530/03, Resolución 425/08, Conpes Social 102. En el marco conceptual se incluyen los seis enfoques, los ocho principios generales del Plan territorial, las cinco líneas de política de salud nacionales, incorpora las diez prioridades nacionales en salud y los seis ejes programáticos, adoptados del Plan Nacional de Salud Pública y del Ministerio de Protección Social.

Se identificaron las características geográficas, políticas, sociales, educativas y económicas del municipio; la población censada en el año 2005 fué de 13.141

habitantes; el 43.6% en la zona urbana y el 56.4 % en la zona rural, donde 51% son hombres. En el área urbana el 92% cuenta con servicio de acueducto, 93% con servicio de alcantarillado, 97% tiene energía, 70% tiene acceso al servicio de gas domiciliario; en el área rural el 4% cuenta con servicio de alcantarillado, 89% tiene energía, en esta zona no hay acceso al servicio de gas domiciliario.

En el año 2009, las primeras causas de morbilidad por consulta externa fueron infección respiratoria aguda, Gingivitis e Infección de vías urinarias; por urgencias se encontró infección respiratoria aguda, enfermedad respiratoria aguda y Fiebre Recurrente; por eventos prioritarios del SIVIGILA se encontró dengue clásico, dengue hemorrágico y exposición rábica; las principales causas de mortalidad fueron tumores malignos, malformaciones congénitas, deformidades y anomalías cromosómicas. Se realizó Visión y Misión para el Plan, objetivos, metas y estrategias por eje programático, como base para los programas y proyectos que buscan dar solución a los problemas identificados en el análisis de situación de salud; se presenta el plan de inversiones y sus fuentes de financiación, incluyendo los planes plurianuales de inversiones por eje programático; se presentan además los elementos de seguimiento y evaluación del Plan, incluyendo los resultados esperados con los indicadores de resultado del Plan, teniendo los referentes de línea base dados por el Ministerio por un lado y los indicadores relacionados con los objetivos de desarrollo del milenio por el otro.

Plan local de de salud, Trinidad, Casanare, 2009

Rossmira Barrera Velandia, Eliana Rodríguez Camacho, Carolina Vargas Puentes.

Objetivos específicos: identificar el marco normativo y legislativo de los Planes territoriales de salud en Colombia, realizar el análisis de la situación de salud del municipio, identificar los eventos prioritarios en salud y sus factores de riesgo, garantizar el acceso a la atención integral de salud, proponer soluciones para los problemas identificados, establecer el plan anual de inversiones y sus fuentes de financiación, realizar el plan de evaluación y de seguimiento del Plan.

Metodología: se hizo la revisión de los documentos que constituyen el marco normativo, legislativo y conceptual; se buscó los datos referentes a ubicación geográfica, población, características sociales, económicas, de educación, de dotación social, de salud, de servicios públicos, datos de morbilidad y de mortalidad, se realizaron encuestas, se obtuvo mapas en Planeación, se hicieron mapas de riesgo y de factores de riesgo del municipio; se establecieron los eventos prioritarios de salud

Resultados: Se identificó el marco normativo que parte de la Constitución política de 1991, Ley 9/79, Ley 30/86, Ley 38/89, Ley 10/90, Ley 100/93, Ley 134/94, Ley 136/94, Ley 152/94, Ley 294/96, Ley 361/97, Ley 375/97, Ley 387/97, Ley 388/97, Ley 715/01, Ley 789/02, Ley 790/02, Ley 812/03, Ley 1010/06, Resolución 13382/84, Resolución 7559/84, Resolución 5165/94, Resolución 139/02, Resolución 0005/00, Resolución 1895/01, Resolución 1541/03, Resolución 002/03, Resolución 2530/03, Resolución 0375/06, Decreto 1562/84, Decreto 1681/84, Decreto 3788/86, Decreto 1525/94, Decreto 1918/94, Decreto 1891/94, Decreto 1557/94, Decreto 1222/86, Decreto 1421/93, Decreto 173/98, Decreto 2676/00, Decreto 2569/00, Decreto 2309/02, Decreto 205/03, decreto 2131/03, , Decreto 177/04, Decreto 616/06, CONPES 102, CONPES 2847/96, CONPES 3077/00, CONPES 097/08. En el marco conceptual se incluyen los seis enfoques, los ocho principios generales del Plan territorial, las cinco

líneas de política de salud nacionales, incorpora las diez prioridades nacionales en salud y los seis ejes programáticos, adoptados del Plan Nacional de Salud Pública y del Ministerio de Protección Social.

Se identificaron las características geográficas, políticas, sociales, educativas y económicas del municipio; la población proyectada para el año 2005 fué de 10.595 habitantes; el 54.5% en la zona urbana y el 44.5 % en la zona rural, donde 51% son hombres. El 52% de los habitantes tienen Necesidades Básicas Insatisfechas, el 54% cuenta con servicio de acueducto, el municipio no tiene servicio de alcantarillado, hay cobertura del 100% del servicio de energía. En el año 2003, las primeras causas de morbilidad por consulta externa fueron caries dental no especificada, parositis intestinal e infección de vías urinarias; por urgencias se encontró diarrea y gastroenteritis, infección viral e infecciones de vías urinarias; por hospitalización neumonía bacteriana, dolor abdominal localizado e infección de vías urinarias; por eventos prioritarios del SIVIGILA se encontró infección respiratoria aguda, enfermedad diarreica aguda y dengue clásico; la tasa de mortalidad en el 2005 fue de 23 muertes por 10.000 habitantes, las principales causas de mortalidad estallido hepático abdominal cerrado, infarto agudo del miocardio y cáncer gástrico terminal, fueron. Se realizó Visión y Misión para el Plan, objetivos, metas y estrategias por eje programático, como base para los programas y proyectos que buscan dar solución a los problemas identificados en el análisis de situación de salud; se presenta el plan de inversiones y sus fuentes de financiación, incluyendo los planes plurianuales de inversiones por eje programático; se presentan además los elementos de seguimiento y evaluación del Plan, incluyendo los resultados esperados con los indicadores de resultado del Plan, teniendo los referentes de línea base dados por el Ministerio por un lado y los indicadores relacionados con los objetivos de desarrollo del milenio por el otro.

Plan de Salud Territorial, Somondoco, Boyacá, 2009

Sandra Milena Parra, Aura Yanira Roa, Victoria Edith Sánchez.

Objetivos específicos: identificar el marco normativo y legislativo de los Planes territoriales de salud en Colombia, realizar el análisis de la situación de salud del municipio, identificar los eventos prioritarios en salud y sus factores de riesgo, garantizar el acceso a la atención integral de salud, proponer soluciones para los problemas identificados, establecer el plan anual de inversiones y sus fuentes de financiación, realizar el plan de evaluación y de seguimiento del Plan.

Metodología: se hizo la revisión de los documentos que constituyen el marco normativo, legislativo y conceptual; se buscó los datos referentes a ubicación geográfica, población, características sociales, económicas, de educación, de dotación social, de salud, de servicios públicos, datos de morbilidad y de mortalidad, se realizaron encuestas, se obtuvo mapas en Planeación, se hicieron mapas de riesgo y de factores de riesgo del municipio; se establecieron los eventos prioritarios de salud

Resultados: Se identificó el marco normativo que parte de la Constitución política de 1991, Ley 9/79, Ley 10/90, Ley 80/93, Ley 100/93, Ley 152/94, Ley 136/94, Ley 134/94, Ley 131/94, Ley 388/97, Ley 1176/97, Ley 1164/07, Ley 1150/07, Ley 1151/07, Ley 691/01, Decreto 1416/90, Decreto 785/05, Decreto 1227/05, Decreto 3518/06, Decreto 2323/06, Decreto 1011/06, Decreto 4747/07, Decreto 1018/07, Decreto 3039/07, Decreto 313/08, Decreto 066/08, Decreto 028/08, Decreto 276/09, Resolución 425/08, Resolución 3042/07, CONPES 122/09, CONPES 112/07. En el marco conceptual se incluyen los seis enfoques, los ocho principios generales del Plan territorial, las cinco líneas de política de salud nacionales, incorpora las diez prioridades nacionales en salud y los seis ejes programáticos, adoptados del Plan Nacional de Salud Pública y del Ministerio de Protección Social.

Se identificaron las características geográficas, políticas, sociales, educativas y económicas del municipio; la población proyectada para el año 2005 fué de 4.129 habitantes; el 77% en la zona urbana y el 23 % en la zona rural, donde 50% son hombres. En el área urbana el 97% cuenta con servicio de acueducto, 94% con servicio de alcantarillado, 96% tiene energía, 70% tiene acceso al servicio de gas domiciliario; en el área rural el 45% cuenta con servicio de acueducto, el 3% cuenta con servicio de alcantarillado, 91% tiene energía, en esta zona no hay acceso al servicio de gas domiciliario.

En el año 2008, las primeras causas de morbilidad en adultos mayores fueron rinofaringitis, diarrea y enteritis; las primeras causas de morbilidad en niños menores de un año fueron hiperforia de los cornetes, insuficiencia venosa crónica, dolor en articulación, obstrucciones intestinales y rinifaringitis aguda; las principales causas de morbilidad en la población de uno a 14 años fue rinofaringitis aguda, hipotiroidismos especificados, caries limitada al esmalte y otras deformidades de la cadera; las principales causas de mortalidad infartos, enfermedades del pulmón, choque neurogénico, choque hipovolémico y choque cardiogénico. Se realizó Visión y Misión para el Plan, objetivos, metas y estrategias por eje programático, como base para los programas y proyectos que buscan dar solución a los problemas identificados en el análisis de situación de salud; se presenta el plan de inversiones y sus fuentes de financiación, incluyendo los planes plurianuales de inversiones por eje programático; se presentan además los elementos de seguimiento y evaluación del Plan, incluyendo los resultados esperados con los indicadores de resultado del Plan, teniendo los referentes de línea base dados por el Ministerio por un lado y los indicadores relacionados con los objetivos de desarrollo del milenio por el otro.

}

Evaluación del Plan Territorial de Salud, Fusagasugá - Cundinamarca, 2011

Jenny Alicia Rozo, Jorge Andrés Núñez, Catherin Rodríguez Barrera.

Objetivos específicos: identificar el marco normativo y legislativo de los Planes territoriales de salud en Colombia, realizar el análisis de la situación de salud del municipio, identificar los eventos prioritarios en salud y sus factores de riesgo, garantizar el acceso a la atención integral de salud, proponer soluciones para los problemas identificados, establecer el plan anual de inversiones y sus fuentes de financiación, realizar el plan de evaluación y de seguimiento del Plan.

Metodología: se hizo la revisión de los documentos que constituyen el marco normativo, legislativo y conceptual; se buscó los datos referentes a ubicación geográfica, población, características sociales, económicas, de educación, de dotación social, de salud, de servicios públicos, datos de morbilidad y de mortalidad, se realizaron encuestas, se obtuvo mapas en Planeación, se hicieron mapas de riesgo y de factores de riesgo del municipio; se establecieron los eventos prioritarios de salud

Resultados: Se identificó el marco normativo que parte de la Constitución política de 1991, Ley 29/75, Ley 9/79, Ley 10/90, Ley 80/93, Ley 42/93, Ley 100/93, Ley 152/94, Ley 131/94, Ley 134/94, Ley 136/94, Ley 152/94, Ley 179/94, Ley 181/95, Ley 294/96, Ley 361/97, Ley 387/97, Ley 388/97, Ley 617/00, Ley 715/01, Ley 789/02, Ley 1151/07, Ley 507/99, Ley 550/99, Ley 614/00, Ley 617/00, Ley 687/01, Ley 691/01, Ley 715/01, Ley 762/02, Ley 909/04, Ley 982/05, Ley 1098/06, Ley 1122/07, Ley 1145/07, Ley 1151/07, Ley 1164/07, Decreto 2011/76, Decreto 77/87, Decreto 1416/90, Decreto 035/94, Decreto 1525/94, Decreto 1891/94, Decreto 111/96, Decreto 1173/98, Decreto 276/00, Decreto 2309/02, Decreto 050/03, Decreto 3260/04, Decreto 785/05, Decreto 1227/05, Decreto 1011/06, Decreto 2323/06, Decreto 3518/06, Decreto 3039/07, Decreto 1018/07, Decreto 3990/07, Decreto 4747/07, Decreto 0028/08, Decreto 357/08, Resolución 4288/96, Resolución 4288/96, Resolución 412/00, Resolución 838/04, Resolución 1013/05, Resolución 3734/05, Resolución 1043/06,

Resolución 1445/06, Resolución 1446/06, Resolución 3442/06, Resolución 3577/06, Resolución 5123/06, Resolución 812/07, Resolución 2679/07, Resolución 2680/07, Resolución 2844/07, Resolución 3042/07, Resolución 3215/07, Resolución 3221/07, Resolución 3265/07, Resolución 3309/07, Resolución 3763/07, Resolución 123/08, Resolución 425/08, Resolución 473/08, Resolución 811/08, Resolución 1563/08, Resolución 1677/08, Resolución 1740/08, Resolución 1915/08, Resolución 1956/08, Resolución 2181/08, Resolución 2646/08, Resolución 3047/08, Resolución 3099/08, Resolución 3251/08, Resolución 3673/08, Resolución 3960/08, Resolución 4204/08, Resolución 5089/08, Resolución 413/09, Resolución 416/09,

CONPES 80/04, CONPES 78/04, CONPES 91/05, CONPES 92/05, CONPES 100/06, CONPES 102/06, CONPES 112/08, CONPES 122/09, CONPES 123/09, CONPES 132/10, CONPES 133/10. En el marco conceptual se incluyen los seis enfoques, los ocho principios generales del Plan territorial, las cinco líneas de política de salud nacionales, incorpora las diez prioridades nacionales en salud y los seis ejes programáticos, adoptados del Plan Nacional de Salud Pública y del Ministerio de Protección Social.

Se identificaron las características geográficas, políticas, sociales, educativas y económicas del municipio; la población proyectada para el año 2009 fué de 26.065 habitantes; donde 51% son hombres. El 17% de los habitantes tienen Necesidades Básicas Insatisfechas, En el año 2003, las primeras causas de morbilidad por consulta externa fueron dolor abdominal. Broncoespasmo y síndrome febril; por urgencias se encontró dolor abdominal, broncoespasmo y enfermedad coronaria; por hospitalización alteraciones del recién nacido, neumonía y afecciones del sistema respiratorio; por eventos prioritarios del SIVIGILA se encontró dengue clásico, enfermedad diarreica y VIH/SIDA; las principales causas de mortalidad fueron enfermedades cardíacas coronarias, tumor maligno y enfermedades respiratorias pulmonares y cardiopulmonares. Se realizó Visión y Misión para el Plan, objetivos, metas y estrategias por eje programático, como base para los programas y proyectos que buscan dar solución a los problemas identificados en el análisis de situación de salud; se presenta el plan de inversiones y sus fuentes de financiación, incluyendo los planes plurianuales de inversiones por eje programático; se presentan además los elementos de seguimiento y evaluación del Plan, incluyendo los resultados esperados

con los indicadores de resultado del Plan, teniendo los referentes de línea base dados por el Ministerio por un lado y los indicadores relacionados con los objetivos de desarrollo del milenio por el otro.

Evaluación del Plan Territorial de Salud, Municipio de Chía, Cundinamarca, 2011

Jenny angélica Ortíz, Adriana Medina Rubio, Franci Yanira Pineda

Objetivos específicos: identificar el marco normativo y legislativo de los Planes territoriales de salud en Colombia, realizar el análisis de la situación de salud del municipio, identificar los eventos prioritarios en salud y sus factores de riesgo, garantizar el acceso a la atención integral de salud, proponer soluciones para los problemas identificados, establecer el plan anual de inversiones y sus fuentes de financiación, realizar el plan de evaluación y de seguimiento del Plan.

Metodología: se hizo la revisión de los documentos que constituyen el marco normativo, legislativo y conceptual; se buscó los datos referentes a ubicación geográfica, población, características sociales, económicas, de educación, de dotación social, de salud, de servicios públicos, datos de morbilidad y de mortalidad, se realizaron encuestas, se obtuvo mapas en Planeación, se hicieron mapas de riesgo y de factores de riesgo del municipio; se establecieron los eventos prioritarios de salud

Resultados: Se identificó el marco normativo que parte de la Constitución política de 1991, Ley 9/79, Ley 10/90, Ley 80/93, Ley 100/93, Ley 179/94, Ley 136/94, Ley 152/94, Ley 715/01, Ley 1122/07, Ley 1145/07, Ley 1151/07, Ley 1164/07, Ley 1438/11, Decreto 111/96, Decreto 1011/06, Decreto 2323/06, Decreto 3518/06, Decreto 3039/07, Decreto 4831/10, Decreto 4703/10, Decreto 4580/10, Decreto 017/11, Decreto 020/11, Resolución 425/08, CONPES 138/11, CONPES 122/09, CONPES 112/08. En el marco conceptual se incluyen los seis enfoques, los ocho principios generales del Plan territorial, las cinco líneas de política de salud nacionales, incorpora las diez prioridades nacionales en salud y los seis ejes programáticos, adoptados del Plan Nacional de Salud Pública y del Ministerio de Protección Social.

Se identificaron las características geográficas, políticas, sociales, educativas y económicas del municipio; la población proyectada para el año 2010 fue de 111.998 habitantes; donde 52% eran mujeres. Las primeras causas de morbilidad por consulta externa fueron hipertensión esencial (6%), Rinofaringitis aguda (4%) e infección de las vías urinarias (3%); por urgencias se encontró diarrea y gastroenteritis de presunto origen infeccioso (9.8%), Rinofaringitis aguda (9.3%) y Lumbago no especificado (5.23%); por eventos prioritarios del SIVIGILA se encontró varicela individual (28.9%), Exposición rábica (28.4%) y Enfermedad transmitida por alimentos o agua (9.7%). Se realizó Visión y Misión para el Plan, objetivos, metas y estrategias por eje programático, como base para los programas y proyectos que buscan dar solución a los problemas identificados en el análisis de situación de salud; se presenta el plan de inversiones y sus fuentes de financiación, incluyendo los planes plurianuales de inversiones por eje programático; se presentan además los elementos de seguimiento y evaluación del Plan, incluyendo los resultados esperados con los indicadores de resultado del Plan, teniendo los referentes de línea base dados por el Ministerio por un lado y los indicadores relacionados con los objetivos de desarrollo del milenio por el otro.

Plan de Salud Territorial, Sotáquira, Boyacá, 2008 -2011

Adriana Robles

Objetivos específicos: identificar el marco normativo y legislativo de los Planes territoriales de salud en Colombia, realizar el análisis de la situación de salud del municipio, identificar los eventos prioritarios en salud y sus factores de riesgo, garantizar el acceso a la atención integral de salud, proponer soluciones para los problemas identificados, establecer el plan anual de inversiones y sus fuentes de financiación, realizar el plan de evaluación y de seguimiento del Plan.

Metodología: se hizo la revisión de los documentos que constituyen el marco normativo, legislativo y conceptual; se buscó los datos referentes a ubicación geográfica, población, características sociales, económicas, de educación, de dotación social, de salud, de servicios públicos, datos de morbilidad y de mortalidad, se realizaron encuestas, se obtuvo mapas en Planeación, se hicieron mapas de riesgo y de factores de riesgo del municipio; se establecieron los eventos prioritarios de salud

Resultados: Se identificó el marco normativo que parte de la Constitución política de 1991, Ley 9/79, Ley 10/90, Ley 80/93, Ley 60, Ley 388/97, Ley 617/00, Ley 715/01, Ley 1176707, Ley 1151/07, Ley 1150/07, Decreto 1601/84, Decreto 1562/ 84, Decreto 1891/94, Decreto 2376/00, Decreto 1280/02, Decreto 1227/05, Decreto 785/05, Decreto 1011/06, 2323/06, Decreto 3518/06, Decreto 3039/07, Decreto 4747/07, Decreto 415/07, Decreto 0028/08, Decreto 066/08, Decreto 2174/08, Resolución 4288/96, Resolución 3042/07, Resolución 4285/07, Resolución 425/08, CONPES 112. En el marco conceptual se incluyen los seis enfoques, los ocho principios generales del Plan territorial, las cinco líneas de política de salud nacionales, incorpora las diez prioridades nacionales en salud y los seis ejes programáticos, adoptados del Plan Nacional de Salud Pública y del Ministerio de Protección Social.

Se identificaron las características geográficas, políticas, sociales, educativas y económicas del municipio; la población en el 2005 fue de 8966 habitantes; donde 50.7% eran hombres. En el año 2007, las primeras causas de morbilidad por consulta externa fueron Infección respiratoria aguda (12.6%), hipertensión arterial (9.7%) y parasitosis intestinal (4.8%); por eventos prioritarios del SIVIGILA se encontró Hepatitis A, C y E, varicela y parotiditis; las principales causas de mortalidad fueron enfermedades hipertensivas (5.6 x 1000 habitantes), enfermedades vasculares (4.4 x 1000 habitantes) y enfermedad pulmonar obstructiva crónica (3.3 x 1000 habitantes). Se realizó Visión y Misión para el Plan, objetivos, metas y estrategias por eje programático, como base para los programas y proyectos que buscan dar solución a los problemas identificados en el análisis de situación de salud; se presenta el plan de inversiones y sus fuentes de financiación, incluyendo los planes plurianuales de inversiones por eje programático; se presentan además los elementos de seguimiento y evaluación del Plan, incluyendo los resultados esperados con los indicadores de resultado del Plan, teniendo los referentes de línea base dados por el Ministerio por un lado y los indicadores relacionados con los objetivos de desarrollo del milenio por el otro.

Plan de salud Territorial Municipio del Roble – Sucre, 2008 – 2011

Lorena Reyes Gutiérrez, Alisney Teherán Zúñiga, Rafael Villera Vidal

Objetivos específicos: identificar el marco normativo y legislativo de los Planes territoriales de salud en Colombia, realizar el análisis de la situación de salud del municipio, identificar los eventos prioritarios en salud y sus factores de riesgo, garantizar el acceso a la atención integral de salud, proponer soluciones para los problemas identificados, establecer el plan anual de inversiones y sus fuentes de financiación, realizar el plan de evaluación y de seguimiento del Plan.

Metodología: se hizo la revisión de los documentos que constituyen el marco normativo, legislativo y conceptual; se buscó los datos referentes a ubicación geográfica, población, características sociales, económicas, de educación, de dotación social, de salud, de servicios públicos, datos de morbilidad y de mortalidad, se realizaron encuestas, se obtuvo mapas en Planeación, se hicieron mapas de riesgo y de factores de riesgo del municipio; se establecieron los eventos prioritarios de salud

Resultados: Se identificó el marco normativo que parte de la Constitución política de 1991, Ley 100/93, Ley 715/01, Ley 789/02, Ley 790/02, Acuerdo 57/97, Acuerdo 117/00, Acuerdo 244/03, Acuerdo 0284/05, Acuerdo 0285/05, Acuerdo 0289/05, Acuerdo 0292/05, Acuerdo 0293/05, Acuerdo 0294/05, Acuerdo 0297/05, Acuerdo 0299/05, Acuerdo 0300/05, Acuerdo 0302/05, Acuerdo 306/05, Acuerdo 0336/06, CONPES 57/02, CONPES 60/02, CONPES 63/02, CONPES 68/02, CONPES 69/02, CONPES 70/02, CONPES 71/02, CONPES 74/02, CONPES 77/04, CONPES 78/04, CONPES 79/04, CONPES 80/04, CONPES 81/04, CONPES 82/04, CONPES 86/04, CONPES 88/04, CONPES 90/05, CONPES 91/05, CONPES 92/05, CONPES 94/05, CONPES 96/05, CONPES 97/06, CONPES 98/06, CONPES 99/06, CONPES 100/06, CONPES 102/06, CONPES 103/06, CONPES 104/07, CONPES 105/07, CONPES 106/07, CONPES 109/07. Decreto 205/03, Decreto 1891/94, Decreto 1890/95, Decreto 050/03, Decreto 2131/03, Decreto

3818/03, Decreto 2193/04, Decreto 3154/04, Decreto3003/05, Decreto 3003/05, Decreto 1011/06, Resolución 4288/96, Resolución 968/02, Resolución 002/03, Resolución 1541/03, Resolución 2530/03, Resolución 3818/03, Resolución 0816/04, Resolución 3067/04, Resolución 1013/05, Resolución 0966/06, Resolución 1149/06. En el marco conceptual se incluyen los seis enfoques, los ocho principios generales del Plan territorial, las cinco líneas de política de salud nacionales, incorpora las diez prioridades nacionales en salud y los seis ejes programáticos, adoptados del Plan Nacional de Salud Pública y del Ministerio de Protección Social.

Se identificaron las características geográficas, políticas, sociales, educativas y económicas del municipio; la población proyectada para el año 2005 fue de 8. 314 habitantes; el 39% en la zona urbana y el 61 % en la zona rural, donde 51% son hombres. En el área urbana el 76% cuenta con servicio de acueducto, 95% con servicio de alcantarillado y el 90% tiene energía. Se realizó Visión y Misión para el Plan, objetivos, metas y estrategias por eje programático, como base para los programas y proyectos que buscan dar solución a los problemas identificados en el análisis de situación de salud; se presenta el plan de inversiones y sus fuentes de financiación, incluyendo los planes plurianuales de inversiones por eje programático; se presentan además los elementos de seguimiento y evaluación del Plan, incluyendo los resultados esperados con los indicadores de resultado del Plan, teniendo los referentes de línea base dados por el Ministerio por un lado y los indicadores relacionados con los objetivos de desarrollo del milenio por el otro.

Plan Local de Salud, Samaca, Boyacá, 2005

Andrea Martínez Cediel

Objetivos específicos: identificar el marco normativo y legislativo de los Planes territoriales de salud en Colombia, realizar el análisis de la situación de salud del municipio, identificar los eventos prioritarios en salud y sus factores de riesgo, garantizar el acceso a la atención integral de salud, proponer soluciones para los problemas identificados, establecer el plan anual de inversiones y sus fuentes de financiación, realizar el plan de evaluación y de seguimiento del Plan.

Metodología: se hizo la revisión de los documentos que constituyen el marco normativo, legislativo y conceptual; se buscó los datos referentes a ubicación geográfica, población, características sociales, económicas, de educación, de dotación social, de salud, de servicios públicos, datos de morbilidad y de mortalidad, se realizaron encuestas, se obtuvo mapas en Planeación, se hicieron mapas de riesgo y de factores de riesgo del municipio; se establecieron los eventos prioritarios de salud.

Resultados: Se identificó el marco normativo que parte de la Constitución política de 1991, Ley 10/90, Ley 100/93, Ley 152/94, Ley 134/94, Ley 715/01, Resolución 4288/96. En el marco conceptual se incluyen los seis enfoques, los ocho principios generales del Plan territorial, las cinco líneas de política de salud nacionales, incorpora las diez prioridades nacionales en salud y los seis ejes programáticos, adoptados del Plan Nacional de Salud Pública y del Ministerio de Protección Social.

Se identificaron las características geográficas, políticas, sociales, educativas y económicas del municipio; la población proyectada para el año 2004 fué de 8.379 habitantes. En el área urbana el 100% cuenta con servicio de acueducto, 94% con servicio de alcantarillado, 97% tiene energía; en el área rural el 75% cuenta con servicio de acueducto, 10% con servicio de alcantarillado y 95% tiene energía.

En el año 2003, las primeras causas de morbilidad fueron enfermedad diarreica aguda, infección respiratoria aguda; la tasa de mortalidad en mujeres fue de 3,3 por 1000 habitantes y la tasa de mortalidad en hombres fue de 4,9 por 1000 habitantes, las principales causas de mortalidad fueron insuficiencia respiratoria, infarto agudo del miocardio e hipertensión arterial. Se realizó Visión y Misión para el Plan, objetivos, metas y estrategias por eje programático, como base para los programas y proyectos que buscan dar solución a los problemas identificados en el análisis de situación de salud; se presenta el plan de inversiones y sus fuentes de financiación, incluyendo los planes plurianuales de inversiones por eje programático; se presentan además los elementos de seguimiento y evaluación del Plan, incluyendo los resultados esperados con los indicadores de resultado del Plan, teniendo los referentes de línea base dados por el Ministerio por un lado y los indicadores relacionados con los objetivos de desarrollo del milenio por el otro.

Evaluación del Plan de Salud Territorial, Municipio de Piedras, Tolima, 2008 – 2011

Catalina Beltrán Sarmiento, Natalia Muñoz Guerrero, Margarita Camargo Guzmán,
Deisy Fonseca Mateus, Alba Gil Rojas-

Objetivos específicos: identificar el marco normativo y legislativo de los Planes territoriales de salud en Colombia, realizar el análisis de la situación de salud del municipio, identificar los eventos prioritarios en salud y sus factores de riesgo, garantizar el acceso a la atención integral de salud, proponer soluciones para los problemas identificados, establecer el plan anual de inversiones y sus fuentes de financiación, realizar el plan de evaluación y de seguimiento del Plan.

Metodología: se hizo la revisión de los documentos que constituyen el marco normativo, legislativo y conceptual; se buscó los datos referentes a ubicación geográfica, población, características sociales, económicas, de educación, de dotación social, de salud, de servicios públicos, datos de morbilidad y de mortalidad, se realizaron encuestas, se obtuvo mapas en Planeación, se hicieron mapas de riesgo y de factores de riesgo del municipio; se establecieron los eventos prioritarios de salud.

Resultados: Se identificó el marco normativo que parte de la Constitución política de 1991, Ley 9/79, Ley 10/90, Ley 80/93, Ley 100/93, Ley 131/94, Ley 134/94, Ley 136/94, Ley 152/94, Ley 388/97, Ley 617/00, Ley 691/01, Ley 715/01, Ley 789/02, Ley 812 de 2003, Ley 909/04, Ley 1150/07, Ley 1151/07, Ley 1122/07, Ley 1176/07, Ley 1171/07, Ley 1220/08, Decreto 0412/92, Decreto 2759/92, Decreto 1876/94, Decreto 806/98, Decreto 330/01, Decreto 2205/03, Decreto 1227/05, Decreto 785/05, Decreto 3518/06, Decreto 2323/06, Decreto 3039/07, Decreto 4747/07, Decreto 1018/07, Decreto 028/08, Resolución 1043/06, Resolución 3042/07, Resolución 2844/07, Resolución 4285/07, Resolución 425/08, Acuerdo 382/08, Acuerdo 384/08, Acuerdo 386/08, Acuerdo 387/08, Acuerdo 403/08.

En el marco conceptual se incluyen los seis enfoques, los ocho principios generales del Plan territorial, las cinco líneas de política de salud nacionales, incorpora las diez prioridades nacionales en salud y los seis ejes programáticos, adoptados del Plan Nacional de Salud Pública y del Ministerio de Protección Social.

Se identificaron las características geográficas, políticas, sociales, educativas y económicas del municipio; la población proyectada para el 2009 fue de 5506 habitantes, se identificaron 220 hogares con necesidades básicas insatisfechas, y 1219 hogares en miseria.

Los datos de morbilidad no se encontraban discriminados ni por sexo ni por edad; no existen datos de consulta externa, urgencias ni egresos hospitalarios; La secretaria de salud del Tolima reportan datos de m de manera global de acuerdo a las 15 causas mas frecuentes según la clasificación internacional de enfermedades CIE 10, las tres patologías más frecuentes fueron hipertensión arterial, dolores abdominales y tuberculosis pulmonar. Durante el 2008 se presentó una tasa de 4.2 x 100 habitantes en casco urbano y 3.5 x 1000 habitantes de la zona rural.

Las primeras causas de morbilidad por consulta externa fueron infección respiratoria aguda, enfermedad del sistema urinario y parasitosis, por eventos prioritarios del SIVIGILA Enfermedad diarreica aguda, sífilis gestacional y dengue hemorrágico; los primeros eventos de mortalidad fueron infarto agudo del miocardio, homicidios y asfixia mecánica por inmersión.

Se realizó Visión y Misión para el Plan, propósito, objetivos, metas y estrategias por eje programático, como base para los programas y proyectos que buscan dar solución a los problemas identificados en el análisis de situación de salud; se presenta el plan de inversiones y sus fuentes de financiación, incluyendo los planes plurianuales de inversiones por eje programático; se presentan además los elementos de seguimiento y evaluación del Plan, incluyendo los resultados esperados con los indicadores de resultado del Plan, teniendo los referentes de línea base dados por el Ministerio por un lado y los indicadores relacionados con los objetivos de desarrollo del milenio por el otro.

Plan de Salud territorial Municipio de Arjona, Bolívar, 2009

Regina Domínguez Anaya, Patricia E. Chávez Rodríguez

Objetivos específicos: identificar el marco normativo y legislativo de los Planes territoriales de salud en Colombia, realizar el análisis de la situación de salud del municipio, identificar los eventos prioritarios en salud y sus factores de riesgo, garantizar el acceso a la atención integral de salud, proponer soluciones para los problemas identificados, establecer el plan anual de inversiones y sus fuentes de financiación, realizar el plan de evaluación y de seguimiento del Plan.

Metodología: se hizo la revisión de los documentos que constituyen el marco normativo, legislativo y conceptual; se buscó los datos referentes a ubicación geográfica, población, características sociales, económicas, de educación, de dotación social, de salud, de servicios públicos, datos de morbilidad y de mortalidad, se realizaron encuestas, se obtuvo mapas en Planeación, se hicieron mapas de riesgo y de factores de riesgo del municipio; se establecieron los eventos prioritarios de salud.

Resultados: Se identificó el marco normativo que parte de la Constitución política de 1991, Ley 9/79, Ley 10/90, Ley 80/93, Ley 100/93, Ley 131/94, Ley 134/94, Ley 136/94, Ley 617/00, Ley 691/01, Ley 715/01, Ley 1122/07, Ley 1150/07, Ley 1176/07, Decreto 2011/06, Decreto 1018/07, Decreto 3039/07, Decreto 028/08, Resolución 1043/06, Resolución 3042/07, Resolución 2844/07, Resolución 4285/07, Resolución 425/08. En el marco conceptual se incluyen los seis enfoques, los ocho principios generales del Plan territorial, las cinco líneas de política de salud nacionales, incorpora las diez prioridades nacionales en salud y los seis ejes programáticos, adoptados del Plan Nacional de Salud Pública y del Ministerio de Protección Social. Se identificaron las características geográficas, políticas, sociales, educativas y económicas del municipio. La población censada en el 2005 fue de 47.562 habitantes, el 50.44% eran de sexo femenino, el 58.8% de los habitantes tiene necesidades básicas insatisfechas; la

cobertura del servicio de energía era del 95%, 7100 habitantes cuentan con agua las 24 horas; el 95% de la población cuenta con gas natural, no existe un sistema adecuado de recolección de residuos.

Las principales causas de morbilidad por consulta externa fueron control de rutina del niño, infección de vías respiratorias y examen de ojos y de la visión; la principales causas por eventos de notificación obligatoria fueron Infección respiratoria aguda, enfermedad diarreica aguda y fiebre tifoidea; no existen datos de urgencias ni egresos hospitalarios. Las principales causas de muerte fueron hipoxia cerebral, paro cardiorespiratorio e infarto agudo miocardio.

Se realizó Visión y Misión para el Plan, propósito, objetivos, metas y estrategias por eje programático, como base para los programas y proyectos que buscan dar solución a los problemas identificados en el análisis de situación de salud; se presenta el plan de inversiones y sus fuentes de financiación, incluyendo los planes plurianuales de inversiones por eje programático; se presentan además los elementos de seguimiento y evaluación del Plan, incluyendo los resultados esperados con los indicadores de resultado del Plan, teniendo los referentes de línea base dados por el Ministerio por un lado y los indicadores relacionados con los objetivos de desarrollo del milenio por el otro.

Reformulación del Plan De Salud Territorial, Municipio de Nocaima, Cundinamarca, 2008 – 2011

David Muñoz Martínez, Silvia Parra Escobar

Objetivos específicos: identificar el marco normativo y legislativo de los Planes territoriales de salud en Colombia, realizar el análisis de la situación de salud del municipio, identificar los eventos prioritarios en salud y sus factores de riesgo, garantizar el acceso a la atención integral de salud, proponer soluciones para los problemas identificados, establecer el plan anual de inversiones y sus fuentes de financiación, realizar el plan de evaluación y de seguimiento del Plan.

Metodología: se hizo la revisión de los documentos que constituyen el marco normativo, legislativo y conceptual; se buscó los datos referentes a ubicación geográfica, población, características sociales, económicas, de educación, de dotación social, de salud, de servicios públicos, datos de morbilidad y de mortalidad, se realizaron encuestas, se obtuvo mapas en Planeación, se hicieron mapas de riesgo y de factores de riesgo del municipio; se establecieron los eventos prioritarios de salud.

Resultados: se identificó el marco normativo que parte de la Constitución política de 1991, Ley 9/79, Ley 80/93, Ley 100/93, Ley 134/94, Ley 136/94, Ley 152/94, Ley 388/97, Ley 489/98, Ley 617/00, Ley 691/01, Ley 715/01, Ley 1098/06, Ley 1122/07, Ley 1151/07, Ley 116/07, Decreto 205/03, Decreto 1011/06, Decreto 2323/2006, Decreto 3518/06, Decreto 4747/07, Decreto 3039/07, Decreto 4747/07, Decreto 4248/07, Decreto 1018/08, Decreto 028/08, Resolución 066/08, Resolución 1043/06, Resolución 425/08, Resolución 3042/07. En el marco conceptual se incluyen los seis enfoques, los ocho principios generales del Plan territorial, las cinco líneas de política de salud nacionales, incorpora las diez prioridades nacionales en salud y los seis ejes programáticos, adoptados del Plan Nacional de Salud Pública y del Ministerio de Protección Social.

Se identificaron las características geográficas, políticas, sociales, educativas y económicas del municipio; la población proyectada para el año 2007 fue de 7.785

habitantes, con el 53% de hombres; el 16.1% de la población urbana y el 44.52% de la población rural del municipio tiene Necesidades Básicas Insatisfechas.

En el año 2007, las primeras causas de morbilidad por consulta externa fueron Hipertensión arterial, enfermedad ácido péptica, dislipidemia y lumbalgia; por urgencias síndrome febril, herida, faringo-amigdalitis bacteriana y cefalea migrañosa.

Se realizó Visión y Misión para el Plan, propósito, objetivos, metas y estrategias por eje programático, como base para los programas y proyectos que buscan dar solución a los problemas identificados en el análisis de situación de salud; se presenta el plan de inversiones y sus fuentes de financiación, incluyendo los planes plurianuales de inversiones por eje programático; se presentan además los elementos de seguimiento y evaluación del Plan, incluyendo los resultados esperados con los indicadores de resultado del Plan, teniendo los referentes de línea base dados por el Ministerio por un lado y los indicadores relacionados con los objetivos de desarrollo del milenio por el otro.