

2011

UNIVERSITARIA JUAN N CORPAS
CENTRO DE INVESTIGACIONES
INVESTIGACIONES 2011

FUJNC

Investigaciones 2011

Anuario 2011
FUNDACIÓN UNIVERSITARIA
JUAN N. CORPAS

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

Bogotá, junio, 2012

TABLA DE CONTENIDO

INTRODUCCIÓN	11
PRÓLOGO	13
<i>Trabajos de estudiantes de cuarto año de medicina, Fundación Universitaria Juan N. Corpas, 2011</i>	15
MORTALIDAD POR INFARTO AGUDO DEL MIOCARDIO EN COLOMBIA, 2000-2009	16
MENINGITIS ATENDIDAS EN LA CLÍNICA JUAN N. CORPAS LTDA., 2005-2010	17
MORTALIDAD POR LEUCEMIAS EN COLOMBIA, 2000-2008	18
LESIONES DE CAUSA EXTERNA EN ACCIDENTES DE TRÁNSITO RELACIONADOS CON EL CONSUMO DE ALCOHOL, BOGOTÁ, 2010	20
SÍFILIS CONGÉNITA Y SÍFILIS GESTACIONAL EN COLOMBIA, 2005-2010	22
EGRESOS HOSPITALARIOS EN EL SERVICIO DE MEDICINA INTERNA DE LA CLÍNICA JUAN N. CORPAS LTDA., 2010	23
ENFERMEDADES REUMATOLÓGICAS ATENDIDAS EN LA CLÍNICA JUAN N. CORPAS LTDA., 2008-2010	24
CÁNCER GÁSTRICO EN COLOMBIA, 2008-2010	26

EGRESOS HOSPITALARIOS DE NIÑOS DE UN MES A CINCO AÑOS EN EL SERVICIO DE PEDIATRÍA DE LA CLÍNICA JUAN N. CORPAS LTDA..., 2010	29
MORTALIDAD EN NIÑOS ENTRE UNO Y CUATRO AÑOS EN COLOMBIA, 2000-2008	31
<i>Trabajos de residentes de las especialidades médico quirúrgicas Fundación Universitaria Juan N. Corpas, 2011.....</i>	<i>34</i>
MEDICIÓN DE LA ADHERENCIA A GUÍAS DE TROMBO PROFILAXIS EN LOS PACIENTES ADULTOS HOSPITALIZADOS EN EL HOSPITAL UNIVERSITARIO CLÍNICA SAN RAFAEL DE BOGOTÁ, NOVIEMBRE 2010	34
<i>Trabajos de estudiantes de la especialización en epidemiología, Fundación Universitaria Juan N. Corpas, 2011.....</i>	<i>37</i>
ANÁLISIS DEL SISTEMA DE VIGILANCIA EN SALUD PÚBLICA PARA DENGUE Y FIEBRE AMARILLA, COLOMBIA, 2008	38
ANÁLISIS DEL SISTEMA DE VIGILANCIA EN SALUD PÚBLICA EN UNA CLÍNICA DE BUCARAMANGA, 2010.	39

FACTORES RELACIONADOS CON MORTALIDAD EN PACIENTES CON INSUFICIENCIA RENAL CRÓNICA TERMINAL EN TRATAMIENTO DE REEMPLAZO RENAL (HEMODIÁLISIS Y DIÁLISIS PERITONEAL). RTS LTDA. AGENCIA SAN RAFAEL BOGOTÁ, 2009.....	42
ANÁLISIS DE LA SITUACIÓN DEL PROGRAMA DE DETECCIÓN TEMPRANA DE ALTERACIONES EN EL EMBARAZO EN DOS INSTITUCIONES DE PRIMER NIVEL EN COLOMBIA, 2006.....	44
CARACTERIZACIÓN DE LA VIOLENCIA INTRAFAMILIAR, EL MALTRATO INFANTIL Y LA VIOLENCIA SEXUAL EN LA LOCALIDAD DE HUSME, 2010	46
SITUACIÓN EPIDEMIOLÓGICA DE LAS ENFERMEDADES TRASMITIDAS POR VECTORES EN LOS DEPARTAMENTOS DEL CAQUETÁ Y AMAZONAS, 2007-2008.....	48
PREVALENCIA DE DIABETES MELLITUS TIPO 2 E HIPERTENSIÓN ARTERIAL EN UNA IPS DE PRIMER NIVEL DE BOGOTÁ, SEPTIEMBRE DE 2009 A SEPTIEMBRE DE 2010	50
ACCIDENTE OFÍDICO EN COLOMBIA, 2010	51
CARACTERIZACIÓN DEL CÁNCER DE PIEL EN EL INSTITUTO NACIONAL DE CANCEROLOGÍA, 1992 - 2009.	53

PLAN DE ACCIÓN PARA LA BÚSQUDA ACTIVA INSTITUCIONAL PARA DENGUE, ENFERMEDAD SIMILAR A INFLUENZA, TOXOINFECCION ALIMENTARIA, EXPOSICIÓN RABICA, SIFILIS GESTACIONAL Y VARICELA EN EL CENTRO DE SALUD SAN LUIS DE PALENQUE, CASANARE, 2009	55
MALARIA EN COLOMBIA, 2008-2010.....	58
NEUMONÍA EN PACIENTES PEDIÁTRICOS ATENDIDOS EN LA CLÍNICA JUAN N. CORPAS LTDA..., BOGOTÁ, 2008-2010.....	60
LÍNEA DE BASE DE ENTORNOS SALUDABLES DEL RESGUARDO INDÍGENA DE CAÑO MOCHUELO EN CASANARE, 2010.....	63
PREVALENCIA DE SÍNDROME METABÓLICO EN PACIENTES ATENDIDOS EN UNA IPS DE FUNZA CUNDINAMARCA, 2010.	65
CONOCIMIENTOS ACTITUDES Y PRÁCTICAS DE LOS PADRES DE FAMILIA FRENTE A LA EDUCACIÓN SEXUAL EN LOS NIVELES DE PREESCOLAR Y ESCOLAR EN LOS COLEGIOS DEL ÁREA URBANA DEL MUNICIPIO DE ARAUQUITA, AÑO 2010	66
MORTALIDAD POR ENFERMEDADES PULMONARES EN PERSONAS DE 45 Y MÁS AÑOS EN COLOMBIA, 2000- 2010.....	69
INFECCIONES ASOCIADAS AL CUIDADO DE LA SALUD EN BOGOTÁ, 2007- 2009	71

SITUACIÓN EN SALUD COMUNITARIA EN NIÑOS MENORES DE CINCO AÑOS EN EL MUNICIPIO DE MIRAFLORES (BOYACÁ), SEPTIEMBRE DE 2008 A FEBRERO DE 2010	73
INFECCIÓN DE HERIDA QUIRÚRGICA POST CESÁREA Y ENDOMETRITIS POSTPARTO EN PACIENTES DE LA CLÍNICA JUAN N. CORPAS LTDA..., 2008-2009	76
DENGUE EN COLOMBIA 2008-2009	78
TABAQUISMO EN ESTUDIANTES DE 9° 10° 11° GRADO EN UN COLEGIO DISTRITAL, LOCALIDAD QUINTA (USME), BOGOTÁ, 2010.....	79
BROTE INTRAHOSPITALARIO POR BURKHORDERIA CEPACIA EN EL HOSPITAL UNIVERSITARIO DE LA SAMARITANA, BOGOTÁ, 2010	82
POSIBLES COMPLICACIONES QUIRÚRGICAS DERIVADAS DE LA DEMORA EN LA DEFINICIÓN DE CONDUCTA EN URGENCIAS DE UNA IPS, BUCARAMANGA, 2008	84
FACTORES DE RIESGO EN LAS ENFERMEDADES TRANSMITIDAS POR ALIMENTOS EN EL DISTRITO DE BOGOTÁ, 2009	86
CARACTERIZACIÓN DE LA PATOLOGÍA PSIQUIÁTRICA EN EL SERVICIO DE URGENCIAS DE LA CLÍNICA DEL OCCIDENTE, BOGOTÁ, 2007-2010	89

ENFERMEDAD RESPIRATORIA AGUDA EN LA SALA ERA DEL HOSPITAL DE FONTIBÓN, BOGOTÁ, 2010.....	91
DENGUE EN BOGOTÁ D.C., 2008	93
DETERMINANTES RELACIONADOS CON MORTALIDAD POR TRAUMA EN UN CENTRO DE REFERENCIA DE BOGOTÁ, 2009-2010	96
COMPORTAMIENTO DEL ACCIDENTE OFÍDICO EN LOS DEPARTAMENTOS DE AMAZONAS, CAQUETÁ Y VAUPÉS, 2007 A 2010	98
MORTALIDAD POR ENFERMEDADES CRÓNICAS NO TRANSMISIBLES, COLOMBIA, 1990-2007	100
CONDICIONES DE TRABAJO Y SALUD DE LOS NIÑOS TRABAJADORES EN BOGOTÁ, 2009	103
BAJO PESO AL NACER Y SUS POSIBLES FACTORES RELACIONADOS EN EL CENTRO POLICLÍNICO DEL OLAYA, BOGOTÁ , 2008-2009	105
HIPERTENSIÓN Y DIABETES EN LA POBLACIÓN ATENDIDA POR EL PROGRAMA DE SALUD A SU CASA EN LA LOCALIDAD DE USAQUÉN, ENERO 2004- ABRIL 2010	108
CARACTERIZACIÓN DEL RIESGO CARDIOVASCULAR EN LA POBLACIÓN MAYOR DE 15 AÑOS EN LA IPS PRIMERA DE MAYO COLSUBSIDIO- FAMISANAR, SEPTIEMBRE 2009- AGOSTO 2010.....	110

DIAGNÓSTICO DE LA SITUACIÓN DEL SISTEMA DE VIGILANCIA EN SALUD PÚBLICA DE LA LOCALIDAD DE SUBA, 2010	112
MORBILIDAD Y MORTALIDAD EN LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS EN LA CLÍNICA JUAN N. CORPAS, BOGOTÁ, 2010.....	115
TUBERCULOSIS EN EL AMAZONAS, COLOMBIA, 2005-2009.....	117
CARACTERÍSTICAS DE LOS PACIENTES CON DIAGNÓSTICO DE ENFERMEDAD RENAL CRÓNICA AFILIADOS A UNA EPS DE COLOMBIA, BOGOTÁ, 2010	119
EVALUACIÓN DE LOS EFECTOS DE LOS PLAGUICIDAS EN POBLACIÓN RIBEREÑA DEL RIO BOGOTÁ EN SUESCA, CUNDINAMARCA, 2009	122
INCIDENCIA DE TUBERCULOSIS Y LA LEPRO EN 16 MUNICIPIOS DEL DEPARTAMENTO DE BOLÍVAR CONSIDERADOS COMO ZONAS CRÍTICAS EN ESTAS PATOLOGÍAS POR COMPORTAMIENTO EPIDÉMICO DURANTE LOS AÑOS 2007 A 2009.....	125
MORTALIDAD POR LESIONES DE CAUSA EXTERNA EN COLOMBIA, 1998-2007	128
MORTALIDAD MATERNA EN PACIENTES ATENDIDOS POR EL GRUPO SALUDCOOP, REGIONAL CUNDINAMARCA, 2004-2007	131

ANÁLISIS DE SITUACIÓN DE SISTEMA DE VIGILANCIA EN SALUD PÚBLICA DE MALARIA, COLOMBIA, 2008	133
INFECCIONES URINARIAS Y VAGINALES EN LAS GESTANTES ATENDIDAS EN EL HOSPITAL DE USAQUÉN, ESE DE II NIVEL, BOGOTÁ, ENERO DE 2008 A MAYO DE 2010	135
MORTALIDAD POR ENFERMEDAD RESPIRATORIA AGUDA EN MENORES DE CINCO AÑOS EN BOGOTÁ, 2005-2008	138
ANÁLISIS DEL SISTEMA DE VIGILANCIA EN SALUD PUBLICA EN TRINIDAD, CASANARE, 2010	140
FACTORES DE RIESGO POSIBLEMENTE RELACIONADOS A LA SEROPREVALENCIA DE CISTICERCOSIS EN EL MUNICIPIO DE MITÚ VAUPÉS, 2009	142
ZONAS DE RIESGO DE INFECCIÓN CON TRIPANOSOMA CRUZI DEL ÁREA RURAL DEL MUNICIPIO DE NUNCHIA, CASANARE, 2009	145
MORBILIDAD Y MORTALIDAD EN EL SERVICIO DE MEDICINA INTERNA DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO DE LA SAMARITANA BOGOTÁ, 2009	147

Planes territoriales de salud elaborados por estudiantes de la especialización en

<i>epidemiología, Fundación Universitaria Juan N. Corpas, 2011</i>	<i>150</i>
PLAN DE SALUD TERRITORIAL DE SAN LUIS DE PALENQUE, CASANARE, 2008 - 2011	151
PLAN DE SALUD TERRITORIAL DE FLANDES, TOLIMA, 2008-2011.....	154
EVALUACIÓN DEL PLAN DE SALUD TERRITORIAL DE CALOTO, CAUCA, 2008-2010.....	159
EVALUACIÓN DEL PLAN DE SALUD TERRITORIAL MUNICIPIO DE PANDI, CUNDINAMARCA, 2008- 2011	164
EVALUACIÓN DEL PLAN DE SALUD TERRITORIAL MUNICIPIO REPELÓN ATLÁNTICO, 2007-2010	168
REFORMULACIÓN PLAN TERRITORIAL DE SALUD, SAN MARCOS, SUCRE, 2008-2011	172
PLAN DE SALUD TERRITORIAL, ZIPAQUIRÁ, 2009.....	176
PLAN DE SALUD DEL MUNICIPIO DE VILLETA, 2009.....	180
PLAN INSTITUCIONAL DE SALUD ARMADA NACIONAL DE COLOMBIA, 2007	184
PLAN LOCAL DE SALUD MUNICIPIO DE ZULIA, NORTE DE SANTANDER, 2008-2011	189

ANUARIO DE INVESTIGACIONES 2011

INTRODUCCIÓN

En la Fundación Universitaria Juan N. Corpas, la investigación formativa ha sido difundida como “el proceso gradual que se realiza para que los educandos, en los diferentes niveles del currículo aprehendan las herramientas necesarias para adquirir, desarrollar y fortalece los conocimientos en un área específica, que incluye la búsqueda de literatura científica, su crítica y la utilización rigurosa del método científico como apoyo a la toma de decisiones, a través de la formación sistemática en metodología de la investigación y la participación en investigaciones de diferentes características y niveles”.

La investigación formativa en la institución busca darle fuerza a los educandos para el logro de sus metas de crecimiento personal y académico al servicio de la sociedad, que busca desarrollar y cualificarlos en las

competencias en investigación e innovación para dinamiza su capacidad permanente de "aprehender" y de esta manera enriquecer en la universidad la producción de conocimiento para el país.

Los semilleros de investigación son fuente de inspiración con sus ideas y con sus aportes, son fortaleza de la investigación formativa, en la cual, el trabajo en equipo en una investigación los forma a todos (educandos y docentes); confrontar y sustentar las ideas es uno de los momentos más enriquecedores en el proyecto de investigación, que luego se afianzan en la ejecución y en la preparación del informe final; en estos momentos, no se pierde, siempre se gana, se aprende, como equipo, se aprende a argumentar, a defender una idea; los semilleros de investigación de la escuela de medicina tienen esa ruta marcada; en este proceso, los semilleros de investigación aportan a la investigación formativa, se desarrollan, crecen y multiplican la siembra.

La investigación formativa fortalece a los educandos para el logro de sus metas de conocimiento personal al servicio de la sociedad colombiana y global; la investigación en los escenarios de practica afianza el contacto con la realidad cultural, social y de salud del país y de las regiones donde servimos para el mejor estar de las poblaciones; su desarrollo permite a través del currículum fortalecer la formación académica con base en el trabajo en comprensión de lectura, en mejorar la comunicación escrita y oral, en el uso de la tic, en la revisión de temas, búsqueda bibliográfica, en la participación en investigaciones de diferentes

características que desarrollan los grupos de investigación, en la participación en las Jornadas Corpistas de investigación, asistencia y participación en congresos y otras reuniones científicas.

Esperamos que este documento sea de utilidad en la Escuela de Medicina.

Bogotá, junio de 2012

PRÓLOGO

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, se 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 2011.

*Trabajos de estudiantes de cuarto
año de Medicina, Escuela de
Medicina Juan N. Corpas, 2011*

**MORTALIDAD POR INFARTO AGUDO DEL MIOCARDIO EN
COLOMBIA, 2000-2009**

Julián A. Morales, Diana P. Otálora, Oscar A. Ramírez,
Juan A. Rojas.

Objetivos: establecer las características demográficas y sociales de la población estudiada, medir la frecuencia de la mortalidad por infarto agudo de miocardio (IAM).

Metodología: se realizó un estudio descriptivo retrospectivo en la población colombiana entre los años 2000 a 2009, los datos fueron obtenidos de los registros del DANE. Los resultados se midieron como tasas de mortalidad.

Resultados: en Colombia se registró un promedio de 27312 casos de infarto agudo del miocardio, en el periodo de estudio; la tasa de mortalidad durante el periodo observado se incrementó de 55,5 por 100.000 a 61,4 por 100.000; en el periodo de 2003 a 2005 se encontró el mayor ascenso con una tasa de 5,3 por 100.000 y el año que presentó mayor tasa de mortalidad fue 2008 con un 64,6 por 100.000. Los departamentos con mayor tasa de mortalidad fueron Tolima con 122,34 y Caldas con 120,05 por 100.000 habitantes y los de menor incidencia fueron vichada con 8,9; Vaupés con 4,92 y Amazonas con 7,2 y por 100.000. La población masculina fue la más afectada en todos los grupos de edad; hubo un incremento importante en mortalidad de

las mujeres en el grupo de edad de 65 y más años con 472,38 por 100.000.

Conclusiones: Caldas y Tolima registraron la mayor incidencia durante el periodo en estudio. Los hombres presentaron la mayor mortalidad.

**MENINGITIS ATENDIDAS EN LA CLÍNICA JUAN N. CORPAS
LTDA., 2005-2010**

Jaime Cárdenas, Wilson Cubillos, Kirstie García, Ibeth Niño

Objetivos: identificar las características demográficas de la población en estudio, establecer la frecuencia de los diferentes tipos de meningitis que se presentaron en la institución del 2005 al 2010, identificar el método más utilizado para el diagnóstico de meningitis bacteriana.

Metodología: se realizó un estudio descriptivo retrospectivo con los datos de historias clínicas de pacientes diagnosticados con meningitis bacteriana hospitalizados en la clínica Juan N. Corpas entre los años 2005 al 2010. Los resultados principales se midieron como incidencia.

Resultados: durante el periodo en estudio se registraron 27 pacientes con meningitis, 85% de etiología bacteriana y el 15% de etiología viral, no se presentaron casos de meningitis tuberculosa ni herpética; el mayor número de casos (nueve) se presentó en el 2009 y el menor (dos) en el 2005; el 85 % de los pacientes fueron hombres, el 55% de los pacientes se encontraba entre los 20 a 40 años de

edad, la punción lumbar fue el método diagnóstico más utilizado para el estudio de meningitis.

Conclusiones: el 85% de las meningitis atendidas en la clínica Juan N. Corpas fueron de etiología bacteriana.

MORTALIDAD POR LEUCEMIAS EN COLOMBIA, 2000-2008

Viviana Losada Germán, Tatiana Ramírez Gallego,
Alejandra Restrepo Pérez, José Joaquín Rodríguez

Objetivos específicos: identificar las características demográficas y sociales de la población en estudio, establecer la frecuencia y tasa de mortalidad por leucemias durante el periodo de 2000 a 2008, identificar los tipos de leucemias por departamentos en Colombia e identificar posibles factores relacionados con el evento.

Metodología: se realizó un estudio descriptivo retrospectivo con los datos reportados en el DANE de personas que murieron por leucemia en Colombia desde el año 2000 hasta el 2008. Los principales resultados fueron reportados como incidencia tipo proporción y tasas de mortalidad.

Resultados: durante el periodo en estudio fueron registrados 3968 casos de leucemia en el país, con un

promedio de 440,8 casos por año, con un mínimo de 262 en el año 2005 y un máximo de 1030 en el año 2002. El nivel educativo con mayor incidencia fue el profesional, seguido de la educación básica primaria; más de la mitad de los casos se presentó en personas que no estaban casadas pero llevaban más de dos años viviendo con su pareja; el área de defunción más frecuente fue la cabecera municipal con un promedio de 96,4 % anual; los departamentos que presentaron las tasas de mortalidad más altas fueron Bogotá con tasas de 5,3 por 100 000 habitantes en el 2003 y 5,0 por 100 000 habitantes en el 2002, Santander con 4,0 por 100 000 habitantes durante el 2002, San Andrés y Huila con 3,1 durante el 2002. Más del 50 % de la población pertenecía al régimen contributivo, entre la población adulta el grupo de edad con mayores tasas de mortalidad fue el de mayores de 65 años, seguido de la población entre 45 y 64 años, a pesar de que la población menor de 14 años presentó tasas de mortalidad por leucemia menores de 1 por 100 000 habitantes; el 70 % de esta población murió por leucemia linfocítica aguda. Los cuatro tipos principales de leucemia que se presentaron fueron linfocítica aguda que en promedio anual aportó el 49,2%, leucemia mieloide aguda que en promedio anual aportó el 31,3%, leucemia mieloide crónica que en promedio anual aportó el 14,8% y la leucemia linfocítica crónica que en promedio anual aportó el 4,7%.

Conclusiones: durante el periodo en estudio el año 2002 fue cuando se presentó el mayor número de defunciones por leucemia, el tipo de leucemia más

frecuente en la población de Colombia fue la leucemia linfocítica aguda. Entre los territorios del país, Bogotá presentó las tasas de mortalidad más altas por leucemia.

**LESIONES DE CAUSA EXTERNA EN ACCIDENTES DE TRÁNSITO
RELACIONADOS CON EL CONSUMO DE ALCOHOL, BOGOTÁ,
2010**

Laura Benítez Yasso, Olga Lucía Bernal Guerrero, Laura Daniela Ramos

Objetivos específicos: identificar las características demográficas y sociales de la población en estudio, establecer la frecuencia de las lesiones de causa externa

en accidentes de tránsito relacionados con el consumo de alcohol, establecer la mortalidad en las lesiones de tránsito relacionadas con el consumo de alcohol.

Metodología: se realizó un estudio descriptivo retrospectivo con los datos de las personas que sufrieron un accidente de tránsito en la ciudad de Bogotá durante el año 2010, obtenidos de las bases de datos de la página de movilidad de Bogotá del Fondo de prevención vial y el Ministerio de transporte. Los datos principales fueron medidos como incidencia tipo proporción.

Resultados: durante el 2010 se presentó una tasa de 12,53 muertes debido a lesiones por accidentes de tránsito y 86,4 lesiones no fatales por cada 100 000 habitantes, con 5 704 y 39 381 víctimas respectivamente. Se mantuvo como factor común que la mayoría de las víctimas que sufrieron lesiones por accidente de tránsito tenían entre 20 y 34 años de edad, mostrando en este mismo intervalo las tasas más altas, en lesiones fatales la mayor tasa se obtuvo en el grupo de adultos de 70 y más años. En términos generales, dos hombres sufrieron accidentes de tránsito por cada mujer.

Conclusiones: las lesiones de causa externa por accidentes de tránsito relacionados con el consumo de alcohol durante el 2010 fueron más frecuentes en hombres que en mujeres y en el grupo de edad de los 20 a 34 años.

**SÍFILIS CONGÉNITA Y SÍFILIS GESTACIONAL EN COLOMBIA,
2005-2010**

Víctor Daniel Mindiola, Diana Margarita Ortiz, Luisa Fernanda Pineda

Objetivos específicos: identificar las características demográficas y sociales de la población en estudio, medir la incidencia de sífilis congénita en Colombia en el periodo de 2005 a 2010, establecer la prevalencia de sífilis gestacional en Colombia, identificar las diferencias de la frecuencia de sífilis gestacional y sífilis congénita con las metas propuestas por la OMS para su eliminación.

Metodología: se realizó un estudio descriptivo retrospectivo con mujeres embarazadas y sus productos con diagnóstico de sífilis gestacional y de sífilis congénita en el periodo de 2005 a 2010 en Colombia. Los principales resultados se midieron como incidencia para sífilis congénita y prevalencia para sífilis gestacional

Resultados: durante el periodo en estudio, en Colombia se reportaron 9 568 casos de sífilis congénita y 21 744 casos de sífilis gestacional. Los departamentos donde se reportó mayor número de casos para ambos tipos de sífilis fueron Valle, Bogotá y Antioquia. La incidencia de sífilis congénita siempre se mantuvo por encima de la meta propuesta para la OMS (0,5*1000 nacidos vivos), el departamento con mayor incidencia de sífilis congénita fue chocó y para sífilis gestacional fue Quindío.

Conclusiones: Colombia debe aplicar programas de promoción y prevención más efectivos para disminuir la incidencia de sífilis congénita y alcanzar la meta propuesta por la OMS.

**EGRESOS HOSPITALARIOS EN EL SERVICIO DE MEDICINA
INTERNA DE LA CLÍNICA JUAN N. CORPAS LTDA., 2010**

Lorena García, Carolina Sánchez, Liseth Tavera, Karen Tinjacá

Objetivos específicos: identificar las características demográficas y sociales de la población en estudio, medir la frecuencia de morbilidad dentro del servicio de medicina interna de la clínica Juan N. Corpas Ltda., en el 2010 y medir la mortalidad en este servicio.

Metodología: se realizó un estudio descriptivo retrospectivo con los adultos hospitalizados en el servicio de medicina interna en la clínica Juan N. Corpas Ltda. durante el 2010. Los datos fueron recolectados de las epicrisis de las historias clínicas. Los resultados principales se midieron como prevalencia e incidencia.

Resultados: en el año 2010 fueron hospitalizados 292 pacientes en el servicio de medicina interna. El 53,1 % de esta población es de sexo masculino, con edad promedio de 66.6 años. Las patologías con mayor

número de hospitalizados fueron enfermedad pulmonar obstructiva crónica, seguido de hipertensión arterial, diabetes mellitus y accidente cerebro vascular; insuficiencia cardíaca fue el ingreso menos frecuente. El 66,2 % de pacientes con enfermedad cerebrovascular presentaban además hipertensión arterial, un 57 % presentaban también diabetes y un 18 % presentaban patologías cardiovasculares junto con el enfermedad cerebrovascular.

Conclusiones: las condiciones ambientales del país y las costumbres y estilo de vida de los pacientes que asisten a la clínica Corpas pueden estar relacionadas con los eventos que registran la más alta frecuencia de hospitalizaciones en el servicio.

**ENFERMEDADES REUMATOLÓGICAS ATENDIDAS EN LA CLÍNICA
JUAN N. CORPAS LTDA., 2008-2010.**

Liyibeth Flórez Contreras, Karolina Gutiérrez Quintero,
Ana María Herrera, Mónica Jaimes Parada

Objetivos específicos: identificar las características demográficas y sociales de la población en estudio, medir la frecuencia de las enfermedades reumatológicas en la clínica Juan N. Corpas Ltda., establecer los métodos paraclínicos empleados en el diagnóstico y clasificación de las enfermedades reumatológicas e identificar los tratamientos utilizados en cada una de las enfermedades reumatológicas.

Metodología: se hizo un estudio descriptivo retrospectivo en la población atendida en la Clínica Juan N. Corpas Ltda., diagnosticada con enfermedades reumatológicas (lupus eritematoso sistémico, artritis reumatoide, artrosis y gota), los datos se obtuvieron mediante revisión de historias clínicas previa autorización. Los resultados se midieron como prevalencia.

Resultados: durante el periodo de estudios se registraron en los servicios de la clínica Juan N. Corpas Ltda. 286 pacientes con artritis reumatoide, 183 con lupus eritematoso sistémico, 336 con gota y 587 con artrosis; el 61 % de los pacientes fueron atendidos por consulta externa; el grupo de edad que con mayor frecuencia de dichas patologías fue el de 45 a 64 años, la mayoría de los pacientes diagnosticados con gota son empleados. El paraclínico más utilizado para el diagnóstico de gota fue el ácido úrico; el tratamiento más utilizado fueron los aines seguidos de la colchicina. El paraclínico más utilizado en los pacientes con lupus eritematoso sistémico fue el cuadro hemático; en el año 2010 el grupo de medicamentos que predominó en la formulación de la patología fueron los corticoides, seguido de los antiinflamatorios no esteroideos. Las pruebas de función renal en el año 2008 fueron utilizadas en mayor cantidad para el seguimiento de la enfermedad.

Conclusiones: en la clínica Juan N. Corpas Ltda., la atención de enfermedades reumatológicas se realizó en

consulta externa en mayor proporción a mujeres entre 45 y 64 años, de ocupación empleadas.

CÁNCER GÁSTRICO EN COLOMBIA, 2008-2010

Clara Fabiola Mahecha, Katherine Eliana Rodríguez,
Edith Rondón Rojas.

Objetivos específicos: identificar las características demográficas y sociales de la población en estudio, establecer la frecuencia de cáncer gástrico en Colombia, medir la mortalidad por cáncer gástrico en Colombia, identificar posibles factores relacionados con cáncer gástrico en el país, establecer los años de vida potencialmente perdidos por cáncer gástrico en el período en estudio.

Metodología: se realizó un estudio descriptivo retrospectivo en la población colombiana con diagnóstico de cáncer registrada en la base de datos del Instituto Nacional de Cancerología y las proyecciones de población DANE para los años 2008 al 2010; los resultados principales fueron medidos como prevalencias y tasas de mortalidad.

Resultados: en Colombia, entre los años 2008 a 2010 se registraron 1125 casos nuevos de cáncer gástrico con un mínimo de 342 casos en el 2009 y un máximo de 426 casos en el 2010. Durante los tres años se presentó mayor frecuencia en hombres con 61,4 %; el grupo de edad más afectado fue el de los 45 a 64 años con el 50 %; el total de muertes por esta patología fue 906 casos; durante el 2008 la tasa de mortalidad fue 12,4 casos x 100 000 hombres y 8,09 casos x 100 000 mujeres; para el 2009 fue 12,2 x 100000 hombres y 7,7 x 100000 mujeres y para el 2010 12,8 x 100000 hombres y 9,1 X 100000 mujeres. Los departamentos con mayores tasas de mortalidad por 100 000 habitantes fueron Valle con 23,1, Boyacá con 17,4, Cauca con 16,4, Quindío con 16,3

y Caldas con 15,8. Los factores de riesgo registrados más frecuentes fueron el consumo de sal, alimentos asados o al horno, presencia de *Helicobacter pylori* y antecedentes familiares; como posible factor protector se identificó el consumo de pescado.

Conclusiones: el cáncer gástrico en Colombia afecta en mayor proporción a hombres entre los 45 a 64 años. Los posibles factores de riesgo identificados fueron la alta ingesta de sal, el consumo de productos asados, el desarrollo de *Helicobacter pylori* y los antecedentes familiares de cáncer gástrico.

**EGRESOS HOSPITALARIOS DE NIÑOS DE UN MES A CINCO AÑOS
EN EL SERVICIO DE PEDIATRÍA DE LA CLÍNICA JUAN N. CORPAS
LTDA., 2010**

Jenny Johana Bosso, Alejandra Botton Dueñas, Diana Marcela Contreras

Objetivos específicos: identificar las características demográficas y sociales de la población en estudio, establecer las causas de los egresos por patologías pediátricas, medir el tiempo de hospitalización de los pacientes pediátricos por cada patología, establecer la mortalidad de la población pediátrica por cada patología en el servicio de pediatría de la Clínica Juan N. Corpas Ltda. durante el año 2010 y calcular los años de vida potencialmente perdidos por cada causa de muerte entre los egresos hospitalarios.

Metodología: se realizó un estudio descriptivo retrospectivo con pacientes menores de cinco años que fueron hospitalizados en el servicio de pediatría durante el año 2010. Previa autorización, los datos fueron obtenidos de las historias clínicas y se transcribieron en un registro estandarizado; los principales resultados se midieron como incidencia.

Resultados: durante el 2010 fueron hospitalizados 965 niños en el servicio de pediatría de la Clínica Juan N. Corpas Ltda. El 52 % eran hombres; el 36 % era menor de un año, el 26,7 % tenía un año y el 36,2 % estaba entre dos y cinco años. El 85,5 % pertenecían a estratos 2 y 3; el 97 % tenía una EPS del grupo Saludcoop. Los eventos que originaron las hospitalizaciones fueron bronquiolitis en el 26 %, infección de vías urinarias en el 15 %, neumonía en el 15 %, bronquitis en el 11 % y asma en el 8 %; seis pacientes fueron remitidos a otras instituciones (tres por trauma craneoencefálico, dos por quemaduras y uno por leucemias; dos egresaron por defunción (uno por septicemia y otro por un quiste cerebral); el promedio de edad de los pacientes egresados fue de un año. Los pacientes que duraron más tiempo hospitalizados fueron los diagnosticados con patologías respiratorias; los años de vida potencialmente perdidos en la población pediátrica que falleció en la Institución fueron 128 años y 4 meses.

Conclusiones: la mortalidad pediátrica en la Clínica Corpas durante el año 2010 se presentó a causa de patologías de alta complejidad. La causa más frecuente de hospitalización pediátrica fueron las enfermedades respiratorias, principalmente la bronquiolitis.

**MORTALIDAD EN NIÑOS ENTRE UNO Y CUATRO AÑOS EN
COLOMBIA, 2000-2008**

Camila Cárdenas Tavera, Nury Castellanos Ortiz

Objetivos específicos: identificar las características demográficas y sociales de la población en estudio, establecer las frecuencias de la mortalidad en niños de uno a cuatro años en Colombia, identificar los eventos que causan la mortalidad en niños.

Metodología: se realizó un estudio descriptivo retrospectivo con los datos de proyecciones poblacionales DANE de niños de uno a cuatro años en Colombia desde el 2000 hasta el 2008. Los datos principales se midieron como tasa de mortalidad.

Resultados: para el periodo en estudio se presentaron 6510 defunciones de niños de un año y 4784 de niños entre uno y cuatro años; la tasa de mortalidad infantil fue de 28,55 x 100 000 niños y de 20,12 x 100 000 niñas; las causas de mortalidad más frecuentes en niños de un año fueron la infección respiratoria aguda en el 26,8 %, las deficiencias nutricionales y anemia en el 22,1 %; enfermedades infecciosas e intestinales en el 18,3 % y las malformaciones congénitas en el 17,3 % y en los niños de dos a cuatro años fueron la infección respiratoria aguda en el 23,9 %, los accidentes de transporte y otros accidentes inclusive secuelas 22 %, el ahogamiento y sumersión accidentales en el 20 % y oro tipo de accidentes inclusive secuelas en el 17,8 %. Los departamentos de Colombia con tasas de mortalidad infantil más altas durante el periodo en estudio fueron Bogotá con 537,5 x 100 000 niños entre uno y cuatro años, Antioquia con 456,1 x 100 000 niños y Boyacá con 121,2 x 100 000 niños. La mortalidad infantil presentó en los años en estudio una reducción importante, con una intensidad de descenso mayor en mujeres representado en un 33,7 % y en hombres de 27,8 %.

Conclusiones: en el periodo de 2000 a 2008 la tasa de mortalidad infantil presentó una tasa de 28,6 x 100 000 niños y de 20,1 x 100 000 niñas; la causa de mortalidad más frecuente en niños de uno a cuatro años fue la infección respiratoria aguda

*Trabajos de residentes de las
especialidades médico
quirúrgicas, Escuela de Medicina
Juan N. Corpas, 2011*

**MEDICIÓN DE LA ADHERENCIA A GUÍAS DE TROMBO
PROFILAXIS EN LOS PACIENTES ADULTOS HOSPITALIZADOS EN
EL HOSPITAL UNIVERSITARIO CLÍNICA SAN RAFAEL DE BOGOTÁ,
NOVIEMBRE, 2010**

Julieta Rueda Gracia, Dalglis J. Sánchez, Michael R. Fonseca

Objetivos específicos: describir las características demográficas de los pacientes hospitalizados en servicios médicos y quirúrgicos del Hospital Universitario Clínica San Rafael de Bogotá en 2010, medir la frecuencia de uso de tromboprofilaxis, establecer las diferencias entre la frecuencia de la utilización de tromboprofilaxis en los servicios médicos y quirúrgicos, establecer la frecuencia de factores de riesgo para tromboembolismo venosos, determinar la estratificación del riesgo de tromboembolismo venoso y el uso racional de tromboprofilaxis, identificar el seguimiento de las guías de tromboprofilaxis por los especialistas de cada servicio.

Metodología: se realizó un estudio de prevalencia, en pacientes mayores de 18 años sin tratamiento anticoagulante que asistieron al Hospital Universitario Clínica San Rafael de Bogotá durante el mes de noviembre del 2010. Se calculó una muestra de 260 pacientes con una población de 1200 pacientes, una prevalencia de enfermedad trombolítica venosa como enfermedad trazadora de 7 %, confiabilidad de 95 % y error del 5 %. Los principales resultados se midieron como prevalencia de punto, se buscó concordancia empleando la prueba kappa.

Resultados: se obtuvo una muestra de 260 pacientes hospitalizados en los diferentes servicios del Hospital

Universitario Clínica San Rafael de Bogotá, el 59 % mujeres; la edad promedio de 50,3 años con un mínimo de 18 años y un máximo de 89; el 73 % ubicados en el servicio de medicina interna, el 26 % pacientes quirúrgicos; el 66 % recibió trombotoprofilaxis; medicina interna fue el servicio con mayor formulación con 53 %, seguido de ortopedia con 33 % y cirugía con 28 %; el 39,1 % de los pacientes médicos y el 19,7 % de los pacientes quirúrgicos eran de alto riesgo; con respecto a la conducta trombotoprofiláctica propuesta en la guía institucional el 76 % recibieron trombotoprofilaxis adecuada; el tipo de trombotoprofilaxis más utilizada es enaxaparina con 71 %, seguida de la nadroparinas con 18,4 %; los factores de riesgo más frecuentes en relación con la enfermedad tomoembólica venosa fueron la postración 38,5 %; la edad mayor a 60 años 37,3 %, cirugías realizadas o a realizar 27,2 %; enfermedad pulmonar obstructiva crónica 23,3 % y cirugías mayores 20,4 %. Al evaluar la adherencia a las guías del ACCP por medio del estadístico kappa se observó que la concordancia fue muy buena (valor kappa 0,848) entre la clasificación de los médicos de la clínica y las guías de la ACCP.

Conclusiones: en el hospital universitario Clínica San Rafael hay buen seguimiento de las guías de trombotoprofilaxis por los especialistas en el tratamiento de los pacientes adultos; el tipo de trombotoprofilaxis más utilizada es la enoxaparina y el servicio que más formula estos medicamentos es medicina interna.

*Trabajos de estudiantes de la
especialización en epidemiología,
Escuela de Medicina Juan N.
Corpas, 2011*

**ANÁLISIS DEL SISTEMA DE VIGILANCIA EN SALUD PÚBLICA PARA
DENGUE Y FIEBRE AMARILLA, COLOMBIA, 2008**

Lucía Mora, Viviana Uribe, Andrés Mantilla, Alejandro Zarate.

Objetivos específicos: establecer el cumplimiento del proceso de notificación de fiebre amarilla y dengue en Colombia el año 2008, revisar la clasificación de los casos notificados por el SIVIGILA de fiebre amarilla y dengue el año 2008, medir el proceso de seguimiento de los casos.

Metodología: se realizó un estudio descriptivo retrospectivo, se incluyó en el estudio las fichas de notificación epidemiológica de los casos registrados como fiebre amarilla y dengue en el SIVIGILA; Los resultados principales se midieron como proporción.

Resultados: del 100% de los casos notificados de dengue clásico, el 74,6 % se reportan en las primeras 48 horas cumpliendo los criterios establecidos para la notificación; el 92,1 % de los casos de dengue clásico son confirmados por laboratorio y reportados positivos antes de las 24 horas; en el dengue hemorrágico, el 73 % se reportan de forma inmediata cumpliendo los criterios establecidos para la notificación y el 95,9 % se hace en la primera semana de su registro; el 38,5 % de los casos notificados son confirmados por laboratorio. La fiebre amarilla es reportada la mayoría de los casos en las primeras 24 horas, se confirma solo el 5,4 % de los casos reportados como fiebre amarilla; no es homogéneo el seguimiento de los casos.

Conclusiones: a pesar de ser el dengue y la fiebre amarilla enfermedades de notificación obligatoria esto no se cumple al 100 % antes de las primeras 48 horas del diagnóstico; no hay claridad en el seguimiento de los casos.

ANÁLISIS DEL SISTEMA DE VIGILANCIA EN SALUD PÚBLICA EN UNA CLÍNICA DE BUCARAMANGA, 2010.

Álvaro Hernando Clavijo, Ariana Mora Guerrero

Objetivos específicos: establecer las características demográficas y sociales del recurso humano y tecnológico de la institución, identificar procesos e indicadores, identificar debilidades y fortalezas del sistema de vigilancia en salud pública de la clínica Bucaramanga, establecer las herramientas disponibles

del sistema de vigilancia en salud pública, revisar cómo se encuentra el sistema de información de salud pública en la IPS, identificar toda la organización del programa y su infraestructura.

Metodología: se realizó un estudio transversal, con la información del sistema de vigilancia epidemiológica de la IPS de Bucaramanga, obteniendo los datos por medio de un instrumento creado (encuesta). Los datos se midieron como incidencia tipo proporción.

Resultados: la IPS clínica de la ciudad de Bucaramanga hace parte de la red de unidades primarias generadoras de datos del municipio, con un total de 18 000 atenciones mensuales, a cargo de la dirección médica de la IPS y apoyada por enfermera jefe y auxiliar de enfermería; las herramientas tecnológicas de la IPS son los programas de SIVIGILA, office y heno institucional, utilizado por el personal a cargo de la recolección y reporte de la información; la IPS cuenta con un proceso definido y documentado para el reporte de eventos de notificación obligatoria y para la realización de COVE, los cuales se encuentran establecidos para una periodicidad mensual. Así mismo se tienen definidos los manuales de procedimientos establecidos para lo concerniente con el manejo de las muestras que requieren ser enviadas al laboratorio de salud pública. Hay tres indicadores definidos los cuales son evaluación de la notificación siendo la única que tiene estándar definido, los otros dos son los indicadores de cobertura y gravedad sin estándar de cumplimiento.

Conclusiones: para desarrollar una adecuada vigilancia en salud pública, en la IPS se cuenta con el recurso humano, la infraestructura y la tecnología adecuados.

**FACTORES RELACIONADOS CON MORTALIDAD EN PACIENTES
CON INSUFICIENCIA RENAL CRÓNICA TERMINAL EN
TRATAMIENTO DE REEMPLAZO RENAL (HEMODIÁLISIS Y
DIÁLISIS PERITONEAL). RTS LTDA. AGENCIA SAN RAFAEL,
BOGOTÁ, 2009.**

Andrés Mantilla Reinaud, Lucia Mora Quiñones.

Objetivos específicos: establecer la mortalidad de la población en estudio, describir las condiciones mórbidas relacionadas que incrementan el riesgo de mortalidad e identificar las causas específicas de mortalidad.

Metodología: se realizó un estudio descriptivo prospectivo con pacientes de la RTS Ltda. que recibieron tratamiento de reemplazo renal y fallecieron en el año 2009. Se calcularon medidas de incidencia y tasas de mortalidad.

Resultados: la RTS Ltda., agencia San Rafael en el año 2009 atendió 210 pacientes de los cuales fueron 120 en hemodiálisis y 90 en diálisis peritoneal. Se presentó en hemodiálisis una mortalidad anual de 9,5 %, siendo el referente internacional 15,5 % y en diálisis peritoneal de 13 %; además, una mortalidad general en 11,8 %. Las principales causas de muerte fueron las enfermedades cardiovasculares como el infarto agudo del miocardio y las enfermedades cerebro-vasculares, la falla cardiaca, la anemia y la diabetes, las cuales se encuentran relacionadas a diálisis peritoneal manual y hemodiálisis mientras que las infecciones como la sepsis de tejidos blandos secundaria a pie diabético fueron incidentes en

diálisis peritoneal automatizada. Se presentó una mayor proporción de muertos en el sexo masculino con un 58 %; por tipo de procedimiento de ultrafiltración, la diálisis peritoneal manual aportó un 50 %, seguido de la hemodiálisis con un 41,7 % y la diálisis peritoneal automatizada con un 8,3 %.

Conclusiones: las enfermedades cardiovasculares y las infecciones son las principales causas de mortalidad en RTS Ltda., agencia San Rafael; la falla cardiaca, la anemia, las enfermedades coronarias y la diabetes fueron las causas específicas de mortalidad en el año 2009.

**ANÁLISIS DE LA SITUACIÓN DEL PROGRAMA DE DETECCIÓN
TEMPRANA DE ALTERACIONES EN EL EMBARAZO EN DOS
INSTITUCIONES DE PRIMER NIVEL EN COLOMBIA, 2006**

Andrea Cristancho, Rodrigo Benavidez, Paula Borda,
María Bermúdez, Nancy Chacón.

Objetivos específicos: establecer las acciones del programa de detección temprana de las alteraciones del embarazo y atención que el sistema general de seguridad social en salud brinda a las gestantes y a los recién nacidos, identificar las características de cada una de las poblaciones de dichas instituciones; establecer la relación entre el tipo de afiliación al SGSSS y la aplicación de la norma con el fin de evaluar el cumplimiento de la misma, su relación con las condiciones del recién nacido y el desenlace de la gestación.

Metodología: se realizó un estudio descriptivo retrospectivo, se escogieron mujeres gestantes cuyos partos fueron atendidos entre enero y junio de 2006 en la clínica Juan N. Corpas Ltda. de Bogotá y el hospital de Güicán, Boyacá; los datos obtenidos se organizaron en

distribuciones de frecuencias; los resultados principales se midieron como proporción.

Resultados: se revisaron un total de 982 historias en la clínica Juan N. Corpas Ltda. y 58 en la ese hospital Andrés Girardot de Güicán, Boyacá; las gestantes que asistieron a la clínica Juan N. Corpas, 75 % se encuentra entre los 20 a 34 años, el 12,6 % son menores de 19 años y el 12 % superan los 34 años; de las gestantes atendidas en el hospital de Güicán, el 57,9 % se encuentra entre los 20 a 34 años, el 24,5 % son menores de 19 años y el 8,7 % superan los 34 años; el 99,7 % de población de gestantes atendidas en la clínica Corpas contaba con algún nivel de educación, mientras 77,6 % de las gestantes atendidas en Güicán informó estudios de secundaria completos, del total de gestantes; el 54 % de las atendidas en la clínica Corpas y el 36 % de las atendidas en Güicán son captadas antes de la semana catorce de gestación, tiempo que se considera oportuno para el inicio del control prenatal; se evidencia un elevado subregistro con respecto a esta variable en las historias de la clínica Corpas; las actividades de la norma técnica que se registran entre un 95 y 100 % en las dos instituciones son las relacionadas con el examen físico, ecografía obstétrica, educación a la madre, al compañero y a la familia; de las gestantes atendidas en la clínica Corpas un 85 % recibieron el esquema completo de micronutrientes requeridos, lo cual en el hospital de Güicán fue del 54 %; de las gestaciones anteriores se encontró que la incidencia de hijos muertos fue de 5 % en Güicán y de 0,4 % en la clínica Corpas, con diferencias estadísticas entre las dos

instituciones; al 58,2 % de las gestantes en la clínica Corpas se les realizaron menos de ocho consultas de seguimiento, mientras que en la población de Güicán al 80,7 % de la población se le realizaron menos de ocho consultas; hay diferencia estadística en la incidencia de bajo peso al nacer en las gestantes mayores de treinta y cinco años, comparadas con las de 19 a 34 años (RR: 1,72 IC 95% 1,15-2,56).

Conclusiones: las actividades de la norma técnica relacionadas con el examen físico, ecografía obstétrica, educación a la madre, al compañero y a la familia que son registradas entre un 95 y 100 % en las dos instituciones.

**CARACTERIZACIÓN DE LA VIOLENCIA INTRAFAMILIAR, EL
MALTRATO INFANTIL Y LA VIOLENCIA SEXUAL EN LA LOCALIDAD
DE USME, 2010**

Alejandra Beltrán, Reinaldo Boada, Yerly Flórez

Objetivos específicos: caracterizar el fenómeno de la violencia intrafamiliar y el abuso sexual en la localidad de USME, determinar los tipos de violencia, identificar

características demográficas y sociales de la víctima y el agresor.

Metodología: se realizó un estudio descriptivo retrospectivo; la selección de la población se basó en los casos de violencia intrafamiliar o abuso sexual ocurrido en USME y registrados en la base de datos de la Secretaria distrital de salud del año 2010; los resultados fueron medidos calculando incidencias tipo proporción.

Resultados: durante el año 2010 se registraron 2289 casos de violencia familiar, maltrato infantil y violencia sexual de presuntas víctimas residentes en la localidad de USME; se registró una tasa de ocurrencia de 8,98 por 1000 habitantes para mujeres y 3,52 por 1000 habitantes para hombres. La incidencia para el maltrato por negligencia asociado al emocional fue 8,9 % y de violencia sexual del 0,7 %; la razón de incidencia según sexo fue de 2,6 mujeres maltratadas por cada hombre maltratado; el maltrato fue mayor en el grupo entre 11 y 16 años con un 12,8 %; el cónyuge fue el agresor en el 13.4 % de los casos; de las 20 localidades de Bogotá, USME aportó el 10 % de los casos de maltrato.

Conclusiones: en general el tipo de maltrato predominante fue la negligencia y la violencia emocional; la mujer fue la más agredida en todo tipo de violencia incluida la sexual; el principal agresor fue un familiar o conocido. USME presenta uno de los índices más altos de violencia a nivel Bogotá.

**SITUACIÓN EPIDEMIOLÓGICA DE LAS ENFERMEDADES
TRASMITIDAS POR VECTORES EN LOS DEPARTAMENTOS DEL
CAQUETÁ Y AMAZONAS, 2007-2008**

Mónica Rondón C, Lina Marcela Manjarres M, Adriana Patricia Montilla

Objetivos específicos: establecer la situación epidemiológica de las enfermedades transmitidas por vectores, identificar los vectores primarios, determinar la morbilidad y mortalidad por patología y área de influencia en la población estudiada.

Metodología: se realizó un estudio descriptivo retrospectivo en la población rural de los departamentos del Caquetá y Amazonas, se obtuvieron los datos de las unidades de epidemiología y entomología de los departamentos. Los resultados se midieron por incidencias, prevalencia y tasas de mortalidad.

Resultados: en el Amazonas los casos reportados durante el periodo en estudio fueron 1074, de los cuales el 98 % fueron por malaria y el 2 % por leishmaniasis, mientras en el Caquetá reportó 1695, de los cuales el 60.9 % por dengue, 25,6 % por leishmaniasis y 13,3 % por malaria. La prevalencia de leishmaniasis en el Caquetá año 2007 fue de 1 x 1000, en el año 2008 fue 0,2 x 1 000, en el Amazonas año 2007 y 2008 fue 0,1 x 1000; la incidencia por malaria en el año 2007 para el Amazonas fue de 17 x 1 000, en Caquetá fue de 1 x 1 000, para el 2008 fue 9 x 1 000 en el Amazonas y de 0,2 x

1 000 en el Caquetá, la tasa de mortalidad por malaria fue de 0,2 x 1 000 por una muerte en el Caquetá, mientras en Amazonas no hubo muertes; la especie parasitaria que más se reportó fue el Plasmodium vivax en ambos departamentos. La incidencia de dengue en el 2007 en Caquetá fue de 137 x 100 000, en 2008 fue 102 x 100 000, en el Amazonas no se reportaron casos confirmados, no hubo reportes de mortalidad en los departamentos.

Conclusiones: la enfermedad transmitida por vectores mas prevalente en los dos departamentos fue la malaria en el periodo estudiado.

**PREVALENCIA DE DIABETES MELLITUS TIPO 2 E HIPERTENSIÓN
ARTERIAL EN UNA IPS DE PRIMER NIVEL DE BOGOTÁ,
SEPTIEMBRE DE 2009 A
SEPTIEMBRE DE 2010**

Greace Alejandra Ávila, Diana Milena Cucaita, Francy Cecilia Perdomo

Objetivos específicos: identificar las características demográficas y sociales de la población en estudio, medir la frecuencia de la morbilidad y mortalidad, identificar la presencia de factores de riesgo y el impacto de la hipertensión arterial y diabetes mellitus tipo II y realizar la propuesta de prevención, control y promoción de la salud en una IPS de primer nivel de Bogotá.

Metodología: se realizó un estudio descriptivo retrospectivo caracterizando la situación epidemiológica de la diabetes mellitus tipo II y la hipertensión arterial en los usuarios de una IPS de primer nivel durante el periodo de septiembre 2009 a septiembre 2010, midiendo los resultados como prevalencias.

Resultados: el total de pacientes hipertensos de las IPS fue de 808, diabéticos 27 y pacientes con hipertensión arterial y diabetes mellitus tipo II 938. La mayor prevalencia de hipertensión arterial se presenta entre los 75 y 79 años (22,10 x 100 individuos) y diabetes mellitus tipo II entre los 55 y 59 años (0,75x 100 individuos). La estimación de prevalencia de hipertensión arterial en mujeres es de 14,9 % y en hombres de 2,9 %. El 68 % de las mujeres y el 55% de hombres tienen un índice de masa corporal de 25 y más.

Conclusiones: la prevalencia de hipertensión arterial y diabetes mellitus tipo II es mayor en mujeres que en hombres y varía en los grupos de edad, con un comportamiento creciente a medida que aumenta la edad.

ACCIDENTE OFÍDICO EN COLOMBIA, 2010

Cristian José Alarcón, Mónica Lorena Rodríguez, María Carolina Quiroga, Bleisy Montenegro

Objetivos específicos: identificar las características demográficas y sociales de la población colombiana expuesta a un accidente ofídico, establecer la frecuencia y la gravedad de los accidentes ofídicos en Colombia, medir la mortalidad por accidente ofídico durante el periodo en estudio.

Metodología: se realizó un estudio descriptivo retrospectivo con los datos de personas que viven en el área rural y que fueron notificados en SIVIGILA por sufrir

un accidente ofídico en Colombia durante el 2010. Los resultados principales se midieron en incidencias.

Resultados: se notificaron 4131 casos de accidente ofídico, 284 registros repetidos correspondientes a 145 pacientes de los cuales 117 registros duplicados al ser atendidos en 2 unidades primarias generadoras de datos para un total de 3986 casos; se excluyeron 41 casos por error de los datos; el 71 % de los accidentes fueron en hombres, de procedencia rural el 60,5 %; el 10,7 % fueron afroamericanos, el 8,5 % indígenas, el 34 % desplazados; el grupo de edad más afectado fue el de 15 a 19 años; el 37,3 % de los casos se presentó en la amazonia, 35,3 % en la Orinoquia, 30,7 % en el occidente, 26,8 % en la costa atlántica y 18,8 % en el centro oriente. El 0,96 % de los casos terminaron en muerte, el promedio de edad fue 43 años; el 79,6 % estaban afiliados al SGSSS con mayor representación en el régimen subsidiado seguido por el contributivo y 800 sin afiliación. La actividad más frecuente en el momento del accidente fue la agricultura en 41 %, el 23,6 % de los pacientes utilizaron algún tipo de práctica no médica como tratamiento; el 71,2 % de las serpientes fueron identificadas como Bothrops el 5,4 % como Crotalus, el 2,5 %, como Micrurus y el 1,9 % como Lachesis 1,1 %, sin identificar el 16,1 %.

Conclusiones: las actividades de tipo rural predisponen a un evento de accidente ofídico que prevalece en hombres; el género causante de los accidentes ofídicos con más frecuencia fue Bothrops.

**CARACTERIZACIÓN DEL CÁNCER DE PIEL EN EL INSTITUTO
NACIONAL DE CANCEROLOGÍA, 1992 - 2009.**

Alejandra Beltrán, Reinaldo Boada, John Suarez

Objetivos específicos: establecer la frecuencia del cáncer de piel dentro de los principales tipos de cáncer

diagnosticados en el instituto nacional de cancerología, describir la presencia del cáncer de piel por sexo y edad, determinar el subtipo histológico del cáncer de piel, establecer el tipo de diagnóstico más utilizado para determinación del cáncer de piel.

Metodología: estudio descriptivo retrospectivo de una población de pacientes diagnosticados como casos nuevos de cáncer en el Instituto Nacional de Cancerología entre 1996 y 2009. La población se obtuvo a partir de los censos 1993, 2005 y las proyecciones DANE 1994-2004, 2006-2009 y del registro institucional y anuarios estadísticos del Instituto Nacional de Cancerología de 1996 al 2009. Los resultados principales se midieron como incidencia y prevalencia.

Resultados: el cáncer de piel fue el más frecuente de todos los cánceres con 4,34 % (10507) y su tasa de ocurrencia subió de 1993 al 2009 de 1,6 a 2,3 por 1000 habitantes; 69,8 % tenían 75 y más años y el 36,3 % oscilaban de 60 a 74; el 97 % de los diagnósticos se realizaron con la histopatología del tumor primario. La tasa del carcinoma baso celular fue de uno por cada 1000 habitantes en 1996 y paso a 1,2 por cada 1000 habitantes en el 2009. El 54 % del cáncer de piel se encontró en mujeres.

Conclusiones: el cáncer de piel en Colombia ha presentado un incremento gradual en los últimos 18 años.

**PLAN DE ACCIÓN PARA LA BÚSQUDA ACTIVA INSTITUCIONAL
PARA DENGUE, ENFERMEDAD SIMILAR A INFLUENZA,
TOXIINFECCIÓN ALIMENTARIA, EXPOSICIÓN RÁBICA, SÍFILIS
GESTACIONAL Y VARICELA EN EL CENTRO DE SALUD SAN LUIS
DE PALENQUE, CASANARE, 2009**

Nelsy Roció Pérez, Jaime J, Rodríguez, Rosa Tulia Rojas

Objetivos específicos: identificar los eventos de interés en salud pública notificados al SIVIGILA en el año 2009, realizar la búsqueda activa institucional de eventos de dengue, ESI-IRAG, sífilis gestacional y congénita, enfermedades transmitidas por alimentos, exposición rábica y varicela en 2009, identificar y notificar a la unidad notificadora municipal eventos de interés de salud pública que no reportaron y realizar retroalimentación de los hallazgos a la IPS.

Metodología: se realizó un estudio descriptivo retrospectivo; los datos fueron obtenidos de los registros individuales de prestación de servicios (RIPS) y en la realización de la búsqueda se tomó el reporte de notificación semanal de UPGD, RIPS, GCI de atención en toda la población. Se midió la prevalencia e incidencia de las enfermedades de notificación obligatoria al SIVIGILA.

Resultados: se encontraron 1645 códigos diagnósticos correspondientes a fiebre y diarrea, de los cuales 177 eran compatibles con dengue, 134 fueron reportados al SIVIGILA y 43 no fueron registrados al sistema, con subregistro del 24.3 % de los casos. De 1800 registros

diagnósticos relacionados para enfermedad transmitida por alimentos, 33 casos fueron compatibles con enfermedad transmitida por alimentos; hubo siete registros para exposición rábica; para sífilis gestacional se tomaron VDRL a 95 gestantes, una reporto reactivo 1/32 diluciones, las 94 negativas no se reportaron.

Conclusiones: se encontró subregistro en dengue del 24,3 % de los casos, no se encontraron códigos compatibles con ESI-IRAG, se encontraron 33 casos de enfermedades transmitidas por alimentos. Se encontraron siete casos de exposición rábica; se encontró un caso de sífilis gestacional. Hay diferencias en los procesos de vigilancia de los eventos de interés de salud pública.

MALARIA EN COLOMBIA, 2008-2010

Johana Agudelo, Arlette Daza, Dieric Díaz, Martha Narváez

Objetivos específicos: identificar las características demográficas y sociales de la población en estudio, medir la frecuencia y distribución de la morbilidad por malaria en el país, determinar los tipos de complicación y distribución de casos de malaria complicada, identificar las áreas de resistencia del Plasmodium falciparum a los antimaláricos.

Metodología: se llevó a cabo un estudio descriptivo, retrospectivo. Se emplearon los datos de malaria notificados por SIVIGILA durante los años 2008 al 2010 al Instituto Nacional de Salud; los resultados principales se midieron como incidencia.

Resultados: durante el periodo en estudio la morbilidad por malaria tuvo una reducción pasando de 179 448 casos a 89 794. El 53 % de los casos fueron por P. falciparum y 24 % por P. vivax. El 64,7 % de los afectados fueron hombres y el 35,3 % mujeres; el grupo de edad más afectado fue el de los 20 a 24 años con 28,9 %, seguido del de 10 a 14 años con 11,9 %; el 49,7 % de los pacientes con malaria no estaban afiliadas a salud y el 39,8 % pertenecía al régimen subsidiado; el 30,4 % son afrocolombianos, el 8,9 % indígenas y el 60,2 % otros; según el área de origen del caso, el 64,7 % vive en el área rural, el 17,5 % en centros poblados y el 17,8 % en

cabeceras municipales. Los mayores índices parasitarios anuales fueron reportados por la región Orinoquia (IPA 11,8/1000). La región pacífica presentó mayor frecuencia de malaria complicada por *P. falciparum* durante los años de estudio, el 50 % de las complicaciones fueron cerebrales, seguidas del 20 % de complicaciones renales.

Conclusiones: la población más afectada por malaria durante los años 2008 a 2010 fueron hombres de 14 a 22 años, afrocolombianos, sin afiliación a EPS. Las regiones que presentaron índices parasitarios más elevados fueron la pacífica y la orinoquia.

**NEUMONÍA EN PACIENTES PEDIÁTRICOS ATENDIDOS EN LA
CLÍNICA JUAN N. CORPAS LTDA., BOGOTÁ, 2008-2010**

Ivonne M. Medina, Karen L. Sánchez, Adriana Solano G.

Objetivos específicos: identificar las características demográficas y sociales de la población en estudio, medir la frecuencia de neumonía en el área de pediatría de la clínica Juan N. Corpas Ltda., identificar los signos y síntomas de los casos de neumonía estudiados en la institución, establecer la etapa clínica en la que se encuentran los pacientes al ingresar a la clínica, identificar cómo se hace el diagnóstico y el tratamiento de los pacientes y establecer el estado de los pacientes con neumonía en el momento de su egreso.

Metodología: se realizó un estudio descriptivo retrospectivo con los registros de 185 pacientes que presentaron neumonía y menores de 10 años de edad, atendidos en la clínica Juan N. Corpas entre los años 2008 y 2010. Se recolectaron los datos contenidos en las

historias clínicas pediátricas. Los resultados principales se midieron como incidencia.

Resultados: de los 185 pacientes con neumonía, 47 % eran niñas y 53 % niños, los grupos de edad más afectados fueron los lactantes mayores entre siete y veinticuatro meses con 49,7 % y los lactantes menores entre uno y seis meses con 18,9 %; la principal etiología fue la neumonía bacteriana no especificada, causada principalmente por *Streptococo pneumoniae*, seguido de *Haemophilus influenza* tipo b. Los signos comúnmente encontrados en los pacientes fueron estertores en 32 %, fiebre en 24 %, tiraje subcostal en 20 % y sibilancias en 10 %. Los métodos diagnósticos más utilizados fueron la semiología y el examen físico (análisis de signos y síntomas), confirmados en un 47 % con rayos x de tórax.

Conclusiones: el grupo de edad más afectado por neumonía en nuestros casos fue el de siete a 24 meses; las bacterias que más eventos causaron fueron *S. pneumoniae* y *H. influenza* tipo b.

**LÍNEA DE BASE DE ENTORNOS SALUDABLES DEL RESGUARDO
INDÍGENA DE CAÑO MOCHUELO EN CASANARE, 2010.**

Oscar Saraza, Eunice Rodríguez, Luis Eduardo Castro,
Nubia Silvia

Objetivos específicos: identificar las características demográficas y sociales de la comunidad indígena de Caño mochuelo, establecer los principales determinantes sociales de la población en estudio, establecer una línea de base que permita la toma de decisiones para intervenciones futuras en el departamento del Casanare.

Metodología: se realizó un estudio descriptivo transversal con los datos de los habitantes del resguardo indígena de Caño mochuelo en Casanare, registrados en la ficha de caracterización de entornos saludables durante el año 2010. Los principales resultados se midieron como prevalencias e incidencias tipo proporción.

Resultados: para el 2010 el resguardo indígena Caño mochuelo tenía 1283 habitantes; el 59,4 % ubicado en el municipio de Hato Corozal y el 40,5 % en Paz de Ariporo; 25,3 % era de etnia Wuamona, 19,6 % Maiben-Masiware y 17,2% Sikuaní; el 51 % de la población eran hombres; la población predominante es menor de 15 años, el 42 %, el 16,4 % en labores del hogar y el 4,3 % se dedica a apoyar los procesos educativos, atención básica en salud y producción agropecuaria; la mitad de la población tiene estudios básicos y menos del 1 %

tiene un título técnico. El 92 % tiene régimen subsidiado en un nivel cero de SISBEN. La incidencia de enfermedad diarreica aguda es de 20 %, la de infección respiratoria aguda 7,8 %, la de desnutrición 4 % y la de problemas de la piel es 3 %. De 228 menores, el 83 % tiene esquema de inmunización completo, 80 % no asiste a controles de prevención oral y el 30 % afirma consumir bebidas alcohólicas comerciales. Del total de la población, 24 mujeres estaban embarazadas, de las cuales la tercera parte asiste a controles. El 43,9 % de la población consume agua de pozo profundo, el 23,3 % aguas lluvias y el 13,5 % de acueducto comunal; el 7,3 % de las viviendas cuenta con inodoro y el porcentaje restante hace deposiciones a campo abierto. El 45 % de la población es católica y el 27 % tiene otra creencia religiosa; el 4,7 % de la población afirma ser desplazada.

Conclusiones: las comunidades indígenas de Caño mochuelo tienen condiciones de saneamiento básico, de prestación de servicios de salud y de prestación de servicios públicos deficientes.

**PREVALENCIA DE SÍNDROME METABÓLICO EN PACIENTES
ATENDIDOS EN UNA IPS DE FUNZA CUNDINAMARCA, 2010.**

Ana María Blandón, Ricardo Rodríguez.

Objetivos específicos: determinar las características demográficas y sociales de la población que padece síndrome metabólico, identificar a los pacientes con criterios de síndrome metabólico dentro del grupo de hipertensos, medir el impacto del síndrome metabólico en las complicaciones que se encuentren, establecer un protocolo de seguimiento en los pacientes con este síndrome.

Metodología: se realizó un estudio descriptivo, con 513 historias clínicas de pacientes pertenecientes al club de hipertensos de la IPS Colsubsidio en Funza atendidos entre enero y diciembre del 2010; los resultados principales se midieron como prevalencias.

Resultados: la prevalencia del síndrome metabólico en los pacientes del club de hipertensos de la IPS Colsubsidio de Funza fue del 47,6 %, el 69,6 % en mujeres; el 68 % los pacientes atendidos provenían de Funza, el 30,3 % de Mosquera y el 1,2 % de Madrid; el 22,9 % de los pacientes con este síndrome se encontraban entre de 60 a 64 años y el 18,4 % entre los 55 a 59 años. El 84,6 % de los pacientes con el síndrome se encontraban controlados; del total de pacientes atendidos solo 19 presentaron complicaciones de los cuales el 79 % estaban relacionadas con el síndrome metabólico, las principales complicaciones fueron la enfermedad coronaria con 52 %, la diabetes con 15,7 % y la enfermedad renal con 15,7 %.

Conclusiones: el síndrome metabólico se presenta en mayor proporción en mujeres en los grupos de edad entre 55 y 64 años.

CONOCIMIENTOS ACTITUDES Y PRÁCTICAS DE LOS PADRES DE FAMILIA FRENTE A LA EDUCACIÓN SEXUAL EN LOS NIVELES DE PREESCOLAR Y ESCOLAR EN LOS COLEGIOS DEL ÁREA URBANA DEL MUNICIPIO DE ARAUQUITA, 2010

Edith Yerline Barragán, Patricia Gómez, Miller Fernando Plata.

Objetivos específicos: identificar las características demográficas y culturales de la población en estudio, establecer los conocimientos del tema de educación

sexual de padres, niños en edad preescolar y escolar, establecer la frecuencia de la cátedra en educación sexual en los estudiantes en edad preescolar y escolar del municipio de Arauquita por parte de sus padres, medir el interés y el conocimiento en el tema de educación sexual de los padres de familia con hijos en edad preescolar.

Metodología: se realizó un estudio descriptivo transversal con una muestra de 321 padres de familia con hijos en edad preescolar y escolar en los tres colegios de la zona urbana del municipio de Arauquita. Se realizó un muestreo estratificado con un IC 95 %, un error de 5 %, una frecuencia esperada de 0,5, se realizó un ajuste de 5 % en la muestra para evitar la pérdida de esta debido a la presencia de varios estudiantes en el mismo núcleo familiar. Los resultados principales se midieron como prevalencias.

Resultados: la población total de niños en los tres colegios del área urbana de Arauquita durante el 2010 fue de 1507 niños, se tomó una muestra de 321 estudiantes, el 62,6 % se entraba entre los ocho y diez años, el 19,3 % entre 5 y 7 años y el 18,7 % entre 11 y 12 años de edad; del total de padres encuestados el 87,2 % eran mujeres, el 71,9 % de los padres tenían como máximo grado de escolaridad la primaria, el 20,8 % bachillerato y el porcentaje restante era profesional; el 61,6 % eran católicos y el 33,6 % evangélicos, el 68,5 % aceptaba que sus hijos recibieran educación sexual en los colegios, el 63,8 % manejaba terminología técnica correcta para una adecuada educación sexual, el 84,1 %

de los padres no tenían capacitación en educación sexual para impartirla a sus hijos, el 70,4 % no hablaban del tema con sus hijos, el 77,8 % prefiere que sus hijos aprendan el tema en el colegio o por los medios de comunicación, al 66,6 % de los padres, sus hijos les han preguntado varias veces sobre el tema, al 19,6 % les han preguntado una vez y el 13,7 % no les han preguntado nunca; el 24,3 % de los padres evidenciaron interés porque a los hijos se les brinde información sobre higiene, formación, responsabilidad mas no de temas avanzados en educación sexual, el 9,3 % expresa el interés en temas como formación y desarrollo de un bebe y el 9,3 % evidencia interés en la enseñanza del conocimiento de órganos genitales.

Conclusiones: el bajo nivel educativo de los padres junto con el poco conocimiento en temas de educación sexual evidencia la incapacidad de estos para impartir educación sexual en sus hijos de manera adecuada.

**MORTALIDAD POR ENFERMEDADES PULMONARES EN
PERSONAS DE 45 Y MÁS AÑOS EN COLOMBIA, 2000- 2010**

Diana Carolina Malo

Objetivos específicos: identificar las características demográficas y sociales de la población en estudio, medir la frecuencia y distribución de la mortalidad por enfermedades pulmonares en personas de 45 y más años en Colombia desde el año 2000 hasta el 2010, identificar los eventos que originaron las muertes, medir los años de vida potencialmente perdidos en la población en estudio.

Metodología: se realizó un estudio descriptivo retrospectivo con la información de los registros demográficos de personas de 45 y más años fallecidas por enfermedades pulmonares en Colombia ente los años 2000 al 2010, obtenidos del DANE. Los principales resultados se midieron como tasa de mortalidad.

Resultados: durante los años 2000 al 2010 fallecieron en Colombia 1'230.158 personas de 45 y más años, de los cuales 181.070 que corresponde al 14,7 % fallecieron por algún tipo de enfermedad pulmonar. El 55,3 % de pacientes fallecidos por enfermedades pulmonares eran hombres, el 56,4 % de los fallecidos tenía 75 años y más, el 25,1 % estaba entre los 65 y 74 años y el 12,2 % estaba entre 55 y 64 años; el 37,8 % pertenecía al régimen contributivo y 37,2 % al subsidiado; los departamentos con mayor mortalidad fueron Antioquia con el 18,6 %, Bogotá con el 15 %, Valle con el 11.7 % y

Cundinamarca con el 6,1 %. Las causas de mortalidad más frecuentes fueron enfermedad pulmonar obstructiva crónica con el 42,3 %, tumor maligno de bronquios o pulmón con el 16,9 %, neumonía no especificada con el 15,7 %, bronconeumonía con el 3,7 %, tuberculosis pulmonar con el 2,8 %; el 30,8% de las muertes ocurrieron por insuficiencia respiratoria aguda o insuficiencia respiratoria no especificada, el 13,4 % por paro cardíaco y el 8,1% por septicemia. Se calcularon 275 690 años de vida potencialmente perdidos para las personas fallecidas entre 45 y 64 años debido a enfermedades respiratorias.

Conclusiones: de las enfermedades respiratorias, la enfermedad pulmonar obstructiva crónica fue la primera causa de muerte en la población mayor de 45 años en Colombia durante el periodo en estudio. La mortalidad por enfermedades pulmonares en personas entre 45 y 65 años durante once años generó 275 690 años de vida potencialmente perdidos.

**INFECCIONES ASOCIADAS AL CUIDADO DE LA SALUD EN
BOGOTÁ, 2007- 2009**

Tania Hernández M., Lorena Luz Muñoz, Yinneth Milena Pérez

Objetivos específicos: identificar las características demográficas y sociales de la población en estudio entre 2007 y 2009, identificar la frecuencia de las infecciones asociadas al cuidado de la salud global y por niveles de complejidad, identificar los agentes etiológicos más frecuentes causantes de infecciones asociadas al cuidado de la salud, calcular la tasa de mortalidad por IACS para los años de estudio.

Metodología: se realizó un estudio descriptivo retrospectivo con los datos de casos de infecciones asociadas al cuidado de la salud notificados al sistema de vigilancia epidemiológica de la secretaria distrital de salud de Bogotá entre el 2007 y el 2009. los datos fueron obtenidos a partir de los boletines IACS de la página

www.saludcapital.gov.co/. Los principales resultados se reportaron como prevalencias y tasa de mortalidad.

Resultados: para el periodo en estudio fueron notificados 46.485 casos de infecciones asociadas al cuidado de la salud, 15 043 en el 2007, 15 055 en el 2008 y 16 387 en el 2009. Durante los tres años de estudio las unidades de tercer nivel de complejidad notificaron el 89,1 % de los casos, siendo neumonía el 15,2 %, infección urinaria el 14,2 %, infección del sitio operatorio el 21,4 %, bacteriemia el 12,4 % y endometritis el 8,2 % los más frecuentes diagnósticos; las entidades de segundo nivel de complejidad notificaron el 9,2 % de IACS con diagnósticos como infección del sitio operatorio 26,1 %, endometritis el 23,9 %, neumonía nosocomial 18,5 %, infección urinaria el 8,2 % y sepsis el 3,5 %. Durante el 2007 fueron confirmados bacteriológicamente el 44 % de los casos notificados, en el 2008 el 37,9 % y en el 2009 el 42,4 %. El 19,5 % de los casos notificados provenía del servicio de cirugía general, el 16,5 % de unidades de cuidados intensivos adultos, el 14,1 % de obstetricia, el 13,1 % de medicina interna y el 21,7 % de servicios pediátricos. Los microorganismos causantes de las infecciones asociadas al cuidado de la salud en adultos fueron E. coli el 12 %, S. aureus en el 9,7 %, K. pneumoniae en el 7,1 % y en pacientes pediátricos S. epidermidis en el 10,9 %, K. pneumoniae en el 9,2 % y S. aureus en el 6,8 %. La tasa de mortalidad general por infecciones asociadas al cuidado de la salud en los tres años permaneció entre 3 y 4 %.

Conclusiones: las instituciones de tercer nivel de complejidad reportan la mayor cantidad de infecciones asociadas al cuidado de la salud, la neumonía, la infección urinaria y la endometritis fueron las infecciones asociadas al cuidado de la salud más frecuentes en unidades de segundo y tercer nivel de complejidad. La tasa de mortalidad por osciló entre 3 y 4 % durante los años en estudio.

SITUACIÓN EN SALUD COMUNITARIA EN NIÑOS MENORES DE CINCO AÑOS EN EL MUNICIPIO DE MIRAFLORES (BOYACÁ), SEPTIEMBRE DE 2008 A FEBRERO DE 2010

Catherin Rodríguez B., Jorge Andrés Núñez, Jenny Mora R.

Objetivos específicos: identificar las características demográficas y sociales de la población en estudio, describir la situación de salud comunitaria de los menores de cinco años en Miraflores Boyacá, sugerir estrategias de intervención de acuerdo a la situación de salud encontrada en el municipio de Miraflores.

Metodología: se realizó un estudio descriptivo transversal con la información de la población de niños menores de cinco años residentes en el municipio de Miraflores Boyacá entre septiembre del 2008 a febrero del 2010; los datos fueron tomados del sistema de información de la base comunitaria en salud SICEPS la cual se abastece de los datos recopilados a través de visitas domiciliarias casa a casa en el municipio de Miraflores. Los datos principales se midieron como prevalencias.

Resultados: la población total del municipio de Miraflores durante el periodo en estudio era de 7 940 personas, que corresponde a 2614 familias, se visitó el 7,9 % de la población encontrando 630 niños menores de cinco años. El 51 % de los menores pertenecían al sexo masculino, el 55 % vivía en el área urbana, el 22 % tenían menos de 12 meses de edad, el 71,6 % de los niños se encuentran estudiando, el 81% de los niños pertenecían al régimen subsidiado y el 13,8 % al contributivo. En cuanto a los programas para atención a esta población, el 68.4% no estaban inscritos en ningún programa, el 62 % de los niños asiste a controles de crecimiento y desarrollo del hospital regional, el 14,3 % están incluidos en desayunos infantiles del ICBF, el 12,7

% están en familias en acción, el 2,7 % está en hogares infantiles del ICBF, el 0,6 % tiene asistencia nutricional escolar y el 0,2 % está en recuperación nutricional ambulatoria del ICBF. El 23 % de los niños presenta un adecuado peso para la edad y para la talla, el 15,9 % tiene +1ds sobre peso leve, el 45 % +2ds sobrepeso moderado grave y el 1,7 % tiene 3+ds de obesidad. El 18,1 % presento riesgo de desnutrición y el 2,2 % desnutrición. El 32 % de los niños está desparasitado, el 93,1 % no presentó alteraciones en el lenguaje, el 16 % presentó caries, la cobertura de vacunación infantil fue del 81,8 % para menores de 1 año y 92,6 % para niños de 5 años.

Conclusiones: el municipio de Miraflores tiene varios programas para la protección de la infancia pero el 68,4 % de los niños no están inscritos en ningún de estos.

**INFECCIÓN DE HERIDA QUIRÚRGICA POST CESÁREA Y
ENDOMETRITIS POSTPARTO EN PACIENTES DE LA CLÍNICA JUAN
N. CORPAS LTDA., 2008-2009**

Janeth Cristina Acevedo, Alejandra Sepúlveda, Astreed Villarreal

Objetivos específicos: identificar las características demográficas y sociales de las mujeres que presentaron infección de herida quirúrgica post cesárea y endometritis post parto, medir su frecuencia, determinar los factores de riesgo y establecer medidas preventivas para evitar la incidencia de estas infecciones.

Metodología: se realizó un estudio descriptivo retrospectivo en pacientes atendidas en el servicio de ginecoobstetricia en los años 2008 a 2009. Los datos principales se midieron como incidencia tipo proporción.

Resultados: durante el 2008 en la clínica Juan N. Corpas fueron atendidos 1.641 partos y para el 2009 se atendieron 1.548. El número de cesáreas durante los dos años fue 1016. Se presentaron 45 casos de endometritis y 22 de herida quirúrgica. En el 2008 el 2 % de las pacientes entre 35 a 44 años presentaron infección de herida quirúrgica mientras que el 15,4 % de

las pacientes de 15 a 24 años fueron diagnosticadas con endometritis. En el año 2009 el 3,1 % de las pacientes de 15 a 24 años presentaron infección de herida quirúrgica y el 11,1 % de pacientes diagnosticadas con endometritis se encontraban en el mismo grupo de edad. En el 2008 las pacientes con parto vía vaginal diagnosticadas con endometritis ocuparon el 71 % y durante el 2009 el 96 %. La frecuencia de endometritis en mujeres sin abortos fue de 90,4 %, la infección de herida quirúrgica fue mayor en mujeres sin ruptura de membranas con un 67 % de los casos.

Conclusiones: la prevalencia de endometritis fue mayor que la de infección de herida quirúrgica en las pacientes objeto de estudio. La mayoría de los casos se presentó en mujeres de 25 a 34 años. Para la infección de la herida quirúrgica la mayor frecuencia la presentaron aquellas mujeres sin ruptura de membranas.

DENGUE EN COLOMBIA, 2008-2009

Greace Ávila M., Adriana Barreto H., Diana Cucaita M.,
Liliana Coronado O., Andrea Sánchez O.

Objetivos específicos: medir la frecuencia de dengue en Colombia durante los años 2008 a 2009, medir la frecuencia de los tipos de dengue presentados en Colombia, determinar la tasa de mortalidad por dengue en Colombia durante los años en estudio.

Metodología: se realizó un estudio descriptivo retrospectivo con los datos notificados al SIVIGILA del Instituto Nacional de Salud, correspondientes a los casos reportados semanalmente por las UPGD de todo el país durante los años 2008 a 2009. Los resultados principales se midieron como incidencias tratando de establecer

diferencias estadísticas con riesgos relativos e IC de 95 %.

Resultados: durante el 2008 en Colombia se presentaron 14 662 casos de dengue clásico y 2 971 de dengue hemorrágico, para el 2009 fueron 35 149 de dengue clásico y 5 463 de dengue hemorrágico evidenciándose un incremento en la notificación. El departamento con mayor notificación de dengue clásico durante el 2008 fue Cundinamarca con 3 075 casos y para dengue hemorrágico Santander con 857 casos; para el 2009 Valle presento 6646 casos de dengue clásico y Santander 1713 de dengue hemorrágico. Se presentaron 34 muertes por dengue de las cuales 28 ocurrieron en el 2009. La mortalidad por dengue es evitable y está estrechamente relacionada con la calidad de atención al paciente, adherencia a protocolos e identificación precoz de casos.

Conclusiones: la incidencia de dengue en Colombia se incrementó en el año 2009 con respecto al año anterior.

**TABAQUISMO EN ESTUDIANTES DE 9° 10° 11° GRADO EN UN
COLEGIO DISTRITAL, LOCALIDAD QUINTA (USME), BOGOTÁ,
2010**

Ruth Erlide Quimbayo

Objetivos específicos: identificar las características demográficas y sociales de la población en estudio, establecer la frecuencia de tabaquismo en un colegio distrital de la localidad quinta de Bogotá, determinar los factores incidentes en el desarrollo de esta conducta,

identificar las ayudas para proponer programas orientados a disminuir el consumo de tabaco en los escolares.

Metodología: se realizó un estudio descriptivo transversal con 383 estudiantes que cursaban los grados noveno, decimo y once de un colegio distrital de la localidad de USME Bogotá durante el año 2010. Los principales resultados se midieron como prevalencia.

Resultados: se entrevistaron 383 estudiantes de los grados noveno, decimo y once; 52,2 % eran mujeres, la edad media fue de 15 años con un intervalo entre 13 y 21 años, la prevalencia de consumo de cigarrillo fue de 26,1 %, no se encontraron diferencias estadísticas entre el consumo de tabaco entre adolescentes y jóvenes por grupos de edad ni por sexo; la edad promedio para el inicio de consumo de cigarrillo fue de 13 años, el 46 % de los estudiantes consumen de uno a dos cigarrillos diarios, el 30 % entre tres y cinco y el 24 % seis o más cigarrillos; el 67 % de los jóvenes fumadores conviven con un familiar que fuma y el 52 % de los no fumadores conviven con alguien que si lo hace, los motivos prevalentes por los cuales los jóvenes inician el consumo de cigarrillo fueron asistencia a fiestas 57 %, curiosidad 41 %, presión de amigos 36 %, los eventos que incrementan el consumo de cigarrillo fueron las fiestas 72 %, tomar con amigos 41 % y estados depresivos 34 %. El 41,7 % de los estudiantes conoce los efectos secundarios del cigarrillo, el 73,6 % reconoce que el tabaco es una sustancia psicoactiva. A pesar de la existencia de la legislación respecto al tabaquismo en

lugares públicos el 58,2 % de los jóvenes no la conoce ni la práctica y el 35,7 % reconoce que es fumador pasivo.

Conclusiones: la asistencia a fiestas y las reuniones sociales con amigos ejercen gran presión para que los jóvenes y estudiantes inicien y aumenten el consumo del cigarrillo.

**BROTE INTRAHOSPITALARIO POR BURKHORDERIA CEPACIA EN
EL HOSPITAL UNIVERSITARIO DE LA SAMARITANA, BOGOTÁ,
2010**

Jenny Angélica Ortiz M, Claudia Moreno, Iris Peña, Ángel Peña

Objetivos: describir las características demográficos y sociales de la población infectada de forma intrahospitalaria con Burkholderia cepacia en la institución, determinar el estado de egreso de los pacientes infectados, medir la letalidad de la infección intrahospitalaria por este microorganismo.

Metodología: se realizó un estudio de brote con la población infectada por Brkhorderia cepacia en el Hospital Universitario la Samaritana entre mayo y agosto del 2010. Los datos se tomaron de las historias clínicas de todos los pacientes hospitalizados en el momento del brote que presentaron signos y síntomas de caso sospechoso y presentaros resultado positivo para el microorganismo. Los resultados principales se midieron como tasas de ataque y se establecieron diferencias estadísticas con riesgos relativos con un IC de 95 %

Resultados: durante el periodo del brote había 2187 pacientes hospitalizados, 25 pacientes resultaron infectados con Burkholderia cepacia; el 64 % de los pacientes eran hombres, el promedio de edad de estos pacientes fue de 41 años, el 36 % estaba entre los 15 y los 24 años, el 32 % pertenecía a régimen subsidiado, el

promedio de días de estancia hospitalaria fue 37,2 días; el 75 % de pacientes estuvieron entre 51 y 102 días. La cepa fue mortal para el 48 % de los pacientes diagnosticados, durante la duración del brote falleció el 5 % de los pacientes y el 28 % de los pacientes fallecieron por causas secundarias y complicaciones por el brote; el 25 % de los fallecidos fueron hombres; la tasa de ataque fue mayor en uci con 78 por cada 1000 comparado con otros servicios que presentaron 11,43 por 1000. Las intervenciones realizadas por la institución fueron tardías lo que permitió la diseminación rápida y descontrolada del microorganismo.

Conclusiones: la letalidad por Burkholderia cepacia fue más alta en hombres que en mujeres; la tasa de ataque fue mayor en la unidad de cuidados intensivos que en los otros servicios

**POSIBLES COMPLICACIONES QUIRÚRGICAS DERIVADAS DE LA
DEMORA EN LA DEFINICIÓN DE CONDUCTA EN URGENCIAS DE
UNA IPS, BUCARAMANGA, 2008**

Ariana Del Pilar Mora, Álvaro Hernando Clavijo

Objetivos específicos: identificar las características demográficas y sociales de la población en estudio, identificar las posibles causas de demora en la definición de conducta en el servicio de urgencias en la IPS de Bucaramanga, identificar las posibles complicaciones quirúrgicas derivadas de una posible demora en la definición de conducta, proponer correctivos que conduzcan a disminuir la presentación de complicaciones quirúrgicas.

Metodología: se realizó un estudio descriptivo retrospectivo con los datos obtenidos de las historias clínicas de pacientes que ingresaron al servicio de urgencias de la IPS de Bucaramanga durante el 2008 cuya atención derivó en la realización de procedimientos

quirúrgicos. Los resultados principales se midieron como incidencia.

Resultados: durante el 2008 en el servicio de urgencias de la IPS de Bucaramanga se realizaron 184 368 consultas por médico para un promedio mensual de 15.364 eventos, del total de consultas el 2.2 % (4096) terminaron en procedimientos quirúrgicos; 77,5 % en pacientes de sexo femenino, 15 % de estrato uno y dos, 65 % de estrato tres y cuatro y 19 % de estratos cinco y seis, el 99 % pertenecían a régimen contributivo. Los servicios que realizaron mayor cantidad de procedimientos fueron ginecoobstetricia con 54.1 %, cirugía general con 28,2 % y ortopedia con 11,1 %; los procedimientos más frecuentes fueron cesárea 31 %, legrados 16 %, apendicetomía 10 %, laparotomía 5 % y colecistectomía 3,8 %; en el 81,5 % de los casos el tiempo transcurrido entre el inicio de los síntomas y la fecha de consulta fue menor a ocho horas presentándose 6,3 % de complicaciones, en el 78,5 % de los casos el tiempo transcurrido entre la fecha de consulta y la admisión hospitalaria fue menor de dos horas presentándose complicaciones en el 6,1 % de los casos; en el 67,7 % de los casos el tiempo transcurrido entre la toma de decisión quirúrgica y la realización del procedimiento presentándose 10,5 % de complicaciones; no se evidenciaron complicaciones derivadas de la demora en las especialidades de cirugía plástica, vascular neurológica y urología.

Conclusiones: la demora en la atención a un paciente que necesita procedimientos quirúrgicos es un punto

crítico de control para reducir las complicaciones que pueden presentarse en estos procedimientos.

**FACTORES DE RIESGO EN LAS ENFERMEDADES TRANSMITIDAS
POR ALIMENTOS EN EL DISTRITO DE BOGOTÁ, 2009**

Claudia Lorena Dinas, Jorge Alberto Gómez, Martha Patricia López

Objetivos específicos: describir las características demográficas y sociales de personas afectadas por enfermedades transmitidas por alimentos, medir la frecuencia con que se presentan las enfermedades transmitidas por alimentos, identificar y cuantificar los

factores de riesgo encontrados, establecer posibles relaciones entre diferentes variables.

Metodología: se realizó un estudio descriptivo retrospectivo con la información de 143 brotes y 2400 casos de eta notificados al SIVIGILA en el distrito de Bogotá, registrados en el Instituto Nacional de Salud durante el 2009. Los resultados principales se midieron como incidencia tipo proporción.

Resultados: en Bogotá para el año 2009, se notificaron al SIVIGILA 2545 casos de enfermedades transmitidas por alimentos involucrados en 143 brotes, que corresponde al 19 % del total de los casos a nivel nacional; el 52,2 % se presentó en hombres. El mayor número de casos se presentó en establecimientos educativos, uno con 769 casos en Engativá y otro en Ciudad Bolívar con 213 casos. De las 20 localidades, 17 notificaron casos de enfermedades transmitidas por alimentos, se presentó una muerte a causa de enfermedades transmitidas por alimentos en la localidad de Kennedy. Hasta la semana no. 52, el 68,2 % de los casos fueron confirmados por el laboratorio, el 31,4 % por clínica, el 0,4 % por nexos epidemiológicos. El grupo de edad más afectado fue el de cinco a catorce años con el 62,7 % de los casos; los alimentos mixtos fueron los más implicados en 79 brotes, seguidos de productos de panadería en 17 brotes y productos cárnicos en 14 brotes; el sitio de consumo más frecuente fue el hogar en 49 brotes, seguido de otros lugares con 41 brotes y establecimientos educativos con 29 brotes. El agente etiológico aislado con mayor frecuencia fue el grupo de

Coliformes totales en 22 casos, seguido por Coliformes fecales en 20 casos y Estafilococo aureus coagulasa positiva que se aisló en diez casos. Los riesgos identificados en la presentación de brotes fueron fallas en la cadena de frío en 18 %, contaminación cruzada en 17 %, almacenamiento de alimentos en 14 %, conservación de alimentos en 12 % e higiene personal en el 7 %. Las medidas más frecuentes tomadas por el distrito fueron el decomiso y la suspensión con 82 %, 7 % y 6 % respectivamente.

Conclusiones: a pesar de que la prevalencia de enfermedades transmitidas por alimentos en Bogotá durante el 2009 fue de 19 % no se tomaron medidas en el 82 % de los casos; se realizó decomiso o suspensión en el 13 % de los casos.

**CARACTERIZACIÓN DE LA PATOLOGÍA PSIQUIÁTRICA EN EL
SERVICIO DE URGENCIAS DE LA CLÍNICA DEL OCCIDENTE,
BOGOTÁ, 2007-2010**

Ana Victoria Padilla, Juan Andrés Monsalve

Objetivos específicos: identificar las características demográficas y sociales de la población en estudio, identificar las patologías por las cuales ingresan los pacientes al servicio de urgencias de la Clínica del Occidente, medir la frecuencia del ingreso de la patología psiquiátrica al servicio de urgencias y establecer la frecuencia de mortalidad por este evento.

Metodología: se realizó un estudio descriptivo retrospectivo con los pacientes que ingresaron al servicio de urgencias de la Clínica del Occidente con patología psiquiátrica durante los años 2007 al 2010. Los principales resultados se presentaron como prevalencias y se establecieron posibles diferencias estadísticas con razones de prevalencia y su intervalo de confianza del 95 %.

Resultados: durante los cuatro años de estudio ingresaron por patología psiquiátrica 6213 pacientes que correspondieron al 0,7 % del total de ingresos al servicio de urgencias, el 53 % de pacientes con este tipo de patología fueron mujeres, el promedio de edad fue de 34,5 años, el 70 % de los pacientes están incluidos en el grupo de edad entre los 15 y 44 años, el trastorno de

ansiedad fue el diagnóstico más común con el 25,8 %, seguido por intoxicación alcohólica con 14,1 % y lesiones autoinflingidas con 5,3 %; el trastorno de ansiedad se presenta con mayor frecuencia en el sexo femenino (RR 1,8 IC 95 % 1,62-2,05), las intoxicaciones alcohólicas en el sexo masculino (RR 3,1, IC 95 % 2,79-3,72) y las lesiones autoinflingidas en el sexo femenino (RR 1,585 IC 95 % 1,259-19,095); fallecieron 27 pacientes, equivalente a 0,04 %, con una mortalidad de 4,3 por 1000 pacientes.

Conclusiones: se registran prevalencias bajas de patología psiquiátrica en el servicio de urgencias comparadas con la literatura regional y mundial; la distribución de las patologías psiquiátricas, la edad de presentación y la distribución por sexo de los pacientes consultantes son similares a la literatura nacional y mundial.

**ENFERMEDAD RESPIRATORIA AGUDA EN LA SALA ERA DEL
HOSPITAL DE FONTIBÓN, BOGOTÁ, 2010**

Johana Paola Páez, Christian José Alarcón

Objetivos específicos: identificar las características demográficas y sociales de la población en estudio, determinar la frecuencia de la enfermedad respiratoria en el hospital de Fontibón, determinar las principales patologías respiratorias que llegan a las salas ERA del hospital de Fontibón, definir las terapéuticas más utilizadas en las salas ERA.

Metodología: se realizó un estudio descriptivo retrospectivo con los datos de la población de menores de cinco años atendidos en la sala ERA del hospital de Fontibón durante el año 2010. Los datos fueron tomados de la base de datos de dicha sala previa

autorización. Los principales resultados se midieron como incidencia tipo proporción.

Resultados: durante el 2010 en la sala ERA del hospital de Fontibón fueron atendidos 849 pacientes, 58,5 % niñas; el 53 % con afiliación al régimen subsidiado seguido por pobres no vinculados con 34 %; el 53 % eran menores de un año; en este grupo el 1,2 % se registró con neumonía, el 12,4 % con bronquiolitis, el 31,5 % con síndrome bronco obstructivo y 1,8 % con laringotraqueitis; el 46 % estaban entre uno y cinco años de los cuales el 1,9 % presentaron neumonía, el 5,8 % bronquiolitis, el 35 % síndrome bronco obstructivo y el 2,4 % laringotraqueitis; el pico de enfermedades respiratorias se presentó en los meses de abril, mayo y junio. Al 30,2 % de los pacientes se le practicaron exámenes de laboratorio clínico; no se encontraron diferencias estadísticas en cuanto a la administración de antibióticos dentro de la sala según el sexo. En lo que respecta al seguimiento de los pacientes en la sala ERA, el 38 % asistieron a control, el 26 % presentó buena evolución y el 12,7 % reingresaron a hospitalización.

Conclusiones: la enfermedad respiratoria más prevalente en estos grupos de edad fue el síndrome bronco obstructivo.

DENGUE EN BOGOTÁ D.C., 2008

Luz Mary Velandía, Ana María Blandón, Johana Roncancio, José Ricardo Gómez, Keuris Rodríguez.

Objetivos específicos: identificar las características demográficas y sociales de la población con el evento, identificar en cuales semanas epidemiológicas es mayor la notificación de dengue en Bogotá, determinar la

procedencia de los casos de dengue registrados en el distrito capital, identificar la frecuencia de síntomas de dengue.

Metodología: se realizó un estudio descriptivo retrospectivo con los pacientes procedentes de Bogotá, registrados en el SIVIGILA durante el 2008. La medición de los resultados principales se hizo con incidencia tipo proporción.

Resultados: para el año 2008 en Bogotá se registraron 1095 pacientes con dengue de los cuales 55,6 % eran hombres, 70 % de la población se encontraba entre los 15 y 44 años y el 22 % tenían entre uno y 14 años; el 83,7 % pertenecían al régimen contributivo y 6,6 % no tenían ningún tipo de afiliación; el 46,6 % habitaba en centro poblado y el 45 % en cabecera municipal. Los departamentos de mayor procedencia de los casos fueron Cundinamarca con 384 casos, Tolima con 304 y meta con 304; las semanas epidemiológicas en las que se presentaron los mayores números de casos fueron la uno con 252 casos, la dos con 180 y la cuatro con 118; de acuerdo con la confirmación de los casos según los protocolos del SIVIGILA, el 40 % de los casos eran casos probables; el 58,8 % de los casos fueron confirmados por el laboratorio y el 2 % por nexo epidemiológico. En cuanto a los signos y síntomas la tercera parte de los pacientes presento dolor abdominal, el 99,6 % fiebre y el 12,5 % petequias.

Conclusiones: en el 2008 en Bogotá los casos de dengue afectaron en mayor proporción a hombres jóvenes que

probablemente procedían de zonas cercanas a Bogotá principalmente en épocas vacacionales donde hay exposición a climas cálidos.

**DETERMINANTES RELACIONADOS CON MORTALIDAD POR
TRAUMA EN UN CENTRO DE REFERENCIA DE BOGOTÁ, 2009-
2010**

Aníbal A. Teherán, Víctor M. Martínez

Objetivos específicos: identificar las características demográficas y sociales de la población en estudio, medir la frecuencia de defunciones cuya principal causa fue una lesión traumática, determinar la severidad de las lesiones traumáticas relacionadas con mortalidad de los pacientes de un centro de referencia, proponer posibles acciones dirigidas a disminuir la carga social relacionada con muertes por lesiones traumáticas.

Metodología: se realizó un estudio descriptivo retrospectivo con los datos de las historias clínicas de pacientes fallecidos a causa de una lesión traumática en un centro de referencia de Bogotá durante los años 2009 a 2010. Los datos principales se midieron como prevalencia e incidencia.

Resultados: se presentaron 146 defunciones a causa de una lesión traumática en el centro de referencia de Bogotá, 78 en el 2009 y 68 en el 2010. El 76,9 % de los casos ocurrió en hombres con una edad promedio de 34 años; durante los meses de mayo a agosto se presentó un pico en las defunciones con el 46,15 %, el 62,8 % de las muertes se presentó en el grupo de 15 a 44 años seguido del 21,7 % entre los 45 de 64 años. El 65 % de los pacientes pertenecían al régimen contributivo. El 47,4 % de los casos fue producto de un accidente de

tránsito, el 21,8 % a causa de una herida por arma de fuego, el 17,9 % por una caída de altura y el 8,9 % por herida por arma corto punzante; el exceso de riesgo de morir en un accidente de tránsito tomando como base la condición de peatón con 37,8 % de incidencia, fue 16 % al compararlo con el grupo de motociclistas, de 74 % con el grupo de vehículos y 36 % con el grupo de ciclistas. El promedio de estancia hospitalaria para lesiones de tipo no penetrantes fue 56 horas y por lesiones penetrantes 1,5 horas. El 12,8 % de las muertes por lesión traumática se dio en etapa inmediata, el 57,5 % en etapa temprana y el 29,5 % en etapa tardía. En el grupo de pacientes con trauma severo el riesgo de morir en la etapa temprana fue 2,8 casos por cada caso en etapa tardía. Se propuso establecer la carga social de las lesiones traumáticas en la institución con indicadores de impacto en las políticas de salud pública actuales.

Conclusiones: los accidentes de tránsito y las heridas por arma de fuego y corto punzantes son los principales mecanismos de muerte por trauma y afectan en mayor proporción a hombres en edad adulta y etapa económicamente activa quienes están más expuestos a muerte relacionada con lesiones traumáticas.

**COMPORTAMIENTO DEL ACCIDENTE OFÍDICO EN LOS
DEPARTAMENTOS DE AMAZONAS, CAQUETÁ Y VAUPÉS, 2007
A 2010**

Yeimy Duque, Saida Durán, Angélica Rojas, Liza Catalina Torres

Objetivos específicos: identificar las características demográficas y sociales de las personas afectadas por el accidente ofídico en los tres departamentos, determinar la incidencia de accidente ofídico en cada departamento, identificar el riesgo que tiene la población de ser mordida por una serpiente, establecer los factores de riesgo posiblemente relacionados con el accidente ofídico.

Metodología: se realizó un estudio descriptivo retrospectivo con los datos obtenidos del sistema de vigilancia en salud pública de las tres direcciones departamentales de salud de los departamentos de Amazonas, Caquetá y Vaupés durante los años 2007 al

2010 y las proyecciones del censo DANE 2005. Los principales resultados se midieron como incidencia y prevalencia.

Resultados: entre los años 2007 al 2010 se presentaron 228 casos de accidente ofídico en el departamento del Amazonas, 352 en el departamento de Caquetá y 190 en el departamento del Vaupés. El mayor número de casos en el Amazonas se presentó durante el 2009 con 74 casos en el Caquetá en el 2010 con 114 y en el Vaupés en el 2008 con 55. Para el Amazonas el 65,3 % de los casos se presentó en el sexo masculino, 73,6 % pertenecía al régimen subsidiado; el 30 % era menor de 15 años y el 70 % restante estaba entre los 15 y 44 años, el 90 % ocurrió en población indígena; los municipios que aportaron mayor número de casos fueron Leticia con 36,8% y Puerto Nariño con 20,1 %, durante los cuatro años de estudio los periodos epidemiológicos que presentaron picos fueron el 3 el 5 y el 7. En el Caquetá el 75,3 % afectó a hombres, el 69,3 % pertenecían al régimen subsidiado; el 18,7 % estaba entre los 5 y 14 años y el 56,8 % entre los 15 y 44 años, el 91 % de los casos ocurrió en población blanca y mestiza; los municipios con mayor número de casos fueron San Vicente del Caguán con 22,7 % y Cartagena del Chairá con 11 %; los periodos epidemiológicos que presentaron picos fueron el 7, el 11 y el 12. En el Vaupés el 56,3 % de los casos se presentó en el sexo masculino, el 84,9 % estaban en régimen subsidiado; el 26,4 % se concentró en la población menor de 15 años y el 74,3 % restante en la población entre los 15 y 44 años, el 96,3 % de los casos ocurrió en población indígena; los municipios con

mayor número de casos fueron Mitú con 55,7 % y Pacoa con 20,5 %; se presentaron picos en los periodos epidemiológicos 9 y 12.

En general en los tres departamentos los casos se presentaron principalmente en el área rural dispersa seguida por las cabeceras municipales; la inmovilización del miembro afectado y del enfermo fue la atención inicial más practicada con 37,2 % y la menos practicada fue la incisión, punción y aplicación del torniquete con 25,4 %.

Conclusiones: en los tres departamentos en estudio, el accidente ofídico afectó principalmente a hombres adultos del régimen subsidiado.

**MORTALIDAD POR ENFERMEDADES CRÓNICAS NO
TRANSMISIBLES, COLOMBIA, 1990-2007**

Christina José Alarcón, María Alejandra Beltrán, Ana María Blandón, Reinaldo Boada, Henry Cárdenas, José Ricardo Gómez, Katherine Jiménez, Johana Paola Páez,

Keuris Rodríguez, Johana Roncancio, Jhon Alexander Suárez, Luz Mery Velandia.

Objetivos específicos: determinar las características demográficas y sociales de la población en estudio, medir la frecuencia de eventos de mortalidad por enfermedades crónicas no transmisibles en Colombia 1990-2007, identificar los eventos que causan la mortalidad por enfermedades crónicas no transmisibles en el período en estudio, medir los años de vida potencialmente perdidos debido a la mortalidad por enfermedades crónicas no transmisibles en Colombia 1990-2007 e identificar las muertes prevenibles por enfermedades crónicas no transmisibles en Colombia 1990-2007.

Metodología: se realizó un estudio descriptivo con la población colombiana registrada en la base de datos de las proyecciones DANE entre los años 1990 y 2007 con base en los censos de 1993 y 2005. Los datos se analizaron con el programa EpiInfo 3.5.3. Los resultados principales se midieron como prevalencia.

Resultados: la mortalidad por enfermedades crónicas no transmisibles representó de 1990 al 2007 en promedio un 34 % del total de las muertes con el mayor porcentaje de 49,4 % en 1996 y el menor de 23,4 % en 1997. En cuanto a la mortalidad por enfermedades crónicas no transmisibles según sexo durante el periodo en estudio no se observaron diferencias estadísticas; durante el periodo en estudio se presentaron 559 301 (el 50,8 %) muertes de hombres por enfermedades

crónicas no transmisibles y 539 778 (el 49,1 % de mujeres. La edad promedio de muerte en Colombia por enfermedades crónicas no transmisibles mostró una tendencia ascendente con 66 años para 1990 y 73 años en el 2007. La edad promedio de muerte por cáncer fue disminuyendo paulatinamente pasando de 61 años en 1990 a 40 años en 2007, contrario de la tendencia en otras enfermedades crónicas no transmisibles que fueron aumentando pasando en promedio de 62 a 78 años. El estado civil predominante entre las personas fallecidas fue la unión libre con el 46,1 %, el nivel educativo fue secundaria con el 18,1 % seguido del nivel profesional con el 11 %; el régimen de afiliación fue el subsidiado con 18 % seguido del contributivo con 17 %; la zona de residencia fue las cabeceras municipales con 75 %. Las patologías con mayor frecuencia de muerte fueron infarto agudo del miocardio con el 28 %, enfermedades cerebro vasculares con el 14 %, enfermedad pulmonar obstructiva crónica con el 12 %, diabetes mellitus con el 10 %, hipertensión arterial con el 9,4 %, insuficiencia cardiaca congestiva con el 8,04 % y enfermedad renal con el 3,5 %. Los departamentos con las tasas de mortalidad más altas por enfermedades crónicas no transmisibles entre 1990 y 2007 fueron Caldas, Risaralda, Quindío, Tolima. Los grupos de enfermedades crónicas no transmisibles con las tasas más altas de mortalidad durante los años en estudio fueron las enfermedades cardiovasculares y cerebro vasculares, presentándose picos los años 1991 y 1996. Los años de vida potencialmente perdidos por las enfermedades crónicas no transmisibles variaron año a año para cada patología.

Conclusiones: entre 1990 y el 2007 las enfermedades crónicas no transmisibles presentaron un aumento en la frecuencia de aparición causando los mayores índices de mortalidad y representando un grave problema de salud pública.

CONDICIONES DE TRABAJO Y SALUD DE LOS NIÑOS
TRABAJADORES EN BOGOTÁ, 2009

Henry M Cardenas, Katherine Jimenez.

Objetivos específicos: establecer la frecuencia y distribución del trabajo infantil en la ciudad de Bogotá para mejorar las estrategias de prevención y erradicación de este, identificar las condiciones de trabajo, establecer las condiciones de salud, determinar factores culturales sociales y económicos relacionados con el trabajo infantil.

Metodología: se realizó un estudio descriptivo utilizando la información de niños trabajadores extraída de la encuesta de caracterización del plan de intervenciones colectivas de la Secretaria distrital de salud, los resultados principales se midieron como prevalencias.

Resultados: el total de niños caracterizados por la intervención de prevención y erradicación del trabajo infantil para el año 2009 fue de 4298 niños, de los cuales

1906 (el 44,3 %) fueron mujeres y 2392 (el 55,7 %) fueron hombres. El promedio de edad fue de 11,8 años; el grupo de edad más frecuente entre los niños trabajadores (el 36,2 %) estaba entre cinco y once años. El 9,2 % de los niños vivían en la localidad de Ciudad Bolívar, el 7,6 % en la localidad de San Cristóbal y el 7,2 % en Rafael Uribe. El 48 % de los niños trabajadores pertenecía a estrato dos seguido por el 27,1 % en estrato uno. El 9 % de niños trabajadores no estaba estudiando y las razones expuestas por los niños trabajadores para este hecho resaltó la falta de cupos escolares y la falta de gusto por el estudio. Las actividades económicas más practicadas fueron el comercio al por menor en 17 % para niños y en 14,6 % para niñas; actividades de servicios comunitarios sociales y personales no clasificadas en 10,84 % para niños y en 9,02 % para niñas; actividades en industria manufacturera en 6,53 % niños y en 4,2 % niñas y trabajo doméstico en 2,5 % niños y en 3,7 % niñas. Entre los motivos por los cuales los niños trabajan se destacan colaboración con gastos de la casa en 20 %, consecución de dinero propio en 19,9 %, alejamiento de vicios en 8,7 %, costear estudios en 3,2 %. El 0,68 % lo hace obligado por sus familiares.

Conclusiones: el trabajo infantil se encuentra relacionado con el bajo nivel de ingresos familiares y se presenta con mayor prevalencia en estratos socioeconómicos bajos.

BAJO PESO AL NACER Y SUS POSIBLES FACTORES
RELACIONADOS EN EL CENTRO POLICLÍNICO DEL OLAYA,
BOGOTÁ, 2008-2009

Adriana Betancourt Salamanca

Objetivos específicos: identificar las características demográficas y sociales de la población en estudio, establecer las características de ocurrencia del bajo peso al nacer y sus posibles factores de riesgo.

Metodología: se realizó un estudio descriptivo retrospectivo con las gestantes egresadas del servicio de obstetricia del Centro Policlínico del Olaya los años 2008 y 2009. Los resultados principales se midieron como incidencia.

Resultados: se incluyeron 2324 gestantes, con un promedio de edad de 25 años con edades entre 13 y 48 años, 15 % pertenecían al régimen subsidiado y el 85 % al régimen contributivo; la fecundidad temprana correspondía al 52,2 % con una frecuencia de embarazos adolescentes del 18.9 %, el 89,5 % asistió a más de cuatro controles prenatales. El 12,5 % de los hijos de las gestantes pesaron menos de 2500 gr y el 5,5 % presentaron bajo peso extremo (menos de 1000 gr). El 55,5 % de los niños con pesos bajos eran hijos de mujeres menores de 24 años y el 10,6 % de madres mayores de 35; de las 56 sedes primarias donde se realizó el control prenatal la sede Candelaria presentó la incidencia más alta con 17,6 % de bajo peso al nacer. Con respecto a los factores de riesgo posiblemente relacionados con bajo peso al nacer, ser menor de 18 años presentó una incidencia de 8,8 % sin diferencias estadísticas por edad; asistir a menos de cuatro controles prenatales presentó una incidencia de 22,6 % y un RR de 2,05 IC 95 % de 1,57 a 2,67, tener antecedente de hipertensión tuvo una incidencia de 37,1 % y un RR de 3,73 IC 95 % de 2,98 a 4,6 y un riesgo atribuible de 24,6 %, la hospitalización por amenaza de parto pretérmino presentó una incidencia de 20,8 con un RR de 1,8 IC95 % de 1,31 a 2,4.

Conclusiones: la incidencia de bajo peso al nacer en la población en estudio fue de 2,4 %; los principales factores de riesgo relacionados con el bajo peso al nacer fueron tener menos de cuatro controles prenatales, tener antecedentes de hipertensión y parto pretérmino.

**HIPERTENSIÓN Y DIABETES EN LA POBLACIÓN ATENDIDA POR
EL PROGRAMA DE SALUD A SU CASA EN LA LOCALIDAD DE
USAQUÉN, ENERO 2004- ABRIL 2010**

Mabel Gómez, Adriana Medina, Francly Yanira Pineda

Objetivos específicos: establecer las características demográficas y sociales de la población en estudio, medir la frecuencia de la diabetes e hipertensión en la población atendida por salud a su casa en la localidad de Usaqué, identificar los posibles factores de riesgo relacionados con estas patologías, establecer una propuesta de prevención y control para la población en estudio.

Metodología: se realizó un estudio descriptivo retrospectivo con la población caracterizada por el programa de salud a su casa en la localidad de Usaqué entre el año 2004 y abril del 2010. Los resultados principales se midieron como prevalencias.

Resultados: durante el periodo en estudio el programa salud a su casa benefició a 62 246 pacientes, mujeres el 52 %, menores de 18 años el 36,8 %, el 44 % estaba entre los 27 y 44 años y el 19,2 % era mayor de 45 años; el 99,7 % era mestizo, el 3,9 % analfabetas, el 71,5 % eran bachilleres y el 3,36 % estaban o habían cursado carrera universitaria, el 21,9 % eran desempleados y el 1 % estaba en condición de desplazamiento. La prevalencia de diabetes en la población atendida fue de 1,5 %, la razón de prevalencia para esta patología en los mayores de 60 años fue de 123,5, en los adultos

mayores de 45 a 59 años fue de 59,5 y en los adultos jóvenes de 27 a 44 años fue de 15,36; según el sexo la prevalencia de diabetes fue mayor en mujeres con 8,25 % que en hombres con 5,66 %. Se registraron 2,4 casos de diabetes en la población en desplazamiento por cada caso de población sin condiciones especiales. La prevalencia general de HTA fue de 6,04 %, en adultos maduros fue de 23,8 % y en adultos mayores 53,3 %; por sexo afecto más a mujeres con una prevalencia de 60,6 %, en la población en situación de desplazamiento la prevalencia de la enfermedad fue de 30,4 %. La población afrocolombiana mayor de 45 años presenta una mayor prevalencia de hipertensión que la población mestiza o indígena, de manera contraria la prevalencia de diabetes en los afrocolombianos mayores de 45 años fue de 3,7 % menor a la reportada por mestizos 7,1 % e indígenas 20 %.

Conclusiones: la prevalencia de diabetes e hipertensión en la población atendida en el programa salud a su casa fue en aumento a medida que aumenta la edad afectando principalmente población adulta mayor de 45 años.

**CARACTERIZACIÓN DEL RIESGO CARDIOVASCULAR EN LA
POBLACIÓN MAYOR DE 15 AÑOS EN LA IPS PRIMERA DE MAYO
COLSUBSIDIO- FAMISANAR, SEPTIEMBRE 2009- AGOSTO
2010**

Adriana Barreto, Liliana Coronado, Andrea Sánchez

Objetivos específicos: identificar las características demográficas y sociales de la población en estudio, establecer la frecuencia de patologías crónicas en los pacientes que participan en el programa de crónicos de Colsubsidio, establecer la frecuencia de secuelas generadas por patologías crónicas en la población en estudio.

Metodología: se realizó un estudio descriptivo retrospectivo con los pacientes mayores de 15 años que hicieron parte del programa de crónicos en la IPS primera de mayo, Colsubsidio Famisanar, desde septiembre del 2009 hasta agosto del 2010. Los principales resultados se midieron como prevalencias.

Resultados: durante el periodo en estudio 9 345 pacientes hacían parte del programa de crónicos en la IPS primero de mayo, el 61,8 % eran mujeres, el 48,5 % mayor de 55 años y el 40 % entre 35 y 54 años; las prevalencias más altas en las mujeres fueron las dislipidemias con 44,7 %, la obesidad con 43,8 % y la hipertensión con 39,7 %, mientras que en hombres fueron la hipertensión con 43,8 %, las dislipidemias con 43,7 % y la obesidad con 25,7 %. En los mayores de 65 años la hipertensión arterial presento una prevalencia de 70,7 % y la diabetes mellitus de 23,3 %; la prevalencia de obesidad fue mayor en pacientes de 15 a 24 años con el 82,4 %, con diferencias significativas entre los menores de 64 años y los mayores de 65 años; la prevalencia de obesidad por grupos de edad fue mayor en mujeres de 15 a 24 años con el 86,8 % con respecto a los hombres del mismo grupo con el 69,2 %; la prevalencia de dislipidemias por grupos de edad fue mayor en pacientes de 55 a 64 años con 54,2%. El 4 % de los pacientes presentó secuelas por alguna enfermedad crónica; las secuelas más frecuentes fueron el infarto del miocardio con 36 %, accidente cerebro vascular con 30,1 % y la enfermedad cardíaca hipertensiva sin insuficiencia cardíaca congestiva

Conclusiones: la enfermedades crónicas más prevalentes en la población de pacientes que se encontraban en el programa de crónicas en la IPS primera de mayo fueron las dislipidemias, la hipertensión, la obesidad y la diabetes.

**DIAGNÓSTICO DE LA SITUACIÓN DEL SISTEMA DE VIGILANCIA
EN SALUD PÚBLICA DE LA LOCALIDAD DE SUBA, 2010**

Natalia Gutiérrez, Yenny Patricia Molano, José Edward Ortiz

Objetivos específicos: caracterizar el talento humano, técnico, la infraestructura y la logística para la vigilancia en salud pública en la localidad de Suba, establecer las

fortalezas y debilidades del sistema, identificar las herramientas existentes, identificar la organización e infraestructura del sistema de vigilancia en salud pública, identificar los procesos y los indicadores que maneja el sistema.

Metodología: se realizó un estudio descriptivo con personal de la unidad primaria generadora de datos que maneja el sistema de vigilancia en salud pública en la localidad de Suba. Se aplicó la encuesta “diagnostico de la capacidad institucional, técnica y operativa para el desarrollo e implementación de la vigilancia en salud pública en los niveles municipales de Colombia, 2003” del Ministerio de la Protección Social.

Resultados: durante el año 2010 había 26 unidades primarias generadoras de datos que realizaban seguimiento en salud pública en la localidad de Suba; todas las unidades contaron con más del 80 % de los datos de información general, naturaleza jurídica y nivel de atención en salud pública, el 82 % de las unidad primaria generadora de datos contaban con recursos organizacionales, el talento humano que maneja la vigilancia en salud publica en las unidad primaria generadora de datos estaba compuesto por auxiliares de enfermería y especialistas en diversos campos, los recursos tecnológicos con los que contaban las unidades primarias generadora de datos fueron adecuados para la adecuada notificación, los servicios con los que más contaron las unidad primaria generadora de datos para la vigilancia fueron los ambulatorios; con respecto a los servicios hospitalarios entre dos y cinco instituciones

contaron con servicios de alta complejidad; los servicios de laboratorio clínico de la localidad no contaban con servicio de virología; entre dos y cuatro laboratorios contaban con hematología, microbiología, química, inmunología, patología, toxicología y parasitología. Hay un 70 % de desconocimiento en la notificación y eventos de SIVIGILA en las unidades primarias generadora de datos; no existe descripción escrita de los procesos a desarrollar, no se realiza planificación de búsqueda activa frente a los factores de riesgo y determinantes en salud, las definiciones de caso están desactualizadas, las herramientas con las que cuentan las unidad primaria generadora de datos son sistema alerta acción, sistemas de vigilancia de alimentación y nutrición, de la violencia intrafamiliar, de eliminación del sarampión y rubeola, de estadísticas vitales, epidemiológica y ambiental, de consumo de sustancias psicoactivas, de infecciones intrahospitalarias, de lesiones de causa externa y farmacovigilancia, para todos estos procesos están establecidos los indicadores respectivos.

Conclusiones: a pesar de contar con personal especializado en todas las unidad primaria generadora de datos y herramientas básicas para una adecuada vigilancia epidemiológica, el desempeño del sistema de vigilancia en salud pública de la localidad de suba durante el 2010 mostró resultados deficientes en el registro de casos, la búsqueda activa y la notificación.

**MORBILIDAD Y MORTALIDAD EN LA UNIDAD DE CUIDADOS
INTENSIVOS EN LA CLÍNICA JUAN N. CORPAS LTDA., BOGOTÁ,
2010**

Ana Victoria Padilla, Juan Andrés Monsalve

Objetivos específicos: establecer las características demográficas y sociales de la población en estudio, medir la frecuencia del ingreso a la uci de la clínica Juan N. Corpas Ltda., identificar las patologías por las cuales ingresan los pacientes a la unidad de cuidados intensivos, calcular tiempos de estancia hospitalaria, determinar las comorbilidades, los eventos adversos y los eventos asociados al cuidado de la salud en pacientes de la unidad y establecer la frecuencia de mortalidad en la unidad.

Metodología: se realizó un estudio descriptivo retrospectivo con datos de las historias clínicas de los pacientes que ingresaron a la unidad de cuidados intensivos en la clínica Juan N. Corpas Ltda. durante el año 2010; los resultados principales se midieron como prevalencia tipo proporción.

Resultados: durante el 2010 ingresaron a la unidad de cuidados intensivos de la clínica Juan N. Corpas Ltda. 350 pacientes, se excluyeron del análisis 16 por datos incompletos; el 59 % de los pacientes eran mujeres, el

promedio de edad fue 53 años con un mínimo de 13 y un máximo de 103 años, el 98 % estaba afiliado al régimen contributivo, el 47 % provenían de salas de cirugía, el 35 % de urgencias, el 8 % de otros servicios hospitalarios y el 10 % fueron remitidos de otras instituciones. Las principales patologías de ingreso fueron postoperatorios (gastrointestinales, cerebrales y vasculares), con el 35,8 %, trastornos hipertensivos del embarazo con el 6,6 %, síndrome coronario con el 6,3 %, neumonía con el 5,4 % infección de vías urinarias complicada 5,1 %. Los trastornos hidroelectrolíticos, la sepsis y la hipertensión arterial fueron las principales comorbilidades; dentro de las complicaciones y eventos adversos se encontró una incidencia de 7,1 %. La principal complicación fue la neumonía asociada a ventilador en el 54 %, seguido de la infección urinaria relacionada con catéter en el 25 %. El promedio de días de estancia hospitalaria de pacientes sin complicaciones fue 21 días, mientras que el de los pacientes con complicaciones fue de 4 días. El 10,2 % de los pacientes que ingresaron fallecieron en la unidad y el 3,6 % fue remitido a otras instituciones. El riesgo de morir fue mayor en pacientes que superaban 65 años con respecto a los otros grupos de edad con RR 2,73 IC 95 % 1,33-5,61. Las principales causas de muerte fueron enfermedades del sistema respiratorio y septicemias con el 14,7 % cada uno. El 94,1 % de los pacientes que fallecieron tuvieron alguna comorbilidad; de las cuales, el trastorno metabólico fue la más frecuente con el 17,6 %.

Conclusiones: el servicio hospitalario de dónde provino la mayor cantidad de pacientes de la unidad de cuidados intensivos durante el 2010 fue salas de cirugía; las patologías de mayor frecuencia al ingreso fueron procesos post operatorios complicados y las mayores complicaciones que se presentaron fueron la neumonía asociada a ventilador (54 %) seguido de la infección urinaria relacionada con catéter.

TUBERCULOSIS EN EL AMAZONAS, COLOMBIA, 2005-2009

Diana Paola Gómez, Jairo Eliecer Moreno, Sofía Rivera

Objetivos específicos: identificar las características demográficas y sociales de la de la población en estudio, establecer la frecuencia y distribución de la tuberculosis pulmonar y extra pulmonar en el Amazonas, identificar la condición de ingreso y las condiciones de egreso de los pacientes admitidos al programa de control de la tuberculosis durante el 2005 al 2009.

Metodología: se realizó un estudio descriptivo retrospectivo con los datos de los registros de pacientes del programa de tuberculosis del departamento del Amazonas durante los años 2005 al 2009. Los resultados principales se midieron como incidencia.

Resultados: durante los años 2005 al 2009 ingresaron al programa de tuberculosis 472 casos de los cuales se excluyeron cuatro procedentes del Brasil y nueve procedentes del Perú; de los 459 casos analizados 18 eran reingresos, 11 recaídas y 9 remitidos de otras entidades territoriales; el 93 % de los casos correspondieron a tuberculosis pulmonar(TB-p), presentándose una disminución en la incidencia de esta desde el año 2006 y un aumento en la incidencia de tuberculosis extra pulmonar (TB-ep) desde el año 2008. Durante el periodo en estudio, se presentaron 31 casos de TB-ep, la forma más frecuente fue la pleural con el 45,1 %, seguida de la ganglionar con 29 %; el pueblo indígena más afectado por las diversas formas de tuberculosis fue el ticuna con 28 %, seguido por los Huitotós con 7,8 % y los Yaguas con 5,7 %; el grupo de edad que presentó incidencias más altas de tuberculosis durante el periodo en estudio fueron los de 65 y más años con 817 casos por 100 000 habitantes. Se presentó un 3,5 % de coinfección de TB/VIH y el porcentaje más alto con 6,9 % se presentó en el año 2009. El 100 % de los casos que ingresaron al programa alcanzaron la meta de éxito al tratamiento excepto durante el 2007 donde fue el 70 %. De las tb-ep, dos casos abandonaron el tratamiento en el año 2009.

Conclusiones: la tuberculosis mantuvo un comportamiento estable durante los años en estudio; se observó una tendencia a la disminución en el número de casos ingresados al programa y evolución de la enfermedad con respecto al sexo y la edad, siendo más vulnerables los grupos de edad avanzada.

**CARACTERÍSTICAS DE LOS PACIENTES CON DIAGNÓSTICO DE
ENFERMEDAD RENAL CRÓNICA AFILIADOS A UNA EPS DE
COLOMBIA, BOGOTÁ, 2010**

John Suárez, Paola Páez, Keurys Rodríguez

Objetivos específicos: identificar las características demográficas y sociales de los pacientes con enfermedad renal crónica afiliados a la EPS durante el 2010, establecer la comorbilidad de los pacientes con diagnóstico de enfermedad renal crónica, medir la prevalencia de los pacientes en el programa de hemodiálisis y diálisis peritoneal en relación con la población afiliada a la EPS a nivel nacional y la población con enfermedad renal crónica.

Metodología: se realizó un estudio descriptivo retrospectivo con los datos de las historias clínicas de los pacientes con diagnóstico de enfermedades crónicas afiliados a una EPS de Colombia durante el 2010. Los resultados principales se midieron como prevalencia.

Resultados: durante el 2010, una EPS de Colombiana tuvo 49 857 afiliados registrados en el programa de enfermedades crónicas, de los cuales 39 095 sufrían de algún estadio de enfermedad renal crónica, el 66 % eran mujeres, el 59 % se encontraba entre los 50 y 74 años, el 20,5 % entre 25 y 49 años y el 18,6 % era de 75 y más años; el 69,8 % estaba afiliado al régimen subsidiado, el 97,6 % era mestizo, el 1,5 % provenía de zonas rurales, principalmente de Cundinamarca y Bogotá. El 81,1 % de los pacientes padecían hipertensión arterial, el 9 % presentaban diabetes mellitus, el 1,9 % no presentaba ninguna de estas dos comorbilidades; en cuanto al estadio de la enfermedad renal crónica de los afiliados ,

el 34 % se encontraban en estadio uno, el 24,4 % en estadio dos, el 13,4 % en estadio 3 y el 6,3 % en estado terminal; el 72 % de los afiliados con diagnóstico de enfermedad renal crónica terminal se encontraban en terapia de remplazo renal de tipo hemodiálisis y 28 % se encontraban en diálisis peritoneal; el 2 % de los pacientes en diálisis peritoneal presentaron como complicación peritonitis y el 6 % de los pacientes en estado terminal presentaron trasplante renal y reingreso al programa de terapia de remplazo renal.

Conclusiones: de los 39 095 afiliados con diagnóstico de enfermedad renal crónica, 437 se encontraban en terapia de trasplante renal y 38 659 se encontraban en estadios donde se podía generar intervención para la población que ingresa a este tipo de terapia.

**EVALUACIÓN DE LOS EFECTOS DE LOS PLAGUICIDAS EN
POBLACIÓN RIBEREÑA DEL RIO BOGOTÁ EN SUESCA,
CUNDINAMARCA, 2009**

Sonia Mireya Díaz

Objetivos específicos: identificar las características demográficas y sociales de la población en estudio, establecer los niveles de plaguicidas organofosforados, carbamatos y organoclorados en muestras de agua del río Bogotá tomados en Suesca, determinar los biomarcadores de exposición y efecto de dichos plaguicidas en la población de Suesca, establecer la exposición ocupacional a plaguicidas en la población de sueca y el conocimiento y aplicación de medidas de protección personal en su actividad laboral; evaluar la actividad de la acetilcolinesterasa en pez capitán y utilizarlo como biomarcador de contaminación acuática, describir los cambios morfológicos del pez capitán de la sabana.

Metodología: se realizó un estudio descriptivo con una fase transversal y una fase retrospectiva con dos

poblaciones diferentes; la primera fue una muestra de 101 individuos, habitantes del municipio de Suesca a quienes se les tomaron muestras de sangre y orina, el muestreo se realizó con una población de 10 410 habitantes para el 2009, una prevalencia de 50 %, un IC 95 %, un poder de 80 % y un error de 10 %; la segunda población fue una muestra de 36 peces (capitán de río) para la cual se la realizaron siete pescas en diferentes meses en la cuenca alta del río (municipio de Suesca) y además se realizó un muestreo de agua del río en el momento de la pesca. Se determinaron los niveles de colinesterasa en sangre y de plaguicidas en suero, orina, peces y agua. Los principales resultados se midieron como incidencias tipo proporción

Resultados: de los 101 individuos que participaron en el estudio, 56,4 % eran mujeres, el promedio de edad fue 41,6 años con un mínimo de 18 y un máximo de 83; el 72,3 % de la población estaba afiliada al régimen contributivo, el 53 % tenía estudios de primaria y el 36,6 % bachillerato; en el tiempo libre el 72 % de las personas se dedicaban al hogar, el 14 % a la agricultura y el 10 % a actividades deportivas, 58 % de la población estaba laboralmente activa con dedicación a la agricultura en un 67,2 % y a la administración de negocios en un 13,8 %; de los trabajadores agrícolas el 50,5 % se desempeñan como operarios, el 7,3 % en actividades pos cosecha, el 5,3 % son cortadores, el 7,2 % desempeñan funciones relacionadas con la fumigación y el 23 % de los agricultores independientemente de su desempeño manifestaron emplear plaguicidas en su trabajo. Los plaguicidas más empleados fueron

ditiocarbamatos categoría toxicológica III (altamente tóxicos) con 23,8 %, organofosforados categoría toxica II con 19 %, organoclorados categoría toxicológica II y III con 9,5 %; el 89,7 % emplea ropa diferente para realizar sus actividades laborales, el 27,6 % se cambia el uniforme de trabajo semanalmente y el 24,1 % lo hace a diario; el 84,5 % lava la ropa de trabajo en casa; el 12,1 % consume alimentos mientras trabaja; el 87,9 % utiliza elementos de protección al manipular plaguicidas; el 20,8 % de la población emplea plaguicidas en su hogar de estos el 56 % emplea raid y el 12 % baygón; los principales signos y síntomas que presento la población en estudio fueron irritación y enrojecimiento de los ojos en 46,5 %, lagrimeo y visión borrosa en 29,6 %, cefalea en 22,7 %; mareo en 13,8 %, resequedad de la piel en 12,8 %, prurito en 12,8 %, debilidad 10,9 % y tos en 11,8 %.

Las muestras de agua presentaron una alcalinidad promedio de 51,3 ppm de CaCO_3 ; una dureza promedio de 48,6 ppm de CaCO_3 ; niveles de cloruro 60 ppm de cloro, niveles de nitrito por debajo del límite de detección, ph 6.7; los valores de acetilcolinesterasa encontrados en eritrocitos humanos estuvieron entre 0,803 y 1,778 $\delta\text{ph/h}$ y para plasma oscilaron entre 3,393 y 4,318 $\delta\text{ph/h}$; no se reportaron niveles de organoclorados en ninguna muestra; el 4 % de individuos presentaron valores positivos para etilentiourea metabolito de los ditiocarbamatos; en los peces la actividad acetilcolinesterasa tuvo valores promedio de 52,5 ppm de CaCO_3 .

Conclusiones: las características físico-químicas y los valores encontrados en las pruebas del agua se encuentran entre los valores considerados adecuados para el consumo y uso humano; ninguno de los individuos en estudio (hombres y peces) presentó inhibición de la enzima acetilcolinesterasa presentando valores de colinesterasa dentro de los valores de referencia

**INCIDENCIA DE TUBERCULOSIS Y LEPROA EN 16 MUNICIPIOS
CON COMPORTAMIENTO EPIDÉMICO EN EL DEPARTAMENTO DE
BOLÍVAR, 2007 A 2009**

Ethel Hadechini Meza, Merle Lora Hurtado

Objetivos específicos: identificar las características demográficas y sociales de la población en estudio, establecer la frecuencia de tuberculosis y de lepra en 16 municipios de Bolívar considerados como críticos para estas patologías, identificar posibles factores sociales y culturales que influyen en la consulta tardía de sintomáticos respiratorios y de piel.

Metodología: se realizó un estudio descriptivo de corte transversal con los habitantes de 16 municipios del departamento de Bolívar considerados como críticos por aumento de incidencia de lepra y tuberculosis en los dos últimos años. Se aplicaron encuestas en cada uno de los municipios en estudio. Los principales resultados se midieron como prevalencia e incidencia.

Resultados: se obtuvieron 1600 encuestas de los 16 municipios del departamento de Bolívar seleccionados al ser considerados como críticos en lepra y tuberculosis; el 64 % de los pacientes eran sintomáticos respiratorios y no habían consultado a ningún centro de salud, de estos el 25 % eran mayores de 61 años y el 6 % estaba entre los 46 y 60 años; el 72 % de los pacientes eran mujeres, de las cuales 60 % eran amas de casa; el 50 % de los encuestados eran afrocolombianos y el 1 % eran indígenas; el 85 % pertenecían al régimen subsidiado y el 10 % no se encontraba afiliado a ningún régimen; el 50 % de los sintomáticos respiratorios vivía en condiciones de hacinamiento con seis o más personas y

el 33 % vivía con cuatro a cinco personas; la tasa más alta de casos sintomáticos respiratorios la ocupó el municipio de arenales con 21 por 10 000 habitantes, Villanueva con 4,2 por 10 000 habitantes y el Guamo con 3,6 por 10 000 habitantes. Se encontraron 52 sintomáticos de piel que corresponde a un 3,2 % de la población, el 25 % se encontraba entre los 20 a 25 años y el 15 % tenía 60 y más años; el 86,5 % era de etnia blanca y mestiza; el 61,5 % de mujeres de las cuales 34 % eran amas de casa; el 82 % pertenecían al régimen subsidiado, 50 % de estos sintomáticos vivían en condiciones de hacinamiento, la tasa más alta de casos sintomáticos de piel la ocupó el municipio del arrenal con una tasa de 8,8 por 10 000 habitantes, Villanueva con 1,25 por 10 000 habitantes y Mompox con una tasa de 1,25 por 10 000 habitantes. El 64 % de los habitantes no tiene conocimiento de la lepra y el 61 % no tiene conocimientos de la tuberculosis.

Conclusiones: los municipios de Arenales y Villanueva presentan las tasas de tuberculosis y lepra más altas en el departamento de Bolívar; estas enfermedades afectan más a mujeres que a hombres; la condición de hacinamiento y desconocimiento de las enfermedades por parte de la población actúan como factores de riesgo para mantener o aumentar la frecuencia de las enfermedades en estudio.

MORTALIDAD POR LESIONES DE CAUSA EXTERNA EN
COLOMBIA,
1998-2007

Camilo Alfonso, Tatiana Barbosa, Jhon Helbert Páez, Alejandra Pinilla, Bleisi Montenegro, Francy Yaneth Medina, Carolina García, Carolina Quiroga, Mónica Rodríguez

Objetivos específicos: identificar las características demográficas y sociales de la población en estudio, establecer la frecuencia de morbilidad por lesiones de causa externa, establecer la tendencia de la mortalidad por causas externas, identificar las muertes prevenibles por estas lesiones.

Metodología: se realizó un estudio descriptivo retrospectivo con la población colombiana con diagnóstico de muerte secundaria a causa externa, notificada por el DANE desde 1998 hasta el 2007; los principales resultados se midieron como incidencia.

Resultados: entre los años 1998 al 2007 se presentaron en Colombia 411 932 defunciones ocasionadas por lesiones de causa externa, el 86,5 % de los fallecidos eran hombres, el 14,3 % estaban afiliados al régimen subsidiado y 12,4 % al contributivo; el 3,7 % no tenía escolaridad, el 24 % tenían primaria, el 16,5 % bachillerato y el 3 % nivel universitario; el 37,3 % eran casados o vivían con su pareja y el 37,4 % eran solteros; el 64,3 % provenían de cabeceras municipales. Las principales causas fueron los homicidios con 59,2 %, los accidentes de transporte terrestre con 17 %, los suicidios con 5,4 %, eventos de intención no determinada con 4,9 %, los ahogamientos y sumersiones accidentales con 2,6 % y las caídas con 2,5 %; los lugares de ocurrencia de las defunciones fueron la vía pública con 39,8 % , el hospital o clínica con 26 %, el lugar de trabajo con 26 % y la casa o domicilio con 12,2 %; el mayor número de muertes se presentó en los departamentos de Antioquia con 18,2 %, Valle del Cauca con 14,1 % y Bogotá con 9,6 %; durante los años en estudio la tendencia de muertes por causa externa es mayor en hombres que en mujeres en los diferentes tipos de eventos; se observa que de los tipos de eventos que encierra la muerte por causas externas, todos corresponden a eventos prevenibles.

Conclusiones: en Colombia para los años 1998 al 2007 las principales causas de muerte externa corresponden a homicidios y accidentes de transporte; la tendencia muestra más muertes por causas externas en hombres que en mujeres.

**MORTALIDAD MATERNA EN PACIENTES ATENDIDOS POR EL
GRUPO SALUDCOOP, REGIONAL CUNDINAMARCA, 2004-
2007**

Andrea Avella, Diana Espitia, Aley Montenegro.

Objetivos específicos: identificar las características demográficas y sociales de los casos de mortalidad materna del grupo Saludcoop durante los años 2004 al 2007, identificar causas relacionadas con mortalidad materna, medir la frecuencia y distribución de las demoras y establecer los factores de riesgo en los casos de mortalidad materna.

Metodología: se realizó un estudio descriptivo retrospectivo con los datos de las defunciones de la población gestante afiliada al grupo Saludcoop en la regional Cundinamarca durante los años 2004 al 2007.

Resultados: durante el período en estudio ocurrieron 47 defunciones de gestantes afiliadas al grupo Saludcoop regional Cundinamarca; 21 % de las gestantes fallecieron entre los 14 y 23 años, el 40,4 % entre 24 a 32 años y el 38,2 % entre 33 a 42 años; el 73 % eran beneficiarias y el 27 % cotizantes; el 46,8 % vivían en unión libre y el 36,2 % se encontraban casadas; el 65 % de los casos tenían secundaria 11 % tenían primaria completa, 36,1 % habían terminado la secundaria y 21 % eran universitarias; los antecedentes familiares que se presentan con mayor frecuencia fueron los relacionados con hipertensión arterial con un 29,8 % y la diabetes con 17 % y entre los antecedentes personales se

encontraron la cirugía pélvica con 14,9 %, la toxemia con 10,6 % y la hipertensión con 8,5 %; el 46,8 % presentó otros antecedentes que no eran especificados en el certificado de defunción; el 31,9 % de los casos correspondieron a mujeres nulíparas mientras que el 8,5 % de las pacientes eran multíparas con cuatro gestaciones y el 2,1 % con cinco gestaciones; el 10,6 % de las gestantes no tenía controles prenatales, el 2,1 % tenía entre uno y dos controles, el 46,8 % tenía entre tres y nueve controles y el 30 % tenía más de diez; el 70,2 % de las patologías desarrolladas en la gestación correspondieron a eventos de carácter infeccioso, de estos el 51,5 % eran infecciones de vías urinaria, el 39,4 % era otro tipo de infecciones y el 9,1 % eran vaginosis; teniendo en cuenta los diferentes tipos de demoras se encontró que dentro de las demoras tipo uno, el deficiente autocuidado de las mujeres en gestación ocupó el 25,5 %, dentro de las demoras tipo dos el ingreso inoportuno al control prenatal ocupó el 25,5 % y el acceso a manejo por especialista el 21,3 % y dentro de las demoras tipo tres, el tratamiento oportuno se presentó en el 40,4 % de los casos, la clasificación del riesgo obstétrico en el 31,9 % y la adherencia al control prenatal en el 29,8 %.

Conclusiones: las muertes maternas que se presentaron en el grupo Saludcoop en la regional Cundinamarca ocurrieron en gestantes entre los 14 y los 47 años, la hipertensión arterial es uno de los antecedentes tanto familiares como personales más frecuentes en relación con la mortalidad materna.

**ANÁLISIS DE SITUACIÓN DE SISTEMA DE VIGILANCIA EN SALUD
PÚBLICA DE MALARIA, COLOMBIA, 2008**

Johana Barrera, Liliana Toquica, Herminia Walteros,
Yadira Patiño, Andrea Pinilla.

Objetivos específicos: verificar el cumplimiento del proceso de notificación de malaria en Colombia durante el año 2008, medir la calidad de los registros y la oportunidad en la notificación del evento, valorar el proceso de seguimiento de los casos notificados en el SIVIGILA y en la población objeto y revisar la clasificación de los casos notificados por el SIVIGILA de malaria en Colombia para el año 2008.

Metodología: se realizó un estudio descriptivo retrospectivo con los datos generados por las unidades primarias generadoras de datos en el sistema nacional de salud pública SIVIGILA, disponibles en los archivos planos de vigilancia del Instituto Nacional de Salud,

correspondientes al año 2008 y cuyo evento de notificación fue malaria; los principales resultados se registraron como prevalencia e incidencia tipo proporción.

Resultados: durante el año 2008 se notificaron al SIVIGILA 66 871 casos de malaria en todo el territorio nacional, el 71,4 % correspondían a malaria por Plasmodium vivax, el 27,4 % a malaria por Plasmodium falciparum, el 1.1% a malaria mixta y el 0.1% a malaria por Plasmodium malariae; la relación entre casos de P. vivax y P. falciparum fue de 2,6 a 1; la mayor proporción de casos (el 8,6 %) se reportó entre las semanas epidemiológicas 21 a la 24 y la menor (el 3,6 %) entre las semanas 5 a la 8; el 57,6 % de los casos presentaban edades entre los 15 a 44 año, seguido del 23,2 % entre los 5 a 4 años y el 9,3 % entre los 45 y 64 años; el 63,4 % de los casos eran hombres, el 50 % no estaban afiliados a ningún régimen de salud y el 39,3 % pertenecían al régimen subsidiado; se presentó una incidencia de malaria de 95,1 %, el 4,4 % eran recaídas y el 0,4 % se presentó en mujeres embarazadas; el 6,1 % de los casos requirió hospitalización de los cuales el 39 % fue por P. malariae, el 26 % por malaria mixta, el 6,2 % por P. falciparum y el 4,8 % por P. vivax; se presentaron dos defunciones una atribuida a P. vivax en la semana 27 y la otra atribuida a P. falciparum en la semana 47; las tasa de letalidad por P. falciparum fue de 0,054 por cada mil habitantes y por P. vivax fue de 0,021 por cada mil habitantes; el tiempo promedio transcurrido entre el inicio de los síntomas y la consulta fue de cinco días con un mínimo de uno y un máximo de 365 días; el tiempo

promedio entre la fecha de ajuste y la fecha de notificación fue de 39.5 días con un mínimo de cero y un máximo de 494 días; en promedio la notificación de los casos de malaria fue de cuatro días desde la fecha de consulta; la cantidad de casillas no diligenciadas en algunas variables no supero el 1 %, sin embargo el 18 % de las casillas de clasificación de periodo epidemiológica estaban sin dato. La confirmación por el laboratorio de los casos notificados tardó menos de un día entre la fecha de consulta y la entrega de resultados lo que confirma la oportunidad en el diagnóstico.

Conclusiones: a pesar de presentarse mayor número de casos de malaria por Plasmodium vivax que por Plasmodium falciparum; este último presentó una tasa de letalidad mayor; la confirmación de malaria por el laboratorio refleja una buena oportunidad en el diagnóstico.

**INFECCIONES URINARIAS Y VAGINALES EN LAS GESTANTES
ATENDIDAS EN EL HOSPITAL DE USAQUÉN, ESE DE II NIVEL,
BOGOTÁ, ENERO DE 2008 A MAYO DE 2010**

Mabel Roció Gómez, Adriana Medina, Francly Pineda.

Objetivos específicos: establecer las características demográficas y sociales de las gestantes que asistieron

al hospital de Usaquén entre enero del 2008 y mayo del 2010, calcular la frecuencia de infecciones del tracto urinario y vaginales en las gestantes.

Metodología: se realizó un estudio descriptivo retrospectivo con los datos de las gestantes que presentaron infecciones de las vías urinarias y fueron atendidas en el hospital de Usaquén E.S.E. entre enero del 2008 y mayo del 2010. Los principales resultados se midieron como prevalencia.

Resultados: durante el periodo en estudio se diagnosticaron 125 gestantes con infección del trato urinario; la edad mínima de las gestantes que presentaron infección de tracto urinario fue de 14 y la máxima fue 39, el 75 % de las pacientes se encontraban entre los 14 y 24 años; el 55,2 % de las gestantes con infección de tracto urinario eran vinculadas y el 36,5 % estaban afiliadas al régimen subsidiado; el 95 % provenían de zona urbana; la prevalencia de infección de tracto urinario en gestantes durante el 2008 fue de 11,6 %, para el 2009 fue de 9,5 % y de enero a mayo del 2010 era de 12,3 %; en el periodo en estudio se diagnosticaron 62 gestantes con infección vaginal; la edad mínima fue 16 años y la máxima 37; las edades en las que más se repitió la infección fueron 19 y 22 años; el 75 % de las gestantes reportaron edades entre los 16 y 29 años; el 51,6 % pertenecían al régimen subsidiado y el 43 % eran vinculadas; la prevalencia de infección vaginal en gestantes fue de 4,5 % en el 2008, de 5,3 % en el 2009 y de 8,4 % de enero a mayo del 2010.

Conclusiones: durante el año 2010 se presentó una prevalencia de infecciones del tracto urinario y de infecciones vaginales en gestantes más alta que en los años 2008 y 2009.

**MORTALIDAD POR ENFERMEDAD RESPIRATORIA AGUDA EN
MENORES DE CINCO AÑOS EN BOGOTÁ, 2005-2008**

Natalia Gutiérrez, Yenny Patricia Molano, José Edward Ortiz, Carolina Rincón

Objetivos específicos: identificar las características demográficas y sociales de los niños menores de cinco años fallecidos por enfermedad respiratoria aguda entre el año 2005 al 2008, medir la frecuencia de la mortalidad, identificar los factores de riesgo para la muerte por neumonía, identificar las patologías que llevaron a la muerte.

Metodología: se realizó un estudio descriptivo retrospectivo con los datos de la población menor de cinco años de Bogotá que falleció por enfermedad respiratoria aguda durante los años 2005 al 2008. Los principales resultados se midieron como incidencia y tasa de mortalidad.

Resultados: entre el 2005 y el 2008 en Bogotá se registraron 437 defunciones de niños menores de cinco años por enfermedad respiratoria aguda, 58 % correspondieron al sexo masculino, la tasa para los niños fue de 36,1 por 100 000 nacidos vivos y para las niñas fue de 27,2 por 100 000 nacidos vivos; el 85 % de los fallecimientos correspondió a menores de un año; el 40 % de los casos pertenecía al régimen contributivo,

seguido del 38 % del régimen subsidiado; durante todos los años, se evidenciaron picos de mortalidad por enfermedad respiratoria aguda en los periodos epidemiológicos 4,5,6 y 7 correspondiente a los meses de abril y junio; el 87 % de las defunciones ocurrieron en el hospital o clínica y el 11.1 % ocurrieron en el hogar; el 16 % de los casos tenían antecedente de bajo pesos al nacer y el 10 % peso extremadamente bajo; en el 58 % de los casos la madre de los fallecidos no superaba la secundaria; las localidades con mayor porcentaje de mortalidad por enfermedad respiratoria aguda fueron Ciudad Bolívar con 13 %, Kennedy con 10,6 %, Suba con 9,1 %, Bosa con 7,4 %, San Cristóbal con 6,1 % y USME con 6,1 %; el 79 % de los casos residían en Bogotá y los demás eran residentes de municipios aledaños; la localidad de san Cristóbal reporta la tasa de mortalidad más alta con 4,12 por 100 000 nacidos vivos; la principal entidad respiratoria causa del deceso fue la neumonía viral o bacteriana con 76 % y las infecciones respiratorias agudas con 24 %.

Conclusiones: el 91 % de las muertes por enfermedad respiratoria aguda se presentó en menores de un año, con mayor frecuencia en niños que en niñas; la localidad que presentó la tasa de mortalidad más alta por esta enfermedad fue San Cristóbal.

**ANÁLISIS DEL SISTEMA DE VIGILANCIA EN SALUD PUBLICA EN
TRINIDAD, CASANARE, 2010**

María Angélica Forero, Laura Milena Ferro, Sonia Pérez,
Claudia Rincón Acevedo

Objetivos específicos: identificar los recursos humanos y de infraestructura con los que cuenta el sistema de vigilancia en salud pública del municipio, describir el funcionamiento del sistema de vigilancia en salud pública en el municipio de trinidad Casanare, identificar las falencias del sistema y establecer medidas correctivas con el fin de fortalecerlo.

Metodología: se realizó un estudio descriptivo transversal con los datos proporcionados por el personal que maneja la vigilancia en salud pública del municipio; se empleó el instrumento “diagnóstico de la capacidad

institucional técnica y operativa para el desarrollo e implementación de la vigilancia en salud pública”, se realizaron observaciones de las falencias del sistema y se midió la frecuencia de los eventos notificados durante el 2010.

Resultados: el municipio de Trinidad cuenta con dos unidades primarias generadoras de datos, una privada y la otra es la IPS red salud de Casanare E.S.E. Centro de salud Trinidad; la IPS tiene una cobertura en salud del 89 % con 45,6 % afiliados al SISBEN, 37 % afiliados al régimen subsidiado, 4,9 % al régimen contributivo y 1,3 % vinculados, el porcentaje restante es atendido por la entidad privada; entre las dos instituciones hay siete personas encargadas de la vigilancia en salud pública de todo el municipio; el 57 % son jefes de enfermería, el 43% son auxiliares de enfermería, ninguno de los encargados tiene estudios de especialización en epidemiología o salud pública; el 59 % está vinculado por prestación de servicios y 41 % hacen parte de la nómina de la IPS municipal; las dos instituciones de salud cumplen con la notificación de los eventos al SIVIGILA; la búsqueda activa de casos y los COVE se realizan semestralmente y no en cada periodo epidemiológico como está estipulado por el Ministerio de Salud; ninguna de las instituciones cuenta con dotación física exclusiva para la realización de la notificación; a pesar de que los eventos se notifican a la entidad correspondientes, no se realiza análisis de los eventos ni seguimiento de los mismos. Los eventos de interés en salud pública notificados con mayor frecuencia en el municipio fueron infección respiratoria

aguda con el 68,3 %, enfermedad diarreica aguda con el 16,6 %, vaginosis con el 7 %, dengue clásico el 4,5 %, enfermedades transmitidas por alimentos con el 1,4 %, exposiciones rábicas con el 1,3 % y varicela con el 0,8 %; para ninguno de los eventos notificados se aplicaron medidas de prevención y seguimiento.

Conclusiones: el sistema de vigilancia en salud pública del municipio de Trinidad, Casanare, no cuenta con personal experto en estas tareas lo que se ve reflejado en la alta frecuencia de eventos notificados; el personal encargado de la vigilancia cumple con la notificación pero no realiza análisis de los datos ni seguimiento de los eventos.

**FACTORES DE RIESGO POSIBLEMENTE RELACIONADOS A LA
SEROPREVALENCIA DE CISTICERCOSIS EN EL MUNICIPIO DE
MITÚ, VAUPÉS, 2009**

Carmen Elena Rincón

Objetivos específicos: determinar la prevalencia de cisticercosis en el municipio de Mitú, Vaupés, durante el año 2009, identificar los posibles factores de riesgo relacionados con la presencia de cisticercosis en el municipio, determinar la frecuencia de seropositividad por grupos de edad.

Metodología: se realizó un estudio de prevalencia con una fase retrospectiva durante el mes de mayo del 2009. Se tomó una muestra de 1141 personas entre 2 y 64 años residentes en el departamento del Vaupés aplicando muestreo aleatorio simple, a esta población se le aplicó una encuesta y se les tomó muestras de sangre para la detección de anticuerpos ig-g anticisticerco; los principales resultados se midieron como prevalencia e incidencia.

Resultados: se encuestaron 1141 personas de las cuales 441 (el 38,7 %) fueron seropositivos para cisticercosis; el 56 % fueron mujeres, el 63 % procedentes de la zona urbana; el grupo de edad más afectado fue el de los 25 a 29 años con el 13,3 % seguido por el grupo de 20 a 24 con el 11,5 %; el 85 % eran de estrato uno y el 14,5 % de estrato dos; el 71,9 % incluyen carne en su dieta aun así no se encontró que el consumo de carne sea un factor de riesgo para contraer la enfermedad (“RR de 0,78, IC 95 % 0.669-0.913”); el 53,5 % de las personas no se lavaban las manos al salir del baño identificándose mayor riesgo de infección para estas personas (“RR de 1,19, IC 95 % 1,03-1,38”); el 54,1 % de los infectados expresaron presentar dolor de cabeza, el 76 % mareos y

el 58 % diarrea; los pacientes seropositivos presentaron mayor riesgo de padecer dolor de cabeza como síntoma relacionado a la cisticercosis (“RR 1,23, IC 95 % 1,07-1,43”); el 56 % de los pacientes expulsaron parásitos en la materia fecal .

Conclusiones: las conductas higiénicas y alimentarias de las personas seropositivas aumentan la probabilidad de adquirir la enfermedad, manteniendo activo el ciclo de vida del parásito y su posible diseminación a individuos sanos.

**ZONAS DE RIESGO DE INFECCIÓN CON TRIPANOSOMA CRUZI
DEL ÁREA RURAL DEL MUNICIPIO DE NUNCHIA, CASANARE,
2009**

Luis Eduardo Castro, Eunice Rodríguez, Oscar Rafael Saraza, Nubia Silva Pérez

Objetivos específicos: establecer las características demográficas y sociales de la población en estudio, describir los posibles factores de riesgo asociados a la infección presente en la zona de estudio, representar gráficamente la ubicación geográfica de los factores de riesgo asociados a la infección para la zona en estudio, determinar el nivel de riesgo de infección en la zona rural del municipio.

Metodología: se realizó un estudio descriptivo retrospectivo con la población rural del municipio de Nuchia, Casanare durante el año 2006. Los datos se recolectaron a través de la aplicación de la encuesta identificación del riesgo para la enfermedad de Chagas. Los principales resultados se presentan como incidencia e índice parasitario de triatominios (IP).

Resultados: se visitaron 1567 viviendas en 42 veredas; 47 viviendas eran campamentos de paso por lo cual se

les realizó análisis de riesgo independiente. El 87 % de los residentes tenían seis o más años de permanencia en el municipio; el 74 % de los residentes fue visitado alguna vez por la Secretaria de salud en los últimos tres años; cerca de la tercera parte de las viviendas no habían sido fumigadas al momento de la visita, tres de cada cuatro viviendas realizaron fumigación casera como medida de control; el promedio de personas por vivienda es de cinco y en los 47 campamentos visitados es de 19 personas. El 62 % de las viviendas tiene paredes con materiales diferentes al ladrillo o bloque, la tercera parte tiene techos de palma, el 34 % tiene cerca gallineros o caballerizas; en el 80 % de las viviendas hay animales domésticos; la mitad de las viviendas tiene pisos de tierra. La especie de triatomíneos predominante en el municipio fue el *Rhodnius prolixus*. El 80,6 % de los habitantes conoce el vector y el 68 % ha visto llegar el vector a sus viviendas. El índice parasitario para viviendas y campamentos fue mayor del 50 % y tuvo un 89,3 % de ponderación de unidades de riesgo indicando que existe un alto nivel de riesgo de infección para enfermedad de Chagas en el municipio. El índice de infección a partir de los resultados serológicos IFI positivos para personas entre 4 y 18 años presentó un nivel de riesgo de 82.9 % indicando que en la mayoría de veredas existe mínimo una persona infectada, un nivel alarmante teniendo en cuenta que según políticas internacionales de erradicación de la enfermedad de Chagas, un 0,1 % indica un nivel alto.

Conclusiones: las condiciones de las familias y las características de las viviendas rurales en el municipio

de Nunchia las convierten en unidades de alto riesgo para la infección con tripanosoma.

**MORBILIDAD Y MORTALIDAD EN EL SERVICIO DE MEDICINA
INTERNA DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO DE LA SAMARITANA
BOGOTÁ, 2009**

Claudia Moreno, Jenny Angélica Ortiz

Objetivos específicos: identificar las características demográficas y sociales de la población en estudio, establecer la morbilidad y mortalidad en el servicio de medicina interna del hospital universitario de La Samaritana para el año 2009, establecer la relación entre morbilidad y estancia hospitalaria, determinar las principales causas de la mortalidad en el servicio de medicina interna de la institución.

Metodología: se realizó un estudio descriptivo retrospectivo con los pacientes hospitalizados en el servicio de medicina interna del hospital universitario de La Samaritana durante el 2009. Los datos se obtuvieron de los egresos hospitalarios de medicina interna elaborados por la oficina de estadística quienes revisan las historias clínicas y codifican la información. Los resultados principales se midieron como prevalencia, incidencia y tasas de mortalidad.

Resultados: durante el 2009 fueron hospitalizados en el servicio de medicina interna 2167 pacientes que corresponden al 23,7 % de las hospitalizaciones en la institución; el 52,6 % pertenecían al sexo femenino; la edad promedio fue de 59,8 años, el 23,1 % tenía entre 15 y 44 años, el 26,2 % entre 45 y 64 años y el 50 % 65 y más años, el 52,6 % pertenecía al régimen subsidiado y el 36,3 % al vinculado; el 80,2 % de los pacientes provenían de Cundinamarca, el 15,1 % de Bogotá y 1,3 % de Boyacá; el 98,7 % ingresó por el servicio de urgencias. Las causas de morbilidad más frecuentes fueron enfermedad pulmonar obstructiva crónica en el 5,4 %, infección de vías urinarias en el 4,8 %, insuficiencia cardiaca congestiva en el 4 %, enfermedades cerebro vasculares en el 3,9 %, hipertensión arterial en el 2,8 %, hipertrofia ventricular derecha en el 2,7 % y neumonías bacterianas en el 2,6 %. El promedio de estancia hospitalaria fue 9,4 días; el 25 % de los pacientes permaneció hospitalizado entre uno y tres días y el 3,4 % estuvo más de 30 días hospitalizado; las patologías por las cuales se presentaron estancias tan prolongadas

fueron la angina inestable, el accidente vascular encefálico y diferentes tipos de anemia. La tasa de mortalidad fue de 0,86 por 100.000 habitantes del departamento de Cundinamarca, el 1,4 % falleció antes de las 48 horas y 7,3 % después de 48 horas. Las causas de muerte más frecuentes fueron insuficiencia respiratoria aguda en 11,2 %, hemorragia gastrointestinal en 5,3 %, insuficiencia cardíaca congestiva en 4,3 % y enfermedades cerebro vasculares en 3,7 %.

Conclusiones: las enfermedades respiratorias como la enfermedad pulmonar obstructiva crónica y la insuficiencia respiratoria aguda fueron las patologías más frecuentes en la morbilidad y mortalidad del servicio de medicina interna del hospital universitario de La Samaritana.

*Planes territoriales de salud
elaborados por estudiantes de la
especialización en epidemiología,
Fundación Unversitaria Juan N.
Corpas, 2011*

**PLAN DE SALUD TERRITORIAL DE SAN LUIS DE PALENQUE,
CASANARE, 2008 - 2011**

Nelsy Roció Pérez, Rosa Tulia 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 buscaron 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 organizado cronológicamente y conformado por normas de índole constitucional que contienen la protección esencial del

derecho a la salud, parte de las ley 9/79, ley 10/90, ley 1122/07 y la constitución política de 1991, los decretos 1011/06, 3039/07, 028/08, y 425/08, las resoluciones 1043 de 2006, 3042 de 200, 2844 del 2007 y 4285 de 2007; el marco conceptual presenta alcance, tres enfoques y 22 principios de los cuales ocho son descritos en el decreto 3039 y 14 en la ley 152 de 1994; se presentan las políticas y estrategias municipales junto con la priorización de objetivos y metas nacionales al 2011.

Se identificaron las generalidades, los antecedentes históricos y las características geográficas, políticas, sociales, educativas y económicas del departamento del Casanare y del municipio de San Luis de palenque; según proyecciones del censo DANE 2005 a 2011 la población de San Luis del palenque para el año 2008 era de 7542 personas, de las cuales 1990 (el 26,4 %) residían en el área urbana y 5552 (el 73,6 %) en el área rural; 4159 (55,1 %) eran hombres; la pirámide poblacional es propia de un municipio joven con una base ancha y una finalización en forma de pico; la población entre cero a 19 años representó el 45,3 %, la de 20 a 44 años el 34,3 %, la de 45 a 64 años el 15,4 % y la de 65 y más años el 4,8 %; a diciembre del 2008 el 93,5 % de la población estaba afiliada al régimen subsidiado; el municipio no cuenta con agua potable y se emplea el agua de la parte baja de la cuenca del río Pauto, se cuenta con un acueducto veredal y dos pozos profundos que abastecen la cabecera municipal, el municipio cuenta con una planta de tratamiento de aguas con capacidad de 18 IPSS; el sistema de alcantarillado y de recolección de

basuras cubre el 95 % del área urbana, la disposición final de las basuras se realiza en el relleno sanitario del municipio de Yopal-Macondo II, la cobertura de energía eléctrica cubre el 88% del área urbana y el 49% del área rural, las necesidades básicas insatisfechas para el municipio fueron del 53,5 %

El municipio cuenta con un centro de salud municipal en el cual durante el 2008 se presentaron 1229 atenciones por urgencias, 94 943 por consulta externa, 2116 por odontología y 138 por hospitalización. Las principales causas de consulta en los diferentes servicios se organizaron por grupos de edad y sexo; a través de sistema de vigilancia SIVIGILA fueron notificados 653 eventos; el 69 % correspondió a infecciones respiratorias agudas, el 17 % a enfermedad diarreica aguda, la varicela al 6,5 % , la hepatitis al 5,2 % y el dengue clásico al 1,7 %; se registraron 156 personas discapacitadas de las cuales el 23 % corresponden a discapacidad por deficiencias en el aparato locomotor.

Durante el 2008 se presentaron 21 defunciones, con una tasa general de mortalidad registrada por causas directas de 19,4 por 10 000 habitantes; las principales causas de mortalidad por causa directa fueron el paro cardiorespiratorio con un tasa de 9,2 por 10 000 habitantes, el infarto agudo de miocardio y el ahogamiento por inmersión con tasas de 1,8 por 10 000 habitantes cada uno; en cuanto a la mortalidad sentida en el área urbana la priorización estuvo orientada a los problemas de violencia intrafamiliar, maltrato infantil y abuso sexual, embarazos prematuros falta de

planificación familiar, problemas bucales, parasitismo, dengue, enfermedades cardiovasculares, enfermedades respiratorias y enfermedades de transmisión sexual; en el área rural los problemas se relacionan con el agua no potable y problemas de saneamiento básico como trastornos de desnutrición, enfermedades transmitidas por vectores y diarrea.

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 realizó el diagnóstico financiero, el análisis de indicadores y el análisis coyuntural y se presentó el plan de inversiones y sus fuentes de financiación, incluyendo los planes plurianuales de inversiones por eje programático; se presentaron 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 DE FLANDES, TOLIMA, 2008-2011

Tania Carolina Hernández, Lorena Luz Muñoz

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 buscaron 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 organizado cronológicamente y conformado por normas de índole constitucional que contienen la protección esencial del derecho a la salud, parte de las ley 9/79, ley 10/90, ley 1122/07 y la Constitución política de 1991, los decretos 1011/06, 3039/07, 028/08, y 425/08 y las resoluciones 1043 de 2006, 3042 de 200, 2844del 2007 ,4285 de 2007, y la 4288 de 1996; el marco normativo se soporta con lo establecido en el decreto 3039 y la ley 1122 del 2007 y se compone de un alcance, ocho principios, cinco enfoques , cinco líneas de políticas nacionales las políticas objetivos y metas nacionales establecidas en la resolución 425 del 2008.

En el análisis de la situación de salud del municipio se presentó una breve reseña histórica, se identificaron las generalidades, los antecedentes históricos y las características geográficas, políticas, sociales, educativas y económicas del departamento y del municipio; de acuerdo con el censo del 2005, en Flandes se encontraban establecidas para ese año 6941 viviendas, entre 1193 y el 2005 el número de unidades habitacionales aumentó en 63% con una variación absoluta de 2690. Según proyecciones del censo DANE 2005 a 2011 la población de Flandes para el año 2008 era de 28 228 personas y para el 2011 de 28 699 personas, de los cuales el 51 % son mujeres; el 8,9 % se encontraban entre los cero a los cuatro años, el 20,1 % entre cinco y 14 años, el 43,4 % entre 15 a 44 años, el 15,1 % entre 45 a 59 años y el 12,2 % tenía 60 años o más; de acuerdo con la información del SISBEN y la dirección local de salud el número de personas afiliadas al régimen subsidiado pasó de 8607 en el 2006 a 9881 en el 2008, el 13,8 % perteneciente a los niveles 1 y 2 no se encontraba afiliada al SISBEN del municipio, el 33,5 % no se encontraba afiliada a algún sistema de seguridad social, el 37,7 % se encontraba en el régimen subsidiado y el 2,7 % se encontraba afiliada como población especial. El municipio cuenta con una empresa de servicios públicos que cubre la prestación de servicios de acueducto y alcantarillado para 10 003 suscriptores 9900 en la cabecera municipal y 103 en el sector rural, a cobertura del suministro de agua potable es 24 horas al día, la cobertura de energía es del 96 % y se encuentra un alto consumo de energía eléctrica no contabilizada.

El primera evento de consulta por consulta externa de la población en Flandes Tolima es el examen médico general con 4483 casos y una tasa de 16,0 por 10 000 habitantes seguida del control de crecimiento y desarrollo con 2866 y una tasa de 10,2 por 10000 y en tercer lugar la rinofaringitis aguda con 1237 casos y una tasa de 4,4 por 10000 habitantes. Los primeros eventos por los cuales se consulta en el servicio de urgencias fueron rinofaringitis aguda con 26,8 %, fiebre no especificada con 21,5 %, diarrea y gastroenteritis con 14,7 %, infecciones de vías urinarias con 6,8 %; el municipio de Flandes no cuenta con servicio de hospitalización y los pacientes muy enfermos se remiten a municipio aledaños. Según el censo 2005 DANE el municipio contaba con 424 habitantes con algún tipo de discapacidad para esta época; el 27,3 % presentaban discapacidades a nivel locomotor seguido por el 20,7 % con incapacidades del sistema nervioso, 17,4 % con discapacidades de voz y el habla, 14,3 % discapacidad visual y 8.4 % con discapacidad auditiva. Dentro de los eventos reportados por el SIVIGILA con mayor frecuencia se encontró la infección respiratoria aguda con una tasa de 29,8 por 10 000 habitantes, la enfermedad diarreica aguda con 12,7 por 10 000 habitantes, la tuberculosis pulmonar con 0,29 por 10 000 habitantes, la exposición rábica y la leishmaniasis cutánea con 0,07 por 10 000 habitantes cada una y la hepatitis B y la intoxicación por plaguicidas con una incidencia de 0,04 por 10 000 habitantes. Las diez primeras causas de defunción durante el 2010 en el municipio fueron las enfermedades isquémicas del corazón, los tumores malignos en partes no

especificados, las enfermedades respiratorias crónicas, las enfermedades cerebro vasculares, los homicidios, los accidentes de tránsito, la hipertensión arterial las infecciones respiratorias agudas, las infecciones intestinales y las enfermedades del aparato circulatorio. Se determinaron 14 problemas prioritarios en salud y para cada uno de ellos se describieron los factores de riesgo relacionados; los 14 problemas prioritarios fueron enfermedades cardiovasculares, agresiones, maltrato, inclusive secuelas, accidentes de tránsito, hipertensión arterial, enfermedades del sistema circulatorio, diarrea y gastroenteritis de origen infeccioso, enfermedades isquémicas del corazón, infección respiratoria aguda, infección de vías urinarias, consumo de sustancias psicoactivas, tumores malignos no especificados, enfermedades respiratorias crónicas, dolores abdominales no especificados, diabetes mellitus no especificada.

En la parte estratégica del plan se exponen la visión, la misión, el propósito, los arboles de objetivos , las metas y las estrategias por cada 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 presentaron 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 DE CALOTO,
CAUCA, 2008-2010

Yaneth Cristina Acevedo, Claudia Lorena Dinás, Jorge Alberto Gómez, María Patricia López

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 buscaron 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 obtuvieron los 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, 152/94, ley 179/94, ley 134/94, resolución 4288 /96, decreto 1416/90, decreto 1757/94 decreto 1011/06, decreto 3039/07, decreto 1018/07. En el marco conceptual se incluyen los tres enfoques, los 31 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; según proyecciones del censo DANE 2005 a 2011 la población de Caloto disminuyó un 47 % a partir del año 2007 por el conflicto armado, pasando de 36 921 habitantes en el 2005 a 17 408 habitantes en el 2007, la cual se mantiene con una población uniforme hasta el 2011; la población se ha mantenido con 49,3 % de hombres, para el 2008 los niños y niñas ocupaban el 40 % de la

población y según proyecciones del DANE para el 2011 habría un total de 6778 niños y niñas en el municipio, los jóvenes ente 19 y 29 años ocupaban el 12,8 % y los adultos mayores de 60 años y más representaban el 4,2 % de la población; el 79,7 % de la población pertenece al régimen subsidiado del nivel I del SISBEN tiene el 63 %, el nivel II el 32 % y el nivel III el 1,4 %; se distinguen tres etnias: la etnia indígena concentrada en resguardos con 48,8 %, los mestizos con 27,6 % y los afrocolombianos con un 23,5 %. Caloto se compone de dos grandes zonas una plana que abarca el 30 % del territorio y una montañosa que ocupa el área restante, el territorio está dividido en 52 veredas que se organizan en cinco zonas en la parte rural o montañosa y cinco corregimientos con tres resguardos indígenas. La cabecera municipal de Caloto tiene 1005 viviendas, se abastecen con un sistema de acueducto por gravedad administrado por la empresa Empocaloto la cual tiene una cobertura del 98 %; no se cuenta con un drenaje de aguas lluvias y la cobertura de alcantarillado sanitario se realiza con un plan maestro que recoge, concentra y reduce la carga contaminante que generan las aguas residuales; la recolección de basuras se realiza dos veces por semana y la disposición final se realiza en un terreno en el municipio de Miranda, el servicio de energía es suministrado por las Centrales Eléctricas del Cauca S.A CEDELCA; el municipio cuenta con un sistema de infraestructura vial bien estructurado que lo comunica con las zonas aledañas. A nivel departamental el municipio ocupaba en el 2008 el primer lugar en cuanto al número de industrias instaladas generando el más alto valor agregado entre los municipios del

departamento. En la economía del municipio se destacan el cultivo de productos tradicionales y el ingreso de nuevas tecnologías agrícolas.

Los principales eventos atendidos en el servicio de consulta externa en el municipio fueron examen odontológico 24,6 %, controles rutinarios de salud 22,7 %, fiebre no especificada 14,3 %, resfriado común 13,8 %, infecciones virales 11,5 % y cefalea 10 %; por eventos prioritarios del SIVIGILA se encontró infección respiratoria aguda con 63,3 %, enfermedad diarreica aguda 35,3 %, exposición rábica 0,62 %, dengue 0,37 %, enfermedades transmitidas por alimentos de notificación individual 0,17 % e intoxicación por plaguicidas 0,04 %; las cinco primeras causas de defunción en el municipio fueron las enfermedades cardiovasculares, agresiones inclusive secuelas, enfermedades isquémicas del corazón, infecciones respiratorias agudas y enfermedades del sistema urinario.

Con la priorización se encontraron 18 problemas de salud que fueron enfermedades cerebro vasculares, enfermedades isquémicas del corazón, dengue grave, infección respiratoria aguda, hipertensión esencial, agresiones, intoxicación por plaguicidas, tumor maligno de mama, violencia intrafamiliar, exposición rábica, tumor maligno de próstata, de estómago, de tráquea y pulmón, enfermedad de vías superiores altas, traumatismos múltiples, diarrea y gastroenteritis de origen infeccioso.

Se realizaron 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
PANDI, CUNDINAMARCA, 2008-2011**

Grace Alejandra Ávila, Diana Milena Cucaita, Francy Cecilia Perdomo, Tulia Alejandra Sepúlveda

Objetivos específicos: describir 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 revisaron los documentos que constituyen el marco normativo, legislativo y conceptual; se buscaron 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 obtuvieron mapas en planeación, se hicieron mapas de riesgo y de factores de riesgo del municipio; se establecieron los eventos prioritarios de salud.

Resultados: se realizó la revisión de la documentación pertinente a la normatividad internacional, nacional y territorial, destacándose el programa general de trabajo 2006-2015 de la OMS y la agenda de salud para las Américas 2008-2017 de la OPS; la constitución política de Colombia del 91, las leyes 9/1979, 10/1990, 100/1993, 152/1994, 338/1997, 687/2001, 1122/2007 y la ley 1164/2007, los decretos 111/1996, 3518/2006 el 3039/2007; las resoluciones 4288/1996, 3734/2005, 5123/2006, 3763/2007 y la 4204/2008 y en el orden territorial se describen la ordenanza 009 del 2008, los decretos 49,50 y 51 del 2008 y los acuerdos 08, 17 y 49 del 2008. Se describen el alcance, los principios los enfoques, las líneas de política y las prioridades, objetivos y metas nacionales.

Se identificaron las características geográficas, políticas, sociales, educativas y económicas del municipio; al año 2010 las proyecciones DANE mostraban una población 5552 personas, 1093 ubicadas en el área urbana y 4232 en el área rural; el 53 % con hombres; la pirámide poblacional es propia de un municipio joven con una base ancha y una finalización en forma de pico; la población menor de 20 años representó el 38,4 %, la de 20 a 44 años el 31,1 %, la de 45 a 64 años el 19,7 % y la de 65 y más años el 10,6 %; al año 2010 la población

clasificada en los niveles uno y dos del SISBEN equivalía a 4681 habitantes, la población afiliada al régimen subsidiado era de 4267 personas; el 76,9 % y el 9,1 % de las personas se clasificaban como vulnerables. Según el DANE para el año 2010 la población con discapacidad en el municipio era de 1265 personas de las cuales, el 19,2 % presentaban discapacidad en el aparato locomotor, 16,3 % en el sistema nervioso, 16,1 % ciega y 12,3 % presentaban discapacidad en el sistema cardiorespiratorio.

Las principales causas de morbilidad en el municipio fueron hipertensión esencial, rinofaringitis aguda, enfermedades inflamatorias de la vagina, gastritis y duodenitis, dorso lumbalgia, infección de vías urinarias, diarrea y gastroenteritis, cefalea y enfermedades de la pulpa y tejidos peri apicales; los principales eventos de interés en salud pública encontrados durante el periodo 2008-2010 fueron exposición rábica, varicela, dengue, parotiditis, enfermedades transmitidas por alimentos y sífilis gestacional. En cuanto a la mortalidad por grupos de edad y sexo se evidenció que los hombres mayores de 65 años presentaron el 66,7 % de las defunciones, las muertes en edad fértil para hombres y mujeres correspondieron al 15,2 % con un predominio en hombres igual que el grupo de 45 a 64 años. Las causas más frecuentes en el municipio de Pandi fueron enfermedades isquémicas del corazón, enfermedades cerebro vasculares, enfermedades de las vías respiratorias inferiores, infecciones respiratorias agudas, tumores malignos y enfermedades del sistema digestivo. Se realizó la priorización de los problemas de salud en el

municipio analizando 42 eventos considerados de mayor importancia según el perfil del municipio y a percepción de la comunidad y para cada uno de ellos se realizó en análisis de los factores de riesgo.

En la planeación estratégica del municipio se presentan la visión, la misión, el propósito, los objetivos, las metas y las estrategias por eje programáticos y áreas sub programáticas, como base para los programas y proyectos que buscan dar solución a los problemas identificados en el análisis de situación de salud.

En el plan de inversiones se presenta el diagnóstico financiero, las proyecciones, las fuentes de financiación, los presupuestos plurianuales del municipio teniendo en cuenta los eje y áreas sub programáticas; se presenta también el plan de intervenciones colectivas y los elementos de seguimiento y evaluación del plan que incluyen resultados esperados con los indicadores de resultado del plan.

**EVALUACIÓN DEL PLAN DE SALUD TERRITORIAL, MUNICIPIO
REPELÓN, ATLÁNTICO, 2007-2010**

Adriana Lisbeth Barreto, Liliana Judith Coronado, Ruth Erlide Quimbayo, Andrea Emilse 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 revisaron los documentos que constituyen el marco normativo, legislativo y conceptual; se buscaron 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 obtuvieron mapas en planeación, se hicieron mapas de riesgo y de factores de riesgo del municipio; se establecieron los eventos prioritarios de salud.

Resultados: se revisó el marco normativo internacional, nacional y territorial, se escogieron las normas con criterio jerárquico descendente, haciendo referencia a aquellas de mayor relevancia para el plan, entre ellas se destacan la agenda de salud para las Américas del 2008-

2017, el convenio 159 de la OIT de 1983, la constitución política de Colombia, los actos legislativos 01 del 2001 y 04 del 2007, las leyes 100 de 1993, 136 de 1994, 152 de 1994, 507 de 1999, 691 del 2001, 1450 del 2011 y el proyecto de ley 179 del 2011, además los decretos 77 de 1987, 3039 de 2007, 0028 del 2008, 4580 del 2010, 031 del 2002, 052 bis del 2001 y las resoluciones 4288 de 1996, 412 del 2000, 1013 del 2005, 3442 del 2006, 425 del 2008, 968 del 2002 y 107 del 2005. Además se incluyen los cinco criterios que se deben tener en cuenta en el plan de salud que coadyuvan en la elaboración de estrategias, políticas y metas necesarias para llevar a cabo los objetivos del plan.

Se describieron los aspectos generales, las características geográficas, políticas, sociales y económicas del municipio, se realizaron los mapas de infraestructura y dotación social, de las necesidades básicas insatisfechas, de SISBEN y estratificación; de acuerdo con el censo 2005 del DANE la población proyectada para el año 2010 era de 24 427 habitantes. El 51,4 % eran hombres, se observa una pirámide poblacional con una base ancha y rápida disminución en la cúspide lo que representa alto índice de natalidad y mortalidad; el 43,5 % de la población se encontraba entre los cero y los 19 años, el 34,6 % entre los 20 y los 44; el 15,1 % entre los 45 y los 64 y el 6,5 % tenía 65 o más; para el 2010 el municipio tenía 26337 habitantes afiliados al régimen subsidiado y 876 al régimen contributivo; en cuanto al registro de la población en el SISBEN se encuentran 3012 beneficiarios, 2564 en el nivel uno, 413 en el nivel dos, 33 en el nivel tres y dos

en el nivel cuatro; para el año 2010 las necesidades básicas insatisfechas del municipio eran de 52,3 %, y las necesidades básicas insatisfechas a nivel departamental estaban en 24,7 %, el municipio cuenta con los servicios de acueducto, telefonía, energía eléctrica y recolección de basuras pero no cuenta con servicio de alcantarillado.

Los principales eventos motivo de consulta en el servicio de urgencias del municipio durante el año 2010 fueron fiebre no especificada, dolor abdominal, cefalea, asma no alérgica, náuseas y vómito, diarrea y gastroenteritis de origen infeccioso, insuficiencia respiratoria aguda, hipertensión arterial, infección de vías urinarias, colitis y gastritis no especificada y lumbago; en el servicio de consulta externa fueron hipertensión esencial, infección respiratoria aguda, infección de vías urinarias, cefalea y fiebre no especificada; los eventos notificados por el SIVIGILA fueron infección respiratoria aguda, enfermedad diarreica aguda, dengue clásico, accidente ofídico, tuberculosis pulmonar y varicela; los eventos que ocasionaron más defunciones en el municipio fueron enfermedades isquémicas del corazón, tumores malignos, enfermedades cerebro vasculares, diabetes mellitus y enfermedades respiratorias crónicas. Con base en los resultados de morbilidad y mortalidad y teniendo en cuenta la magnitud del problema, la gravedad del daño, la efectividad de las medidas de control, el impacto económico y la percepción de la comunidad se priorizaron 42 eventos en salud para los cuales se describen los factores de riesgo conductuales, ambientales, biológicos y sociales; además se realizaron los mapas de riesgo del municipio y el árbol de

problemas. Los diez primeros eventos fueron infecciones respiratorias agudas, hipertensión esencial, consumo de alcohol, violencia familiar, diarrea y gastroenteritis de origen infeccioso, consumo de sustancias psicoactivas, desnutrición, infección de vías urinarias, accidentes de transporte terrestre y enfermedades cerebrovasculares.

Se hizo la planeación estratégica del municipio la cual contiene visión, misión, propósito, objetivos, metas y estrategias por eje y áreas sub programáticas, como base para los programas y proyectos que buscan dar solución a los problemas identificados en el análisis de situación de salud. Se presentó el plan de inversiones con el diagnóstico financiero, análisis estructural, análisis de indicadores, las proyecciones, las fuentes de financiación los presupuestos plurianuales del municipio teniendo en cuenta los eje y áreas sub programáticas; se presenta también el plan de intervenciones colectivas y los elementos de seguimiento y evaluación del plan que incluyen resultados esperados con los indicadores de resultado del plan.

REFORMULACIÓN PLAN TERRITORIAL DE SALUD, SAN MARCOS,
SUCRE, 2008-2011

Dulima Esther Pérez, Rocío Del Socorro González, Naylin
Esther Mendoza, Marlen Tereza Rivera

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 buscaron 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 obtuvieron mapas en planeación, se hicieron mapas de riesgo y de factores de riesgo del municipio; se establecieron los eventos prioritarios de salud.

Resultados: el marco normativo se estableció en orden cronológico y jerárquico, articulando las leyes, decretos, CONPES y acuerdos, partiendo de la normatividad nacional a la territorial se incluyen la constitución política de 1991, el acto legislativo 04/2007, el acuerdo 57/1994, ley 9/1979, acuerdo municipal 002/1986, ley 38/1989, , ley 100 de 1993, ley 819/2003, decreto 785/2005,compes 91/2005, ley 1122/2007, resolución 3042/2007, resolución 425/2008, CONPES 113 y 117 del 2008.se describe el alcance, los enfoques, los principios, las líneas de política y las prioridades, objetivos y metas nacionales.

Se describen las características generales del municipio de san marcos, sucre, su reseña histórica, geografía, división política, se realizaron los mapas de infraestructura y dotación social, de las necesidades

básicas insatisfechas, de SISBEN y estratificación. Según los censos (1993 -2005) el municipio aumentó su población en 1993 era de 38 741 habitantes y en el 2005 era de 50 286. La población de san marcos equivale al 6,2 % de la población total del departamento de sucre, 51 % hombres, el 58 % de la población habita el área urbana y el 42 % el área rural; e 57,9 % vive en la cabecera municipal el 20,8 % en centro poblado y el 21,2 en zona rural; el 46,6 % de la población está entre los cero y los 19 años, el 33,7 % entre los 20 y los 44; el 19,4 % entre los 45 y los 64 y el 6,1 % tenía 65 o más; debido a factores de orden público ente los años 1998 y 2007 abandonaron el municipio 1204 personas correspondientes a 275 hogares y se recibieron 155 personas correspondientes a 174 hogares. Para el año 2005 las necesidades básicas insatisfechas eran del 85,9 % la población con mayores carencias se encontraba en la zona rural. El 85,9 % de las viviendas tiene conexión a energía eléctrica, el 7,3 % tiene conexión a alcantarillado, el 81,6 % de la cabecera municipal y el 60% del área rural tienen acueducto y el 4,1 % de la población tiene servicio de recolección de basuras.

Las principales causas de morbilidad general por consulta externa en el municipio para el año 2008 fueron insuficiencia respiratoria aguda, infección de vías urinarias, hipertensión arterial, vaginitis, parasitosis, embarazo, gastritis, anemia, enfermedad diarreica aguda, dolor abdominal, cefalea, caries, fiebre, dermatitis y rinofaringitis; en el servicio de urgencias fueron enfermedad diarreica aguda, hipertensión arterial, fiebre, asma, dolor abdominal, infecciones urinarias, anemia, cefalea y dolor agudo; en el servicio

de hospitalización fueron infección respiratoria aguda, infecciones urinarias, abscesos, embarazo, enfermedad diarreica aguda, celulitis, hipertensión arterial y enfermedades cardiacas; los eventos reportados por el sistema de vigilancia epidemiológica fueron varicela, malnutrición, malaria, exposición rábica, hepatitis a, intoxicación por sustancias químicas, sífilis gestacional, enfermedades transmitida por alimentos e intoxicaciones por fármacos. El 8,7 % de la población presentaba algún tipo de discapacidad, la ceguera ocupa el 3,4 % y las limitaciones de movimiento el 2,6 %.

Las principales causas de mortalidad en el municipio fueron las enfermedades del sistema circulatorio, neoplasias y tumores, enfermedades transmisibles, traumatismos y causas externas, afecciones perinatales y embarazo parto y puerperio. Los eventos de más prioridad fueron muerte materna y enfermedades relacionadas con el embarazo, parto y puerperio, malnutrición, diarrea, enfermedades de transmisión sexual, enfermedad respiratoria aguda, cáncer uterino, infarto agudo de miocardio, enfermedades transmitidas por vectores, accidente cerebro vascular y mortalidad perinatal; se establecieron los factores de riesgo para cada evento y se realizaron los mapas de riesgo y el árbol de problemas del municipio

Se hizo 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 realizó el diagnostico financiero, el análisis de indicadores y el análisis coyuntural y se presentó el plan

de inversiones y sus fuentes de financiación, incluyendo los planes plurianuales de inversiones por eje programático; se presentaron 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, ZIPAQUIRÁ, 2009

Juan Camilo Gutiérrez, Lady Cristina González, Lesly M. Guasmayan, Carmen E. Rincón

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 buscaron 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 obtuvieron mapas en planeación, se hicieron mapas de riesgo y de factores de riesgo del municipio; se establecieron los eventos prioritarios de salud.

Resultados: se estableció el marco normativo del municipio enunciando las normas nacionales y territoriales de manera cronológica y jerárquica, entre ellas cabe resaltar, la Constitución política de Colombia de 1991, las leyes 38/1989, 100/1993, 338/1997, 715/2001, 1122/2007 y 1151/2007; los decretos 111/1996, 3518/2006, 3039/2007, 063/2000 y 042/2008; las resoluciones 0425/2008, 3042/2007 y 4204/2008 y los acuerdo 01 y 02 del 2008 del Consejo territorial y 7, 8 y 10 del 2008 del Consejo municipal de Zipaquirá; además se describe el alcance, 21 principios y tres enfoques, las líneas políticas nacionales y las prioridades objetivos y metas en salud del municipio.

Se presentan los aspectos históricos, geográficos, político administrativos, socioeconómicos y culturales del municipio; según las proyecciones de población del censo 2005, para el año 2009 la población en Zipaquirá era de 112 745 habitantes. Con una pirámide poblacional en forma de campana que muestra una población joven, con 51 % de mujeres, con un 38,7 % de la población de menores de 20 años, el 37,5 % entre los 20 y los 44; el 17,4 % entre los 45 y los 64 y el 6,2 % de 65 o más años; el 57,3 % de los pobladores de Zipaquirá en el 2007 nacieron en el municipio, el resto provenía de otros municipios o tenían procedencia desconocida; la tasa bruta de natalidad para el 2009 fue de 10,57 por 1.000 habitantes y la tasa general de fecundidad para el

mismo año era de 43,5 nacidos vivos por cada 1.000 mujeres en edad fértil; el total de afiliados al sistema de seguridad social para el año 2009 era de 116 196 personas de los cuales el 67 % se vinculó al régimen contributivo, 29 % al subsidiado y el 4 % a población vinculada; a diciembre del 2007 el necesidades básicas insatisfechas era e 12,3 %, en el área rural era de 18,7 % y en el área urbana de 11,4 %; el 2,5 % de la población se encontraba en situación de miseria, para el año 2006 el índice de calidad de vida se calculó en 78.9 %.

Los principales causas de morbilidad general en el servicio de consulta externa en el municipio fueron dolor abdominal, faringitis, síndrome febril, embarazo, diarrea, síndrome emético, infección de vías urinarias gastritis y lumbago; en el servicio de urgencias fueron dolor abdominal, síndrome febril, faringitis, cefalea, síndrome emético, infección de vías urinarias y lumbago; en el servicio de hospitalización fueron parto y post parto, neumonía y bronconeumonía, infección de vías urinarias, complicaciones en el embarazo, cesáreas, apendicetomías, bronquitis y bronquiolitis y amenazas de aborto; según el sistema de vigilancia epidemiológica se reportaron 16 eventos principales de morbilidad entre los que se estaban varicela, exposición rábica, sospechas de influenza h1n1, hepatitis a, violencia intrafamiliar, infecciones respiratorias agudas, parotiditis y tuberculosis; las principales causas de mortalidad fueron enfermedades isquémicas del corazón, enfermedades respiratorias crónicas, agresiones y secuelas, accidentes de transporte terrestre, eventos de intenso no determinada, enfermedades del sistema urinario y diabetes mellitus.

Según e DANE para el año 2010 se presentaron 745 casos de discapacidad correspondientes a una tasa de 6,6 por cada 1.000 habitantes. Se realizó la priorización y se encontraron 15 problemas prioritarios de salud entre los cuales están las enfermedades isquémicas del corazón, cáncer, enfermedades cerebro vasculares, agresiones, infección de vías respiratorias, diabetes, enfermedades del sistema urinario, mortalidad perinatal y materna; para cada uno se especificaron los factores de riesgo; además se realizó el diagnóstico de la capacidad institucional, técnica y operativa para el desarrollo e implementación de la vigilancia en salud pública del municipio y se realizaron los mapas de riesgo y el árbol de problemas del municipio.

La parte propositiva del plan presenta la visión, la misión, el propósito, los objetivos, las metas y estrategias estructuradas por eje y área sub programática y se incluye la matriz de armonización del plan territorial con el plan departamental de salud, el plan nacional de salud y los objetivos del milenio; en el plan de inversiones se incluyen el diagnóstico financiero, el análisis estructural, el análisis coyuntural, el análisis de gestión junto con las proyecciones y fuentes de inversión por eje programático y el árbol financiero. Se presentan los elementos de seguimiento, evaluación, control y rendición de cuentas establecidos por el Ministerio de la Protección Social.

PLAN DE SALUD DEL MUNICIPIO DE VILLETA, 2009

Yaneth Gómez, Carolina Romero, Sonia Díaz.

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 buscaron 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 obtuvieron mapas en planeación, se hicieron mapas de riesgo y de factores de riesgo del municipio; se establecieron los eventos prioritarios de salud.

Resultados: se organizó el marco normativo del municipio de manera jerárquica y cronológica incluyendo las principales normas a nivel nacional y territorial; dentro de estas se las más representativas encontramos las leyes 10 de 1990, 100 de 1993, 152 de 1994, 1122 del 2007, 1176 del 2007 y 1151 del 2007; los

acuerdos 001 y 002 de 1994, 025 de 1995 y 117 de 1998; los decretos 3042 del 2007, 028 del 2008, 133 del 2010 y 133 del 2010, las resoluciones 3384 de 2000, 412 del 2000, 969 del 2002 y 20618 de 2008; y las ordenanzas 021 del 2001 y 009 de 2008; además se incluyen el alcance, los principios y las líneas política nacionales establecidos por el decreto 3039 del 2007 ,los enfoques especificados por la resolución 425 del 2008, y las prioridades, objetivos y metas nacionales que aplican para el municipio.

Se presentaron la reseña histórica y las características geográficas, sociales, económicas y culturales del municipio; según los datos de las proyecciones censo DANE 2005 el municipio de Villeta tenía una población de 24 803 habitantes para el año 2009; la población urbana era de 15 130 y la rural era de 9 673; el 51 % de la población estaba compuesta por hombres; el 37 % de la población está entre los cero y los 19 años, el 33,8 % entre los 20 y los 44; el 19,2 % entre los 45 y los 64 y el 9,8 % tenía 65 o más; para el año 2010 la tasa de crecimiento anual era de 1,83 por mil. Según información de la oficina arrojada por el SISBEN 14 652 personas (el 59 % de la población) estaba afiliada al régimen subsidiado, 5 719 (el 23 %) al régimen contributivo y 3 712 (el 14,3 %) era vinculada; en general el municipio cuenta con todos los servicios básicos el 64 % de la población tiene alcantarillado, el 81,5 % con acueducto y agua potable, el 28 % tiene servicio de telefonía, el 66,6 % tiene servicio de recolección de basuras y el 26,6 % las queman o entierran; el área rural del municipio presenta un

necesidades básicas insatisfechas de 21,3 % y el área urbana presenta un 12,4 %.

Las principales causas de morbilidad en el servicio de consulta externa fueron hipertensión arterial (34,9 %), cefalea (9,4 %), rinofaringitis (9,2 %), parasitismo intestinal (6,7 %), infección de vías urinarias (5,7 %), lumbago (5,7 %), vaginitis (5,4 %) y diabetes mellitus (5,0%); en el servicio de urgencias los eventos más frecuentes fueron politraumatismos (19,2 %), rinofaringitis con (12,1 %), dolor abdominal (11,5 %), fiebre con escalofrío (10,7 %), diarrea y gastroenteritis (10,5 %), cefalea (6,3 %) infección de vías urinarias (5,5 %); en el servicio de hospitalización fueron bronquiolitis (28,6 %), infección de vías urinarias (19 %), ictericia neonatal (14,3 %), bronquitis (9,5 %), síndrome bronco obstructivo (7,1 %) y neumonía (7,1 %). El sistema de vigilancia epidemiológica reportó 19 eventos diferentes entre los cuales se destacan dengue, exposición rábica, varicela, leishmaniasis, tuberculosis pulmonar, influenza, sífilis gestacional, mortalidad perinatal y accidentes ofídicos. Dentro de los principales causas de mortalidad en el municipio estuvieron sepsis (18 %), infarto agudo de miocardio (12,5 %), shock séptico (11,1 %), insuficiencia respiratoria aguda (9,7 %), cáncer (8,3 %), falla ventilatoria (8,3 %), arritmia cardíaca (6,9 %) y hipoxia (6,8 %). El 7,2 % de la población presentó algún tipo de discapacidad el 7,9 % en hombres y el 6,5 % en mujeres las principales limitaciones eran ceguera con 742 casos, incapacidad al caminar con 427 casos y discapacidad auditiva con 237 casos. Teniendo en cuenta la morbilidad y mortalidad presentada en el

municipio se establecieron 20 problemas prioritarios en salud entre los que se destacan rino faringitis aguda, traumatismos, hipertensión arterial, infección de vías urinarias, dolor abdominal, neumonía, parasitismo intestinal y síndrome bronco obstructivo; para cada problema se establecieron los factores de riesgo, se realizaron los mapas de riesgo para todo el municipio y se presentó el árbol de problemas.

En el planteamiento estratégico se presentaron la visión, la misión, el alcance, el propósito, los objetivos municipales en concordancia con los objetivos del Plan nacional de salud y las metas y estrategias estructuradas por eje programático y área subprogramática. Se presentó el plan de inversiones con el diagnóstico financiero, el análisis coyuntural, el análisis de gestión, las proyecciones y fuentes de inversión y el presupuesto plurianual, teniendo en cuenta los ejes programáticos y las áreas sub programáticas estipulados en la resolución 425 del 2008; se presentaron 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 INSTITUCIONAL DE SALUD ARMADA NACIONAL DE
COLOMBIA, 2007**

Flor Alba Alarcón, Ana María Urrutia

Objetivos específicos: identificar el marco normativo y legislativo del plan de salud institucional, realizar el análisis de la situación de salud de la institución,

identificar los eventos prioritarios en salud y sus factores de riesgo, 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 revisaron los documentos que constituyen el marco normativo, legislativo y conceptual; se buscaron los datos referentes a características geográfica, demográficas, sociales, económicas, de educación, de dotación social, de salud, de servicios públicos, datos de morbilidad y de mortalidad, se obtuvieron mapas, se hicieron mapas de riesgo y de factores de riesgo de la institución; y se establecieron los eventos prioritarios de salud.

Resultados: en el marco conceptual se describió el Sistema de protección social en el sistema de seguridad social en lo referente al Sistema de salud de las Fuerzas Armadas Militares y de la policía nacionales; en el marco normativo se presentaron de manera jerárquica las normas nacionales e institucionales entre las cuales se destacan la constitución política de Colombia de 1991, las leyes 100 de 1993, 152 de 1994, 578 del 2000, 715 del 2001, 789 de 2002, 812 del 2003, 819 del 2006 y 1110 del 2006; los decretos 1562 de 1984, 1795 del 2000, 1796 del 2000, 2170 de 2002, 2309 de 2002, 205 de 2003, 1891 de 1994, 2376 del 2006 y 2140 de 2000; las resoluciones 4288 de 1996, 13382 de 1984, 2309 de 1986, 0005 del 2000 y 002 de 2003; los acuerdos 001 de 1997, del 002 al 014 de 2001, del 015 al 21 del 2002 y del 023 al 028 del 2003; y los Conpes sociales 91 del

2005 y 104 del 2007. Además se incluye la armonización de la normatividad del Sistema de salud de las Fuerzas Militares y de Policía con el Plan de desarrollo 2006-2010, el documento Visión Colombia 2019, la agenda interna de la productividad y competitividad y las metas del milenio.

Se presentaron las características generales de la institución, la reseña histórica, las características geográficas del territorio nacional y los aspectos demográficos y sociales del personal de la institución; según los datos del centro nacional de afiliación-CENAFDIPER de la Armada nacional, para el primer trimestre del 2007 la población total atendida en los establecimientos de sanidad militar fue de aproximadamente 87 060 usuarios, de los cuales 53 005 (el 61 %) son de sexo masculino, el 18,3 % eran menores de 14 años, el 64,4 % tenía entre 15 a 59 años y 17,1 % tenían 60 o más años; para el periodo en estudio la armada nacional y su dirección de sanidad naval contaba con 22 establecimientos de sanidad militar distribuidos estratégicamente por todo el país; de la población usuaria de los servicios de salud de la armada nacional el 26 % eran cotizantes activos, el 64,5 % estaban afiliados pero no cotizaban (23,4 % retirados y 12,1 % pensionados), el 57,7 % eran beneficiarios de afiliados y el 15,3 % eran usuarios no cotizantes (infantes de marina regulares no profesionales y estudiantes)

Las principales causas de morbilidad en el servicio de medicina general de los diversos establecimientos de sanidad militar fueron infección respiratoria aguda,

hipertensión arterial, lumbalgia, diarrea, faringitis, enfermedad ácido péptica, dermatitis y trauma de tejidos blandos; no se dispone de información detallada de los servicios de urgencias y hospitalización sin embargo en los informes de egreso de estos servicios en algunos de los establecimientos de salud se mencionan las causas de egreso más frecuentes entre las que se encuentran celulitis, neumonía, enfermedades transmitidas por vectores y heridos por arma de fuego y minas anti personas evacuados a las unidades de alto nivel; las principales causas de morbilidad en salud mental fueron trastorno adaptativo, episodios depresivos, problemas conyugales, consumo de sustancias psicoactivas, trastorno negativista desafiante, trastorno de ansiedad y trastorno de estrés posttrauma; la población discapacitada representa una problemática especial para el servicio de sanidad naval por las heridas y politraumatismos generados por armas explosivas los tipos de discapacidad más frecuentes originados en combate fueron lesiones en miembros inferiores 27 %, lesiones en miembros superiores 13,2 %, problemas auditivos 12,4 %, problemas de habla 10,9 %, problemas de visión incluso ceguera 4,7 %; las principales causas de mortalidad en los programas operacionales de la institución fueron combate , ahogamiento, muerte natural, accidente de tránsito, lesión por arma de fuego, suicidio, homicidio caída de altura. Se realizó la priorización de los problemas de salud detectando 15 eventos prioritarios en la institución que fueron infección respiratoria aguda, hipertensión arterial, lumbalgia, enfermedad diarreica aguda, faringitis, faringo-amigdalitis, enfermedad ácido

péptica, dermatitis, infecciones de la piel, infección de vías urinarias, trauma de tejidos blandos, defecto de refracción visual, parasitosis intestinal, cefalea, rinitis y dermatomicosis; para cada evento se establecieron los factores de riesgo relacionados y además se realizó la comparación de los factores de riesgo biológicos, culturales, ambientales y sociales de los diferentes establecimientos de sanidad militar.

En la formulación del plan se presentaron las debilidades, oportunidades, amenazas y fortalezas de la institución a nivel salud, además la visión, la misión, el propósito los objetivos específicos y los proyectos y programas de la institución; se realizó el diagnóstico presupuestal e análisis estructural y de gestión y las proyecciones presupuestales y se presentan los procesos de evaluación y seguimiento establecidas por el Ministerio de Protección Social.

**PLAN LOCAL DE SALUD MUNICIPIO DE ZULIA, NORTE DE
SANTANDER, 2008-2011**

Gonzalo Barreto Núñez, Nohora Herlinda Cadena, Kelly Johana Jerez, Doris Valencia

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 buscaron 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 obtuvieron 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 organizado cronológicamente y conformado por normas de índole constitucional que contienen la protección esencial del derecho a la salud, se incluyeron la constitución política de Colombia de 1991, las leyes 100 de 1993, 152 de 1994, 131 de 1994, 179 de 1994, 338 de 1997, 715 del 2007 y la 1122 del 2007; los decretos 3039 del 2007 y 01338 de 1999, la resolución 425 del 2008 y el conpes social 91 con los objetivos del milenio. El marco conceptual presentó el alcance, cinco enfoques, siete principios, cinco líneas políticas dadas por el decreto 3039/07 y las prioridades en salud pública a nivel nacional.

Se presentaron las características generales del municipio que incluyen los aspectos geográficos, demográficos, socioeconómicos y culturales; según las proyecciones del censo 2005 realizado por el DANE para el año 2007 el municipio de Zulia tenía 20 774 habitantes lo equivalente al 1,63 % de la población del departamento de Norte de Santander; el 49 % de la

población correspondía al sexo masculino, el 55,8 % de la población estaba distribuida en el área urbana; la población económicamente activa se encontraba entre los 20 y los 44 años lo que corresponde al 36 % de la población total, el 45,1 % se encontraba entre los cero y los 19 años , el 13,1 % entre 45 y 64 años y el 5,1 % tenía 65 y más años; teniendo en cuenta la información del SISBEN para el 2008 la población en niveles uno y dos era de 24 784 de los cuales el 61,9 % se encuentran cubiertos con los beneficios del régimen subsidiado; el 42,9 % de la población presenta necesidades básicas insatisfechas; en la cabecera municipal es de 35,6 % y en el resto es de 52,9 %; el 84 % de la población tiene servicio de acueducto que corresponde al abastecimiento de agua de la toma la borriquera del rio Peralonso, el sistema de alcantarillado está en situación crítica por la densidad poblacional, la disposición final de residuos se realiza en el rio Zulia, la recolección de basuras se realiza solo en el casco urbano y una vez por semana en forma sectorizada con una cobertura del 95 %, el servicio de electricidad cubre el 85 % de los hogares el 38 % corresponde a predios rurales y el 62 % a predios en el área rural; para el periodo en estudio existían 370 líneas telefónicas; 323 de uso domiciliario, 14 de dependencias oficiales, cinco públicas y tres del hospital municipal.

Las principales causas de morbilidad en el servicio de consulta externa fueron infecciones respiratorias agudas, caries, poliparasitismo intestinal, infecciones urinarias, hipertensión arterial, enfermedad diarreica aguda, cefalea y lumbago; en el servicio de urgencias

fueron infección respiratoria aguda, fiebre, infecciones urinarias, náuseas y vómito, cefalea, dolor abdominal, infección viral, gastritis, heridas y asma; la morbilidad en el servicio de hospitalización se presta para la atención de partos por lo cual no hay reporte de las patologías en este servicio; los eventos de salud pública reportados por el sistema de vigilancia epidemiológica fueron infecciones respiratorias no neumónicas, enfermedad diarreica aguda sin deshidratación, dengue clásico, varicela, enfermedad similar a influenza, exposición rábica, enfermedades de transmisión alimentaria, hepatitis B, accidente ofídico, intoxicación por plaguicidas y mortalidad perinatal; las principales causas de mortalidad en el municipio fueron infarto agudo de miocardio, muertes perinatales, muertes violentas con armas de fuego, accidentes de tránsito, tumores malignos, ahogamientos, enfermedades cerebro vasculares y muertes fetales no especificadas, se realizó la priorización de los problemas de salud y resultando 11 eventos prioritarios entre los que se encuentran dengue, infección respiratoria aguda, enfermedad diarreica aguda, hepatitis, fiebre, dermatitis, poliparasitismo intestinal, malaria y desnutrición; para todos ellos se establecieron los factores de riesgo; además se identificó los principales problemas de los servicios de salud sentidos por la comunidad y el personal de salud, donde sobresale el largo tiempo de espera en la atención, la falta de ambulancias e insumos médicos y el inadecuado mantenimiento de equipos médicos. Se identificaron los riesgos que existen en el municipio y se ubicaron en mapas de riesgo.

En el marco estratégico se presentan la visión, la misión, el propósito, los objetivos según los ejes programáticos, las prioridades, las metas y las estrategias por eje y área sub-programáticas; se presenta también el plan de inversiones especificando las fuentes de financiación del plan de desarrollo y el mapa financiero del municipio; además se presentaron los elementos de seguimiento y evaluación del plan, incluyendo los resultados esperados con los indicadores de resultado del plan, tomando como parámetro los lineamientos del Ministerio de la Protección Social.