



**GOBERNACIÓN  
VALLE DEL CAUCA**

Secretaría de Salud  
Subsecretaría de Salud Pública

# **INFORME DE EVENTO DE INTERES EN SALUD PÚBLICA SALUD MENTAL Y LESIONES DE CAUSA EXTERNA**

**VIOLENCIA DE GÉNERO  
LESIONES POR ARTEFACTOS EXPLOSIVOS (PÓLVORA Y  
MINAS ANTIPERSONAL)  
LESIONES DE CAUSA EXTERNA  
INTENTO DE SUICIDIO  
CONSUMO DE SUSTANCIAS PSICOACTIVAS  
INTOXICACIONES POR SUSTANCIAS QUÍMICAS**

**VALLE DEL CAUCA, 2018**

## **INFORME DEL EVENTO INTENTO DE SUICIDIO VALLE DEL CAUCA, 2018**

***Víctor Hugo Muñoz Villa***  
***Referente de vigilancia de intento de suicidio***  
***Equipo de Vigilancia en Salud Pública***  
***Subsecretaría de Salud Pública***  
***Secretaría Departamental de Salud Valle del Cauca***

### **1. INTRODUCCIÓN**

El término “suicidio” en sí evoca una referencia directa a la violencia y la agresividad. Aparentemente, sir Thomas Browne fue quien acuñó la palabra “suicidio” en su obra *Religio medici* (1642). Médico y filósofo, Browne creó la palabra basándose en los términos del latín *sui* (uno mismo) y *caedere* (matar). A nivel mundial estimaciones arrojan que solo cerca de 25% de los que llevan a cabo actos suicidas hacen contacto con un hospital público (posiblemente uno de los mejores lugares para la recopilación de datos) y estos casos no son necesariamente los más graves. Los casos informados son por lo tanto solo la punta del iceberg y la gran mayoría pasan inadvertidos. Aproximadamente entre 13% y 35% de los que intentan suicidarse llevan a cabo otro intento posteriormente (1).

El suicidio es un fenómeno global, con significado existencial, impactante, que afecta todas las esferas de la sociedad y que ha acompañado al hombre durante toda su existencia. Históricamente, las sociedades han valorado este fenómeno desde diferentes ópticas: religiosas, sociales, culturales y científicas. En Colombia inicia la vigilancia obligatoria del intento de suicidio desde el año 2016 (evento 356), antes de dicho año solo se notificaban los casos de intoxicaciones con intencionalidad suicida en el evento 365 (intoxicación por sustancias químicas) o algunos municipios llevaban a cabo vigilancia de intento de suicidio de manera autónoma.

#### **1.1 Comportamiento del evento a nivel mundial**

Según la Organización Mundial de la Salud (2013) en el mundo un aproximado de un millón de personas muere por suicidio cada año, es decir, una muerte cada 40 segundos. El suicidio representa 1,4 % de las muertes a nivel mundial y se clasifica entre las 20 principales causas de mortalidad (2).

A nivel mundial, los hombres tienen mayor riesgo de suicidio que las mujeres, con una razón aproximada de 3,5 a 1. Por el contrario, las mujeres presentan mayores intentos de suicidio que los hombres. Una de las razones es que los hombres emplean métodos más letales. En 2015 fue la segunda causa principal de defunción en el grupo etario de 15 a 29 años en el mundo.

Groenlandia tiene la tasa más alta de suicidio (83 por 100.000 habitantes). Con tasas más elevadas en los hombres (116) que en las mujeres (45). Siguen: Rusia (34), Lituania (31), Kazajistan (29), Eslovenia (28).

## **1.2 Comportamiento del evento en América**

América Latina ha tenido históricamente tasas de suicidio que son menores al promedio mundial, por el contrario, América del Norte se ubica en un punto intermedio (Organización Mundial de la Salud, 2013). Los datos de mortalidad en América Latina son inestables o irregulares, especialmente al compararlos con los indicadores de los países europeos (Bertolote y Fleishman, 2002). El retraso en el reporte de los datos es uno de los problemas. En la Región, también existen marcadas disparidades en las tasas de suicidio entre los distintos países, incluso entre algunos con niveles similares de desarrollo (3).

En las Américas, al igual que en otras partes del mundo, las tasas de suicidio en hombres son superiores a las tasas en mujeres, y representan aproximadamente el 79% de todas las defunciones por suicidio. En promedio, la razón hombre-mujer, ajustada según la edad, era de 3,8 en la Región y 4,0 en América Latina y el Caribe. A nivel subregional, América Central, el Caribe hispano y México presentaban la razón hombre-mujer, ajustada según la edad, más alta, 4,2. En cambio en América del Norte, la razón hombre-mujer era menor, 3,7 (1)

La mayoría de los suicidios en la región, 36,8%, se producían en edades entre los 25 y los 44 años, y entre los 45 y los 59 años, 25,6%. Entre las personas de 60 años o más, solo se producían el 19,9% de los suicidios, sin embargo, las personas de 70 años o mayores presentaban una tasa de suicidio de 12,4 por 100.000, la más elevada entre los diferentes grupos de edad en las Américas. La asfixia por ahorcamiento (39,7%), las armas de fuego (33,3%) y el envenenamiento (18,2%) fueron los principales mecanismos utilizados a nivel regional, aunque variaban según la subregión (3).

### **1.3 Comportamiento del evento en Colombia**

El Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses en su sistema de información SIRDEC, reportó para el año 2.018 un total de 2.464 casos por suicidio en Colombia (promedio de 6,7 casos/día), el 67% de los casos ocurrieron por generadores de asfixia (ahorcamiento), el 15% por tóxicos, el 11% por armas de fuego y el 5% por golpe contundente. El grupo quinquenal que presenta mayor proporción de casos es el de 20 a 24 años (14%) y el desencadenante más frecuentemente identificado son los conflictos de pareja (25%) (4).

En total se notificaron al Sivigila nacional 27.649 casos de intento de suicidio, un promedio de 76 casos cada día. La incidencia nacional del intento de suicidio fue de 52,0 casos por 100.000 habitantes, las entidades que superaron ampliamente dicha incidencia y presentaron las más altas son en su orden: Vaupés, Caldas, Quindío, Putumayo, Risaralda y Huila. El 63% de los casos de intento de suicidio se registró en el sexo femenino y el 29,3% en personas de 15 a 19 años. (5).

En el 46,7% de los casos de intento de suicidio notificados a Sivigila, se reportaron conflictos recientes con la pareja, 13,8% problemas económicos, 10,3% maltrato. El mecanismo más usado para el intento de suicidio fue la intoxicación con el 62,4%, seguido de las lesiones con elementos corto punzantes con el 19,9% y el lanzamiento al vacío con 9,0%. El 43,1% presentaba trastorno depresivo, 5,3% trastorno bipolar y 5,0% trastorno de personalidad (5).

## **2. OBJETIVO**

Caracterizar el intento de suicidio de acuerdo a su distribución en variables de tiempo, lugar y persona con el fin de establecer la frecuencia y distribución de la morbilidad registrada para este evento en residentes del Valle del Cauca.

## **3. METODOLOGÍA**

Se hizo un informe descriptivo retrospectivo de los hallazgos encontrados mediante la notificación al Sistema de Vigilancia en Salud Pública (Sivigila) del evento de intento de suicidio en el Valle del Cauca durante el año 2018.

La población en estudio fueron los casos notificados en el Valle del Cauca, cuyo lugar de ocurrencia fue el mismo departamento y que fueron identificados como casos confirmados de intento de suicidio por parte de un servicio de salud de una IPS (Institución Prestadora de Salud) del país.

Las variables que se trabajaron fueron: las que contempla la ficha de notificación de datos básicos (cara A) como sexo, área de residencia, tipo de régimen en salud y grupo poblacional, así como las variables de la ficha de datos complementarios (cara B) como: mecanismo, desencadenantes, intentos previos, factores de riesgo.

A continuación, se describe el proceso de depuración que se hizo a la base de datos. En el año 2018 se notificaron al Sivigila un total de 3102 casos de intento de suicidio, se excluyeron: 90 casos de procedencia fuera del Valle, 30 casos de residentes del Distrito de Buenaventura. Se eliminaron 81 registros correspondientes al mismo número de identidad y misma fecha del hecho. Se identificaron 326 registros de personas reincidentes (diferente fecha del hecho y misma identidad), de los cuales se dejó un solo registro para cada persona (se deja el registro más reciente). Finalmente, se eliminaron siete registros que tenían la letra D en ajuste, el cual corresponde a error de digitación. En total quedaron 2.722 registros de intento de suicidio, en personas que llevaron a cabo el hecho en el Valle del Cauca.

Se hicieron algunos ejercicios de significancia estadística, teniendo en cuenta que los registros no provienen de muestras poblacionales por lo cual; específicamente se utilizó la prueba de Kruskal Wallis para comparación de medianas de las edades.

## **4. RESULTADOS**

### **4.1 Magnitud en lugar y persona**

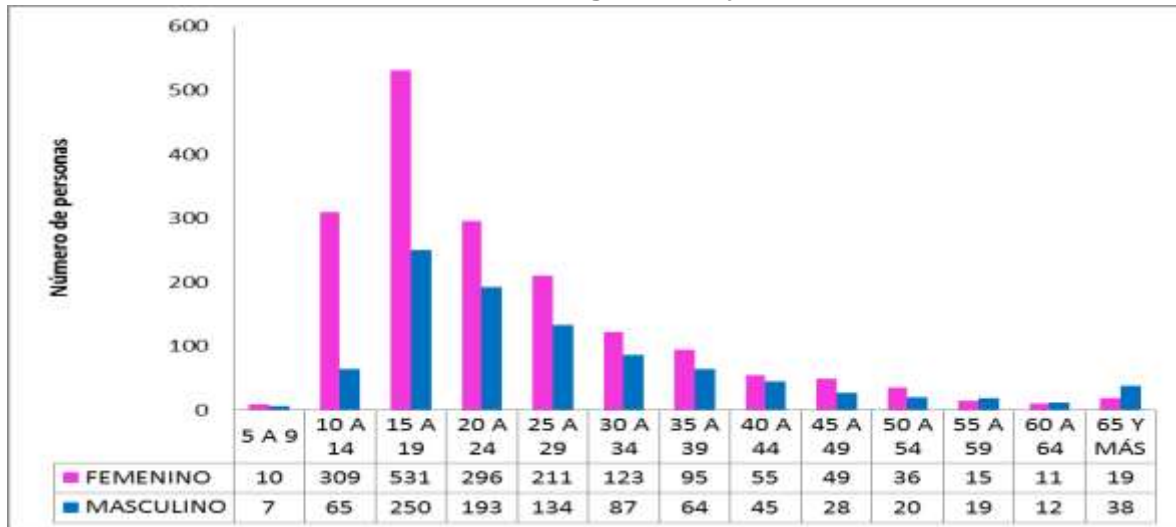
Como se dijo anteriormente, luego de depurar la base de datos, quedaron 2.722 personas que intentaron suicidarse en el Valle del Cauca; en el año 2017 fueron 2.512 casos (aumento del 8,6%). El aumento observado probablemente se debe a mejoras en la notificación y no a un aumento del problema en la población. El 64,6% ocurrieron en mujeres.

## Edad y sexo

La distribución de las edades, permite observar que el grupo de 15 a 19 años presenta la mayor afectación (781 casos, 29%). Ocurrieron 391 casos en menores de 15 años (14%), siendo diferencial por sexo esta afectación, pues del total de casos en mujeres un 18% ocurre en estas edades, mientras en los hombres solo el 7% pertenece a estas edades. Del total de casos en personas de 10 a 14 años el 83% ocurre en mujeres. A medida que aumenta la edad, la diferencia en el número de casos entre los dos sexos se reduce, y para el grupo de mayores de 54 años, el número de hombres es mayor al de mujeres.

El promedio general de edad es de 25,4 años con una desviación estándar de 13,1. La edad mínima fue 6 años (2 casos en mujeres y un hombre) y la máxima 96 años (1 caso hombre). Gráfica 1.

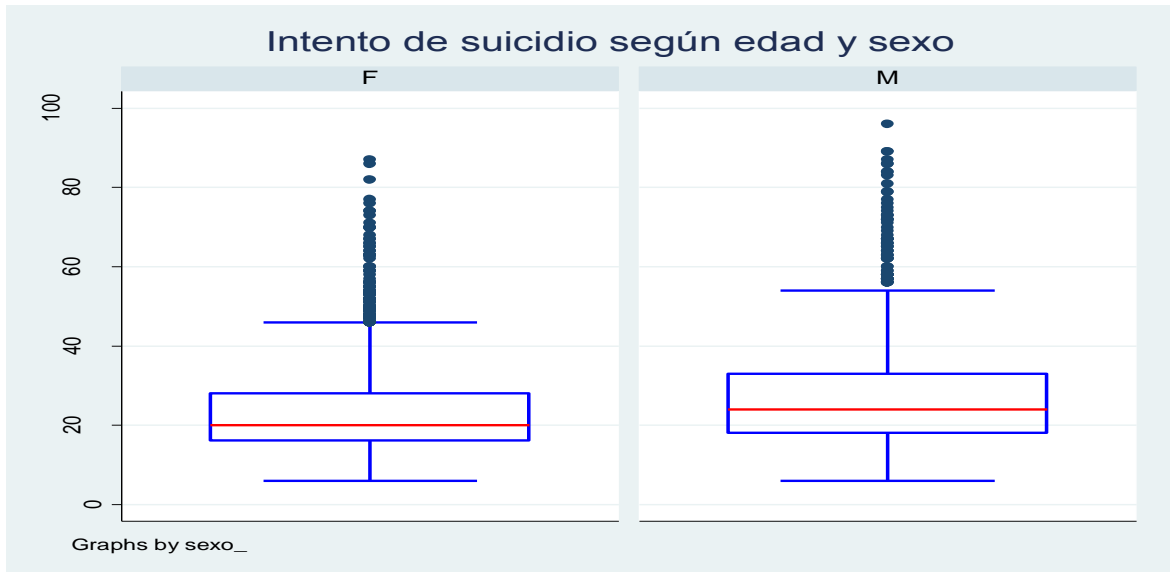
**Gráfica 1. Casos de intento de suicidio según edad y sexo. Valle del Cauca, año 2018**



Fuente: Sivigila

Se llevó a cabo la prueba de Sktest para probar normalidad de la variable edad, encontrándose que dicha variable no se comporta de manera normal ( $p = 0,0000$ ). Debido a que la variable edad no se comporta de manera normal, a continuación, se reportan las medianas para complementar la información: la mediana general de edad es 21 años (RIC = 14), de 20 años para las mujeres (RIC = 12) y de 24 años para los hombres (RIC = 15). Las diferencias entre estas medianas se prueban mediante el test de Kruskal Wallis, encontrándose que dichas edades son diferentes:  $p = 0,0001$ . Los hombres tienen el doble de casos de personas mayores de 64 años en comparación con las mujeres. Gráfica 2

**Gráfica 2. Medianas de edad del intento de suicidio según sexo y edad. Valle del Cauca, año 2018**

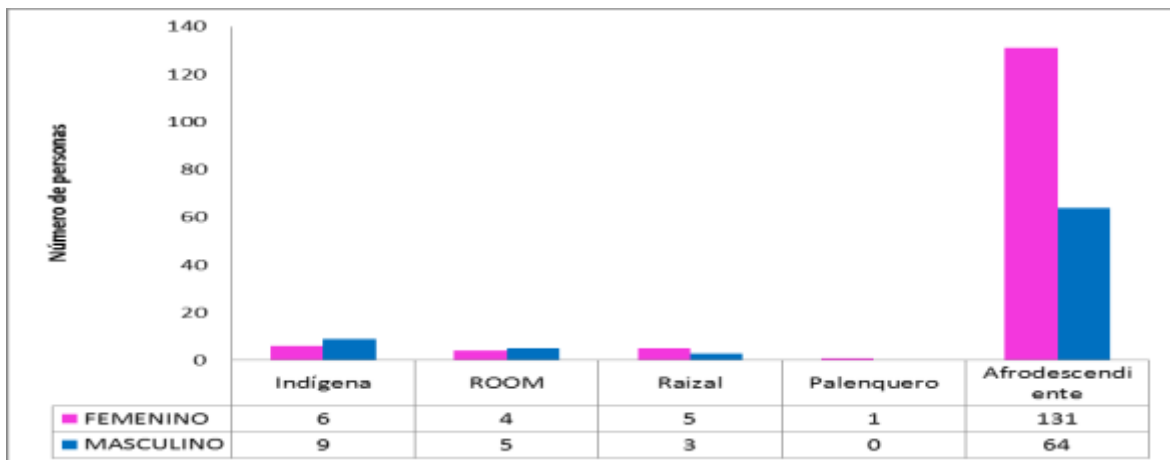


Fuente: Sivigila

### Minorías étnicas

En los indígenas se observa una mayor cantidad de casos en hombres (60%) que en mujeres (40%). Gráfica 3.

**Gráfica 3. Casos de intento de suicidio según minoría étnica y sexo. Valle del Cauca, año 2018**

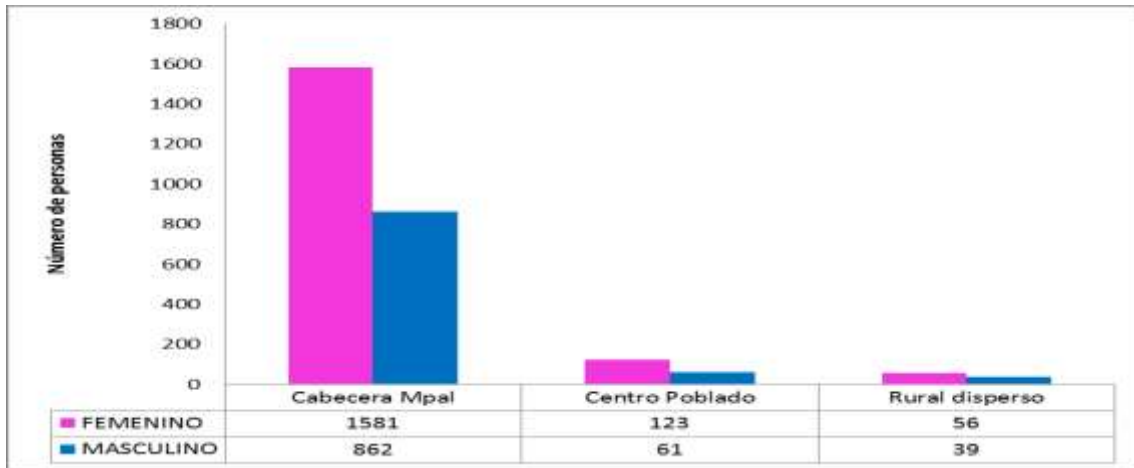


Fuente: Sivigila

### Área de residencia

El 89% de los que intentaron suicidarse reside en las zonas urbanas del departamento y la afectación masculina en áreas rurales dispersas (65% respecto al total de casos en hombres de las zonas rurales) es mayor en comparación con el aporte de estos en zonas urbanas (59%). Gráfica 4.

**Gráfica 4. Casos de intento de suicidio según área de residencia y sexo. Valle del Cauca, año 2018**

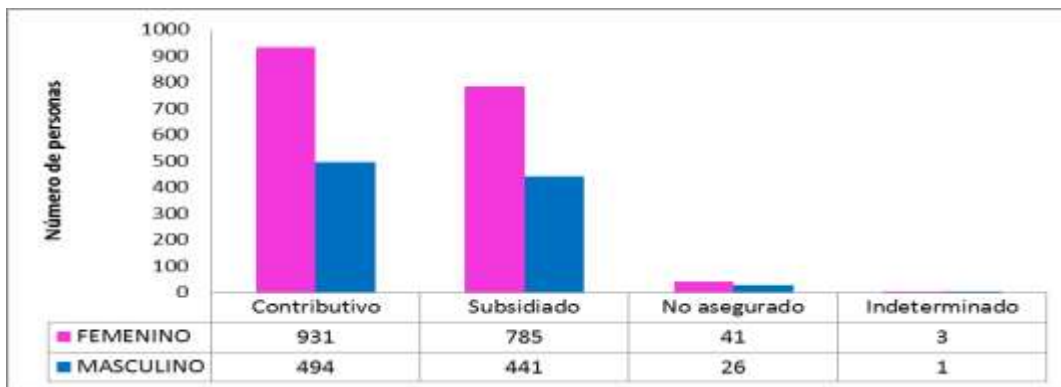


Fuente: Sivigila

### Afiliación a salud

El 48% de las personas fueron hospitalizadas. El 52% de las personas pertenecen al régimen contributivo y 45% al subsidiado. Gráfica 5.

**Gráfica 5. Casos de intento de suicidio según régimen de salud y sexo. Valle del Cauca, año 2018**



Fuente: Sivigila

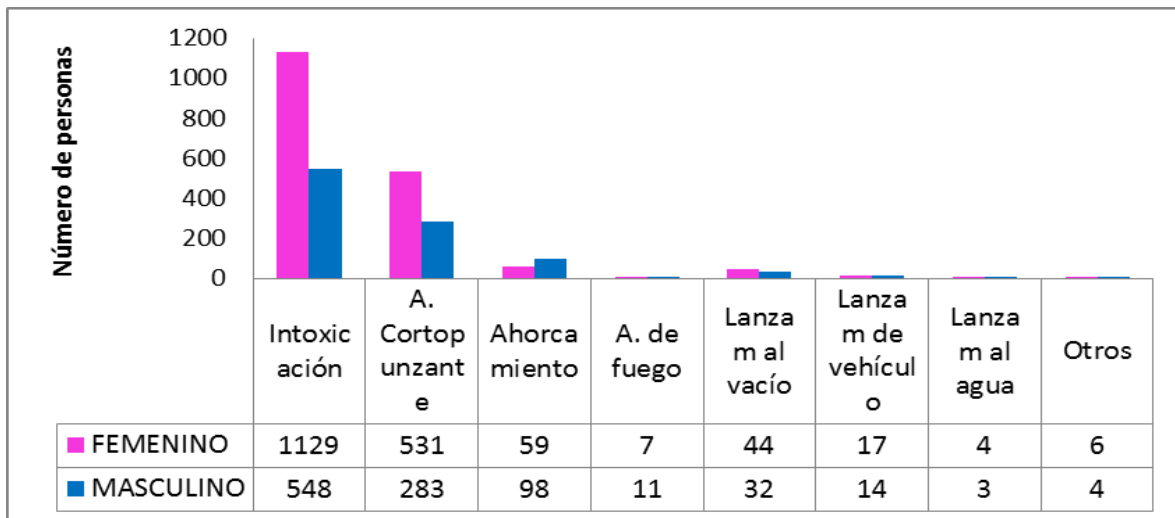


## 4.2 Comportamiento de otras variables de interés

### Mecanismo

El 62% de los casos ocurren por intoxicación (64% en mujeres y 57% en hombres), un 30% por arma cortopunzante y un 6% por ahorcamiento. Las armas de fuego (57%) y el ahorcamiento (66%) son usados con mayor frecuencia por los hombres. Gráfica 6.

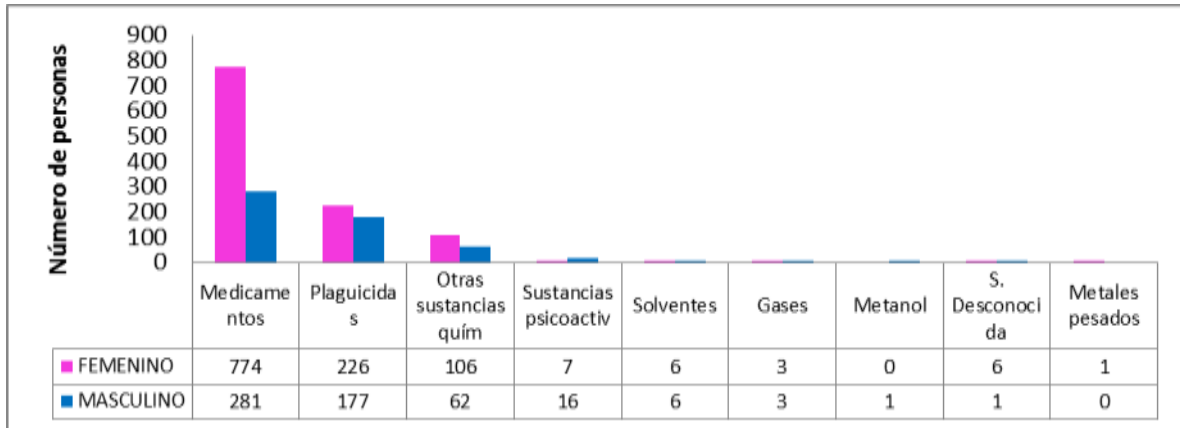
**Gráfica 6. Casos de intento de suicidio según sexo y mecanismo. Valle del Cauca, año 2018**



Fuente: Sivigila

El 63% de los casos de intoxicación ocurren por medicamentos (69% en mujeres y 51% en hombres) y del total de casos ocurridos por medicamentos el 73% lo aportan las mujeres. La diferencia entre los dos sexos para las intoxicaciones por plaguicidas es menor, mientras que las sustancias psicoactivas son más usadas por los hombres. Gráfica 7.

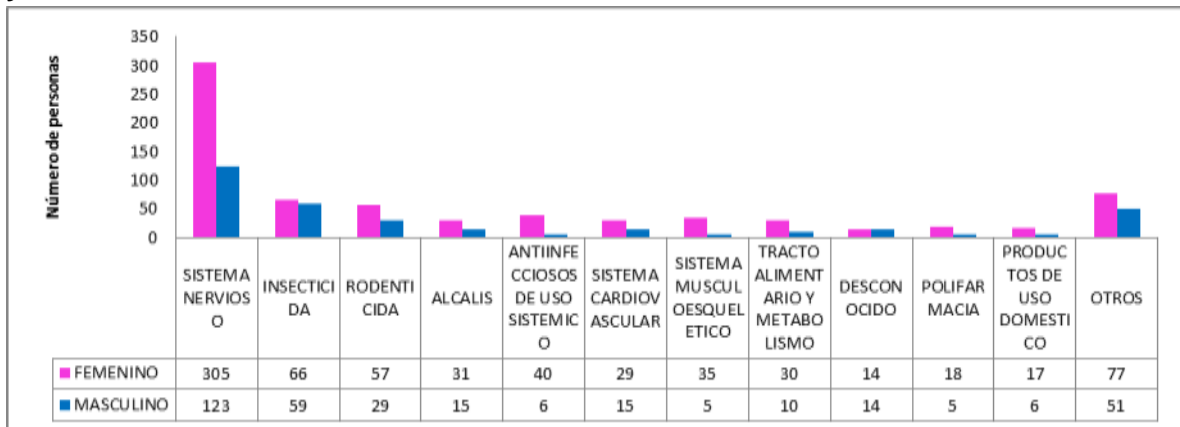
**Gráfica 7. Casos de intento de suicidio por intoxicación según sexo y grupo químico de la sustancia. Valle del Cauca, año 2018**



Fuente: Sivigila

El 40% de los productos que son utilizados corresponden a medicamentos para el sistema nervioso. Gráfica 8.

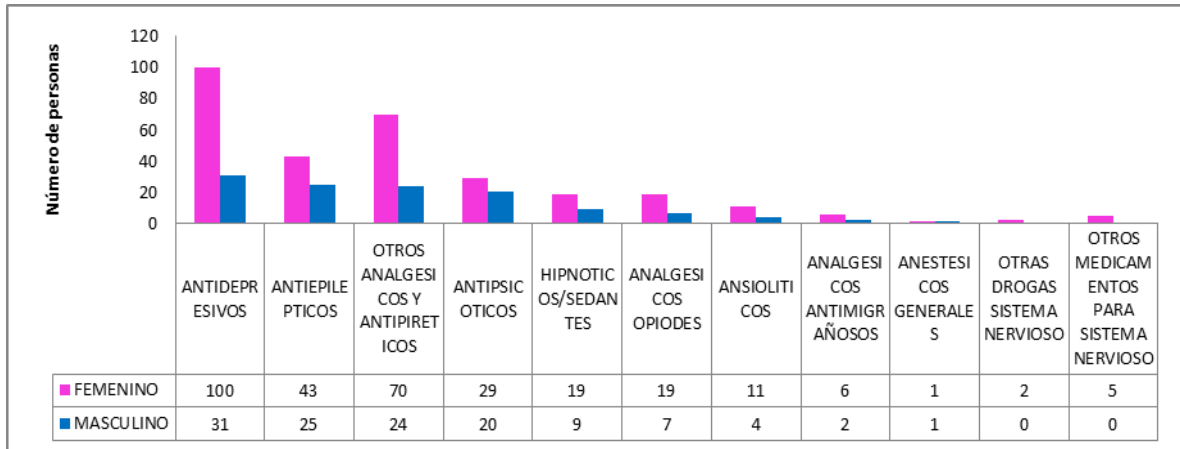
**Gráfica 8. Casos de intento de suicidio por intoxicación según clasificación del producto y sexo. Valle del Cauca, año 2018**



Fuente: Sivigila

Los medicamentos para el sistema nervioso más representativos son los antidepresivos (30,6%), seguidos de los antiepilépticos (15,9%) y los productos específicos más usados son el Acetaminofén, la Amitriptilina y el Clonazepam. Gráfica 9.

**Gráfica 9. Casos de intento de suicidio por intoxicación con medicamentos para el sistema nervioso por sexo. Valle del Cauca, año 2018**

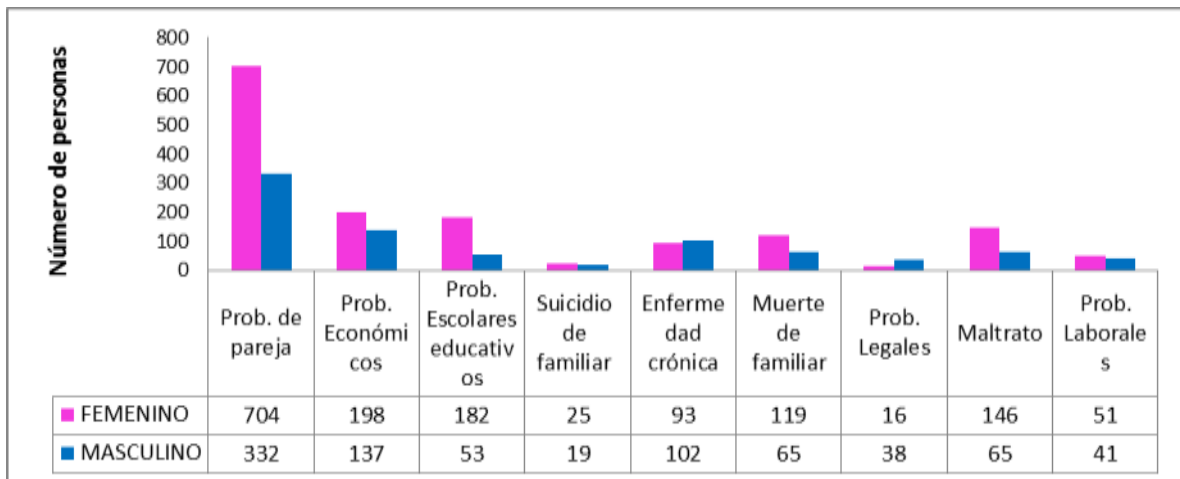


Fuente: Sivigila

### Desencadenantes

El 38% de las personas tuvieron como desencadenante para intentar suicidarse los problemas de pareja, el 12% problemas económicos. Las enfermedades físicas y los problemas legales son más frecuentes en hombres. Gráfica 10.

**Gráfica 10. Casos de intento de suicidio según sexo y desencadenantes. Valle del Cauca, año 2018**

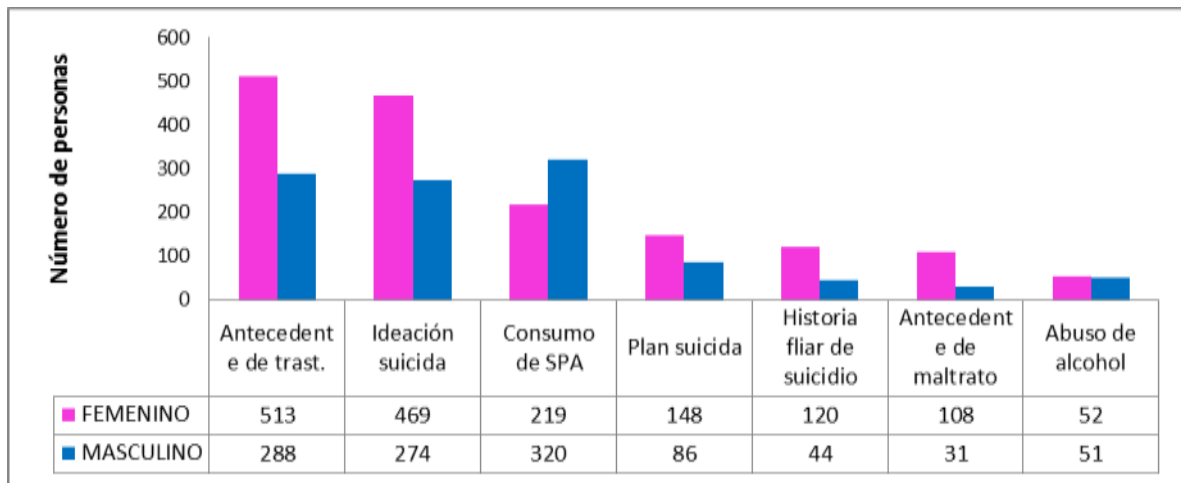


Fuente: Sivigila

Factores de riesgo

El factor de riesgo más frecuente tanto en hombres, como en mujeres es el trastorno mental (29% en general), mientras en los hombres el consumo de sustancias psicoactivas cobra especial relevancia, siendo más frecuente en hombres (59%). Gráfica 11.

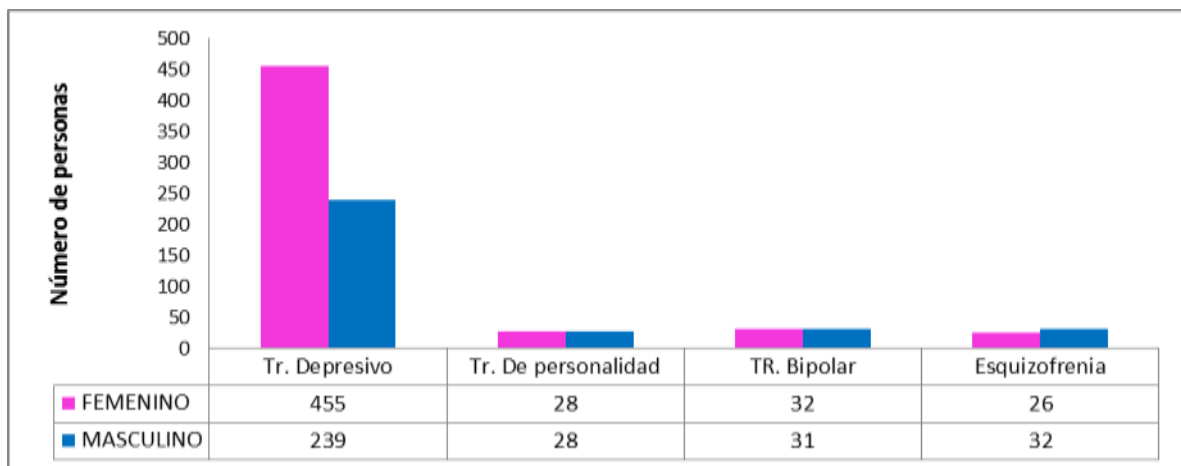
**Gráfica 11. Casos de intento de suicidio según sexo y factores de riesgo. Valle del Cauca, año 2018**



Fuente: Sivigila

El 25% del total de personas que intentaron suicidarse tenían antecedente de trastorno depresivo y el 87% de los que tenían antecedente de trastorno presentaron este tipo de trastorno. Gráfica 12.

**Gráfica 12. Casos de intento de suicidio según sexo y tipo de trastorno. Valle del Cauca, año 2017**



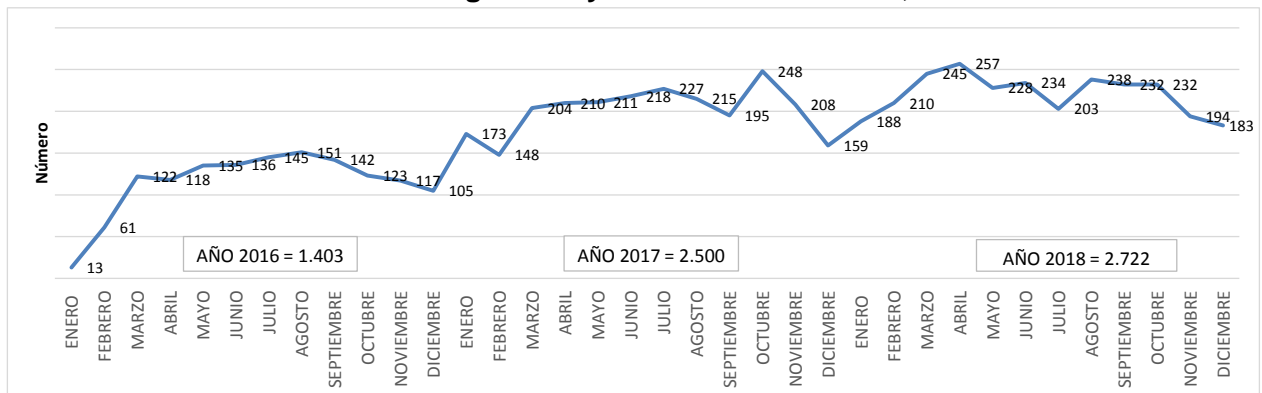
Fuente: Sivigila

En el Valle del Cauca el 40,7% de los pacientes habían tenido al menos un intento previo de suicidio (43% en mujeres y 37% en hombres). Entre estos, el 29,7% tuvo un intento previo, el 33% dos intentos.

### 4.3 Tendencia del evento

Los casos de intento de suicidio presentaron durante el año 2018 el máximo número de casos, siendo el mes de abril el de mayor número en toda la serie con 257 casos. Los datos parecen alcanzar una estabilización en el último semestre del año, pues el descenso de los meses de noviembre y diciembre puede obedecer a las dinámicas de las festividades de fin de año. Gráfica 13.

**Gráfica 13. Intento de suicidio según año y mes. Valle del Cauca, años 2016 - 2018**



Fuente: Sivigila

### 4.4 Comportamiento de los indicadores de vigilancia del evento

La densidad de incidencia más elevada de intento de suicidio se observa para el grupo de 15 a 19 años (192,4 por 100.000 habitantes), siendo aún más alta para las mujeres de este rango de edad (263,7). Tabla 1.

**Tabla 1. Densidad de incidencia de intento de suicidio por grupos de edad y sexo. Valle del Cauca, año 2018**

EDAD	CASOS			POBLACIÓN			TASA POR 100.000 HABITANTES		
	FEMENINO	MASCULINO	TOTAL	FEMENINO	MASCULINO	TOTAL	FEMENINO	MASCULINO	TOTAL
5 A 9	10	7	17	176.871	184.701	361.572	5,7	3,8	4,7
10 A 14	309	65	374	178.611	185.947	364.558	173,0	35,0	102,6
15 A 19	531	250	781	186.068	192.776	378.844	285,4	129,7	206,2
20 A 24	296	193	489	195.394	202.024	397.418	151,5	95,5	123,0
25 A 29	211	134	345	196.749	200.636	397.385	107,2	66,8	86,8
30 A 34	123	87	210	187.270	182.551	369.821	65,7	47,7	56,8
35 A 39	95	64	159	177.011	163.143	340.154	53,7	39,2	46,7
40 A 44	55	45	100	161.418	146.193	307.611	34,1	30,8	32,5
45 A 49	49	28	77	155.033	136.266	291.299	31,6	20,5	26,4
50 A 54	36	20	56	157.130	133.399	290.529	22,9	15,0	19,3
55 A 59	15	19	34	141.314	116.980	258.294	10,6	16,2	13,2
60 A 64	11	12	23	113.221	90.812	204.033	9,7	13,2	11,3
65 Y MÁS	19	38	57	248.111	179.575	427.686	7,7	21,2	13,3
TASA TOTAL	1760	962	2722	2.274.201	2.115.003	4.389.204	77,4	45,5	62,0

Fuente: Sivigila

La incidencia departamental de intento de suicidio para el año 2018 fue 62,0 por 100.000 habitantes. Según los municipios de residencia de los afectados, la incidencia más elevada se observó en el municipio de Guacarí (130 por 100.000 habitantes), le sigue el municipio de Argelia (110 por 100.000 habitantes). Los municipios de La Unión (15,1) y El Cairo (19,6) presentaron las incidencias más bajas de todo el departamento. Tabla 2.

**Tabla 2. Densidad de incidencia y casos de intento de suicidio por municipio. Valle del Cauca, año 2018**

Municipio	Casos	%	Población	Incidencia por 100.000 habitantes
Alcalá	20	0,7%	22704	88,1
Andalucía	6	0,2%	17739	33,8
Ansermanuevo	11	0,4%	19256	57,1
Argelia	7	0,3%	6366	110,0
Bolívar	13	0,5%	12964	100,3
Buga	93	3,4%	114569	81,2
Bugalagrande	13	0,5%	21017	61,9
Caicedonia	32	1,2%	29526	108,4
Cali	1451	53,3%	2445281	59,3
Candelaria	62	2,3%	85354	72,6
Cartago	90	3,3%	134309	67,0
Dagua	37	1,4%	36777	100,6
Darién	13	0,5%	15843	82,1

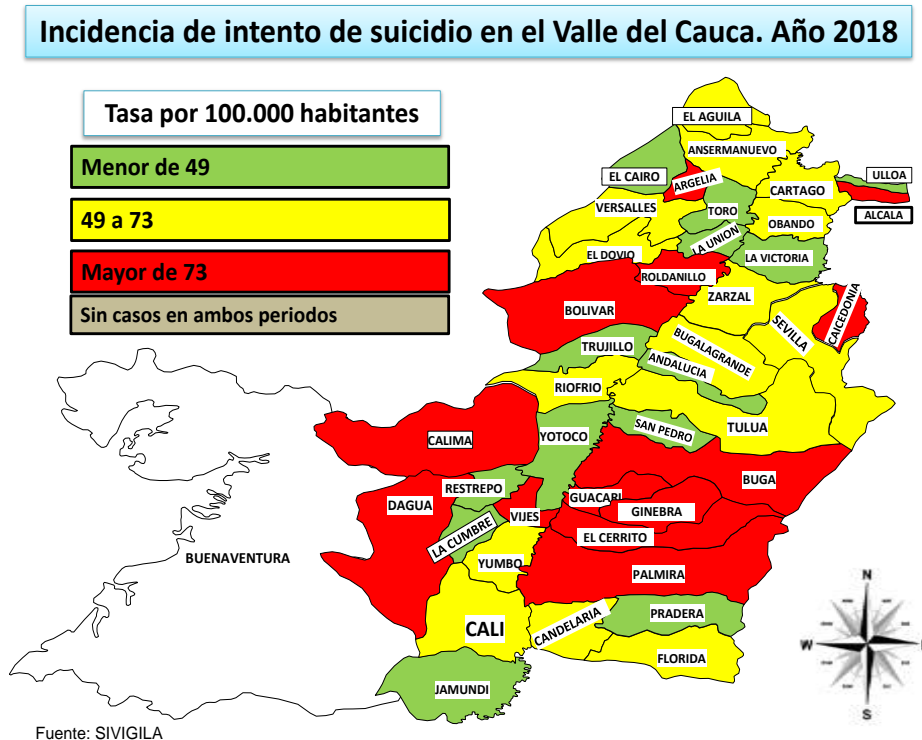


El Águila	7	0,3%	11210	62,4
El Cairo	2	0,1%	10183	19,6
El cerrito	43	1,6%	58295	73,8
El Dovio	5	0,2%	8238	60,7
Florida	36	1,3%	58771	61,3
Ginebra	22	0,8%	21617	101,8
Guacari	46	1,7%	35374	130,0
Jamundí	46	1,7%	127193	36,2
La Cumbre	3	0,1%	11667	25,7
La Unión	6	0,2%	39658	15,1
La Victoria	3	0,1%	12991	23,1
Obando	8	0,3%	15226	52,5
Palmira	272	10,0%	310608	87,6
Pradera	26	1,0%	57255	45,4
Restrepo	5	0,2%	16364	30,6
Riofrio	7	0,3%	14029	49,9
Roldanillo	30	1,1%	32225	93,1
San pedro	8	0,3%	18872	42,4
Sevilla	32	1,2%	44313	72,2
Toro	8	0,3%	16595	48,2
Trujillo	8	0,3%	17911	44,7
Tuluá	124	4,6%	219138	56,6
Ulloa	2	0,1%	5344	37,4
Versalles	5	0,2%	6927	72,2
Vijes	10	0,4%	11411	87,6
Yotoco	7	0,3%	16496	42,4
Yumbo	80	2,9%	125624	63,7
Zarzal	23	0,8%	46593	49,4

Fuente: Sivigila

En el mapa se observa una agregación espacial de tasas elevadas ubicada en seis municipios del Centro - Oriente del Valle, como son: Buga, Guacarí, Ginebra, El Cerrito, Palmira.

**Mapa 1. Incidencia por 100.000 habitantes de intento de suicidio por municipio de procedencia, Valle del Cauca, Año 2018**



## 5. DISCUSIÓN

La discusión se enfocará en la comparación de los hallazgos del presente informe con la información publicada por el Instituto Nacional de Salud en su informe anual del evento intento de suicidio correspondiente al año 2018, al comparar las mismas fuentes de información y el mismo periodo de tiempo es posible lograr un contraste valido.

Se encontró que la incidencia de intento de suicidio para el departamento del Valle del Cauca (62 por 100.000 habitantes) es más elevada que la incidencia en el total de Colombia (52,0). Con relación a la afectación según sexo, en Colombia el 63% de los casos ocurren en mujeres, para el departamento del Valle dicho porcentaje es un poco más elevado (64,6%) (5).

Según el área de residencia de las personas afectadas, el 79,9% de los casos ocurridos en todo el territorio nacional, corresponde a zonas urbanas, en el Valle del Cauca, dicho porcentaje alcanza el 89,0%. Esta situación corresponde simplemente a que el



departamento del Valle tiene un grado de urbanización (87,6%) mucho más elevada que el total nacional (76,7%). (5).

Con relación a las edades, llama la atención que el grupo quinquenal más afectado tanto en el Valle como en Colombia, es el de 15 a 19 años y representan el 29,3% de los casos en Colombia y el 28,7% de los casos del Valle. (5).

Con relación a los mecanismos utilizados, tanto en el Valle del Cauca como en el total nacional el mecanismo más frecuente es la intoxicación y los porcentajes son relativamente similares (61,6% en el Valle y 62,4% en Colombia). Para el caso de las armas cortopunzantes, el Valle del Cauca presenta una mayor prevalencia de este tipo de mecanismo con un 29,9%, mientras el nivel nacional solo alcanza un 19,9%. (5).

El mayor desencadenante son los conflictos de pareja, observándose que en el Valle del Cauca es menor el porcentaje (46,7% en Colombia y 38,1% en el Valle del Cauca); los problemas económicos son el segundo desencadenante tanto en el Valle (12,3%) como en Colombia (13,8%). El maltrato es un desencadenante en el 10,3% de los casos de Colombia, mientras en el Valle del Cauca solo alcanza el 7,8%. (5).

## **6. CONCLUSIONES**

La inclusión del intento de suicidio dentro de los eventos de notificación obligatoria a partir del año 2016, se constituye en un avance importante, debido al gran número de casos que ocurren en las diferentes entidades territoriales y a las acciones de prevención que se podrán desarrollar para evitar eventos posteriores o desenlaces fatales. El aumento progresivo que se observó en el año 2017 obedecía al aumento de la notificación y no a un aumento de la problemática en la población del Valle del Cauca, observándose cierta estabilización de la notificación para finales del año 2018.

Con relación a los hallazgos, en el Valle del Cauca, para el segundo semestre del año 2018 se notificaron aproximadamente 215 casos en promedio al mes y son personas jóvenes las más afectadas (mediana de 21 años), aunque todos los rangos de edad tienen representación, son más jóvenes las mujeres y a medida que aumenta la edad la representación de hombres crece. Muy preocupante los cientos de casos observados en menores de edad.

Los hombres de zonas rurales dispersas presentan una mayor afectación de intento de suicidio en comparación con los hombres de las zonas urbanas y con relación a los

mecanismos utilizados se observa mayor uso de armas de fuego y de ahorcamiento en comparación con las mujeres. Igualmente, con relación a las intoxicaciones (mecanismo más frecuente) son los medicamentos los más utilizados, específicamente los del sistema nervioso (antidepresivos, especialmente Amitriptilina y antiepilépticos como el Clonazepam).

## **7. RECOMENDACIONES**

El lineamiento del Instituto Nacional de Salud de incluir exclusivamente los casos en los que el personal de salud considere que el paciente si trató, efectivamente, de quitarse la vida, es decir, que la intención del paciente fue clara: quitarse la vida (6). Este lineamiento puede tener consecuencias negativas, esto debido a que en ocasiones la posible falta de formación en salud mental del personal de salud, puede impedir que se detecten casos con posibles desenlaces más graves o fatales posteriormente. Algunas personas pueden realizar actos tales como el denominado “cutting<sup>1</sup>” que puede interpretarse como un llamado de ayuda a las personas que la rodean y que al pasar desapercibido por el personal de salud y no dársele la importancia que se requiere podría traducirse en una oportunidad perdida para la prevención del suicidio.

El suicidio no se encuentra dentro de los eventos de notificación obligatoria, es decir, si una persona logra su cometido de quitarse la vida, este evento no se notifica al Sivigila (excepto las muertes por intoxicaciones que deben ser notificadas en el evento 365). Muchas otras muertes producto de enfermedades de interés en salud pública si son notificadas, por lo tanto, el análisis del suicidio puede ser de mucho interés para permitir esclarecer factores que se encuentran relacionados y de esta forma prevenir su ocurrencia.

El mecanismo utilizado con mayor frecuencia es la intoxicación, intervenciones en algunos países como China o Estados Unidos han demostrado que el control de los mecanismos identificados como más incidentes, tiene un impacto directo en las tasas de conductas autoinfligidas. Es una tarea difícil controlar algunas de las sustancias o mecanismos utilizados para autolesionarse, pero la restricción de algunos de ellos, la capacitación a las personas para tener medidas específicas de seguridad, muy seguramente tendrán impacto sobre los índices. Específicamente los medicamentos que actúan sobre el sistema nervioso, los cuales representan el mayor porcentaje de intoxicaciones con intencionalidad suicida. Es urgente ejercer mayor control sobre los medicamentos psicotrópicos.

---

<sup>1</sup> El Cutting se denomina a las laceraciones que se hacen en la piel con elementos cortantes  
Gobernación del Valle del Cauca – Carrera 6 Calle 9 y 10 Teléfono: 6200000 Fax: 6200000  
Sitio WEB: [www.valledelcauca.gov.co](http://www.valledelcauca.gov.co) e-mail: [mvictori@valledelcauca.gov.co](mailto:mvictori@valledelcauca.gov.co)  
Santiago de Cali, Valle del Cauca

Se identifican los conflictos familiares y específicamente los conyugales o relaciones de pareja, como los de mayor incidencia, razón por la cual la familia se debe convertir en foco de las intervenciones; procurando por capacitar a sus miembros y a las mismas comunidades en identificación temprana de potenciales suicidas.

Los programas de prevención deben estar dirigidos a grupos poblacionales específicos, aprovechando poblaciones cautivas como las que se encuentran en las instituciones educativas, los miembros de las fuerzas de seguridad del estado, los reclusos entre otros y siguiendo los lineamientos de la Organización Mundial de la Salud y los recursos que se encuentran disponibles para diferentes tipos de escenarios y públicos como son: los medios de comunicación, médicos generales, docentes, policías, bomberos, las cárceles y prisiones. Dichos recursos se encuentran disponibles en idioma español en: [http://www.who.int/mental\\_health/publications/suicide\\_prevention/es/](http://www.who.int/mental_health/publications/suicide_prevention/es/)

## **8. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS**

1. Organización Panamericana de la Salud. Organización Mundial de la Salud. Prevención de la conducta suicida. Washington, D.C; 2016. Disponible en: <http://iris.paho.org/xmlui/bitstream/handle/123456789/31167/9789275319192-spa.pdf>
2. Organización Mundial de la Salud. Plan de Acción sobre Salud Mental 2013 – 2020. Año 2013
3. Organización Panamericana de la Salud. Organización Mundial de la Salud. Mortalidad por suicidio en las Américas. Washington, D.C; 2014. Disponible en: <https://www.paho.org/hq/dmdocuments/2014/PAHO-Mortalidad-por-suicidio-final.pdf>
4. Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses. Documento Forensis 2017.
5. Instituto Nacional de Salud. Informe del evento de intento de suicidio en Colombia, hasta el periodo epidemiológico XIII, 2018
6. Instituto Nacional de Salud. Protocolo de vigilancia de intento de suicidio 2018

## **INFORME DEL EVENTO VIOLENCIA DE GÉNERO VALLE DEL CAUCA, 2018**

***Víctor Hugo Muñoz Villa***  
***Referente de vigilancia de violencia de género***  
***Equipo de Vigilancia en Salud Pública***  
***Subsecretaría de Salud Pública***  
***Secretaría Departamental de Salud Valle del Cauca***

### **1. INTRODUCCIÓN**

La perspectiva de género ubica el patriarcado, las relaciones de poder y las construcciones jerárquicas de la masculinidad y la feminidad como parte fundamental del problema. Estos elementos son condiciones necesarias para dominar a las mujeres y dan lugar a una desigualdad estructural de género. El Comité para la Eliminación de la Discriminación contra la Mujer y el Comité de los Derechos del Niño de las Naciones Unidas (ONU) señalan que las prácticas nocivas están profundamente arraigadas en las actitudes sociales según las cuales se considera a las mujeres y las niñas inferiores a los hombres y los niños sobre la base de funciones estereotipadas. También ponen de relieve la dimensión de género de la violencia e indican que las actitudes y estereotipos por razón de sexo o de género, los desequilibrios de poder, las desigualdades y la discriminación perpetúan la existencia generalizada de prácticas que a menudo implican violencia o coacción (1).

La desigualdad de género y las normas sociales en torno a la masculinidad y otros factores sociales determinantes como la disparidad económica, otros comportamientos problemáticos (como el consumo perjudicial de alcohol) y otros tipos de violencia como el maltrato infantil, cuyas repercusiones en la psicodinámica de las víctimas, puede incluso ser aún más profunda dada la calidad de los victimarios, quienes a su vez son las personas a quienes la sociedad les ha delegado la tarea de desarrollar el rol del cuidado y la protección de sus generaciones y de quien se espera un vínculo de sangre y/o de afecto con sus víctimas; la primera infancia inmersa en este rol tiende a convertirse en autor o en víctima de violencia infligida por la pareja o de violencia sexual en el futuro (1).

## **1.1 Comportamiento del evento a nivel mundial**

Más de un tercio de la población mundial de mujeres es afectada por la violencia física o sexual, encontrando que un 30 % de las mujeres sufren violencia sexual por su pareja o ex pareja. El impacto de la violencia en las mujeres puede tener el doble de la probabilidad de sufrir depresión, problemas con uso de licor o sustancias psicoactivas, infecciones de transmisión sexual, embarazos no deseados, abortos y niños con bajo peso al nacer, además el 42 % de ellas sufren lesiones físicas moderadas y severas, el 30 % son víctimas fatales de la agresión por su pareja o ex pareja (2).

En un estudio donde se aplicó el método de la carga de morbilidad en Victoria, Australia, se calculó que en las mujeres entre los 18 años y los 44 años de edad, la violencia de pareja se asociaba con 7 % de la carga de la enfermedad general. Esta violencia representó un factor de riesgo mayor que otros factores considerados tradicionalmente, como la hipertensión arterial, el tabaquismo y el sobrepeso (3).

En Sudáfrica, una encuesta a más de 1300 mujeres en tres provincias reveló que el primer episodio de violación fue cometido en 42,5% de los casos por un desconocido, en 20,8% por un conocido, en 9,4% por alguien de la escuela, en 8,5% por un pariente, en 7,5% por una pareja y en 11,3% por otras personas (3).

## **1.2 Comportamiento del evento en América**

Las Encuestas Demográficas y de Salud y las Encuestas de Salud Reproductiva recogidas entre el 2003 y el 2009 en 12 países de América Latina y el Caribe (Bolivia, Colombia, Ecuador, El Salvador, Guatemala, Haití, Honduras, Jamaica, Nicaragua, Paraguay, Perú y República Dominicana) arrojaron que un gran porcentaje de mujeres alguna vez casadas o en unión informaron haber sufrido alguna vez violencia física o sexual de parte de un compañero íntimo, entre un 17,0% en la República Dominicana 2007 y algo más de la mitad (53,3%) en Bolivia 2003. El maltrato emocional por un compañero íntimo, como insultos, humillaciones, intimidaciones y amenazas de daños, estaba generalizado en esos países de América Latina y el Caribe. La proporción de mujeres alguna vez casadas o en unión que informaban haber sufrido alguna vez maltrato emocional de parte de la pareja oscilaba entre la sexta parte (17,0%) en Haití 2005/6 y casi la mitad (47,8%) en Nicaragua 2006/7. La prevalencia de maltrato

emocional por una pareja en los 12 meses precedentes oscilaba entre un 13,7% de las mujeres en Honduras 2005/6 y un 32,3% en Bolivia 2008 (4).

### **1.3 Comportamiento del evento en Colombia**

En Colombia se notificaron al Sivigila 111.602 casos de violencia de género en el año 2018. El 50,9% por violencia física, seguida de violencia sexual con el 25,4%. Con relación al escenario donde ocurre la violencia, el 68% de los casos de violencia sexual y de violencia física respectivamente ocurren en la vivienda. El análisis de otras variables permite observar que el 78,6% de la violencia física ocurre en mujeres, un 19,3% en menores de edad y el 75,6% de los agresores son familiares. Con relación a la violencia sexual, el 81,7% ocurre en menores de edad, el 86,6% en mujeres, el 44,4% de los agresores son familiares (5).

El 31,9% de los casos de violencia sexual, en los que aplica, se hizo profilaxis de VIH, al 27,2% se hizo profilaxis de Hepatitis B, al 28,9% se les hizo otra profilaxis, al 30,5% se hizo anticoncepción de emergencia. De otro lado al 74,6% se remitió a salud mental, al 60,5% se remitió a protección y al 70,5% se hizo informe a autoridades (5).

## **2. OBJETIVO**

Caracterizar la violencia de género de acuerdo a su distribución en variables de tiempo, lugar y persona con el fin de establecer la frecuencia y distribución de la morbilidad y mortalidad registrada para este evento en los casos que ocurrieron en el Valle del Cauca.

## **3. METODOLOGÍA**

Se hizo un informe descriptivo retrospectivo de los hallazgos encontrados mediante la notificación al Sistema de Vigilancia en Salud Pública (Sivigila) del evento de Violencia de género en el Valle del Cauca durante el año 2018.

Los casos analizados corresponden a los ocurridos en el Valle del Cauca que fueron identificados como sospechosos de violencia de género por parte de un servicio de salud de una IPS (Institución Prestadora de Salud) del país. Los casos notificados al sistema ingresan como sospechosos, no requiriendo ajustes para su confirmación o

descarte debido a que este proceso es resultado posterior de las investigaciones judiciales y/o de los órganos competentes.

Las variables que se trabajaron fueron las que contempla la ficha de notificación de datos básicos (cara A) como: sexo, área de residencia, tipo de régimen en salud y grupo poblacional, así como las variables de datos complementarios (cara B) como: tipo de violencia, relación con agresor (familiar, no familiar), arma utilizada para la agresión, atención realizada ante la violencia de nivel nominal; edad nivel razón.

Hasta el Periodo epidemiológico XIII de 2018, se notificaron al Sivigila 15.772 casos sospechosos de violencia de género, se excluyeron: 34 casos con ajuste D, el cual hace referencia a los errores de digitación, 433 casos con procedencia fuera del Valle, 208 casos con procedencia del Distrito de Buenaventura. Se eliminaron 166 registros correspondientes al mismo número de identidad y misma fecha del hecho. Se identificaron 1.064 registros de personas reincidentes (diferente fecha del hecho y misma identidad), de los cuales se dejó un solo registro para cada persona (se deja el registro más reciente). En total quedaron 14.383 casos de violencia de género ocurridos en el Valle del Cauca. Para una comprensión más amplia del problema se hacen comparaciones con el año 2017.

## **4. RESULTADOS**

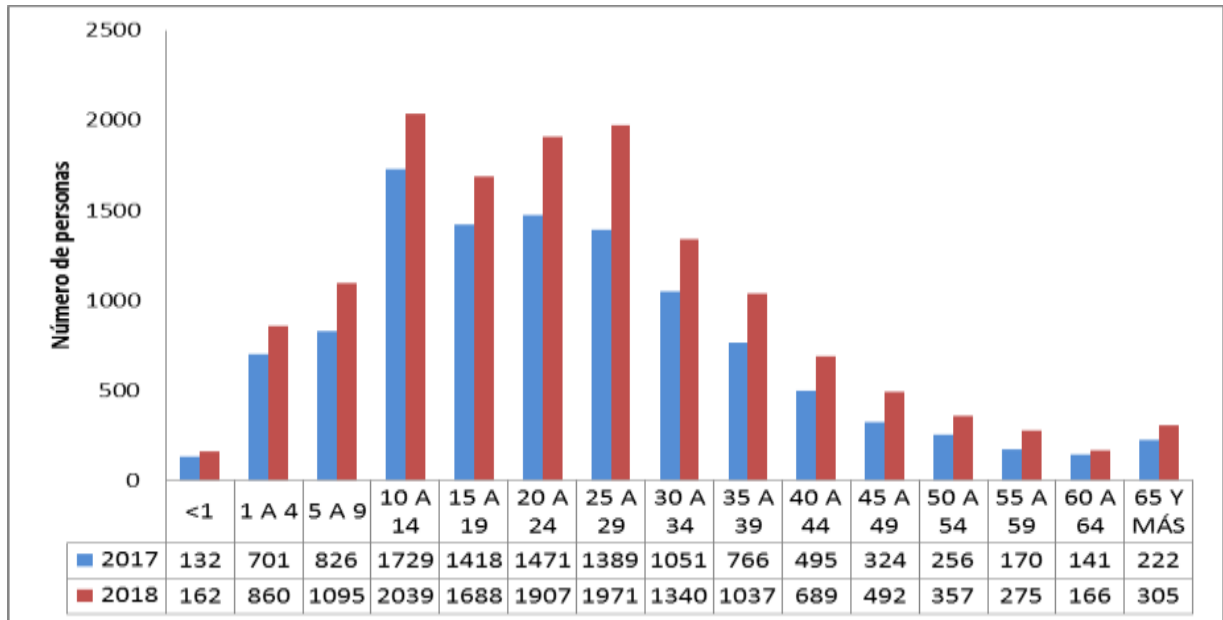
### **4.1 Magnitud en lugar y persona**

Como se dijo anteriormente se obtuvieron 14.383 registros de violencia de género con procedencia Valle del Cauca, en el año 2017 fueron 11.091 casos (aumento del 29,7%).

Todos los grupos de edad presentaron aumento en el número de casos para el año 2018, observándose el mayor incremento para el grupo de 25 a 29 años (+582 casos, +41,9%). En el año 2018 el 53% de los casos ocurrió en personas de 10 a 29 años. (Gráfica 1).



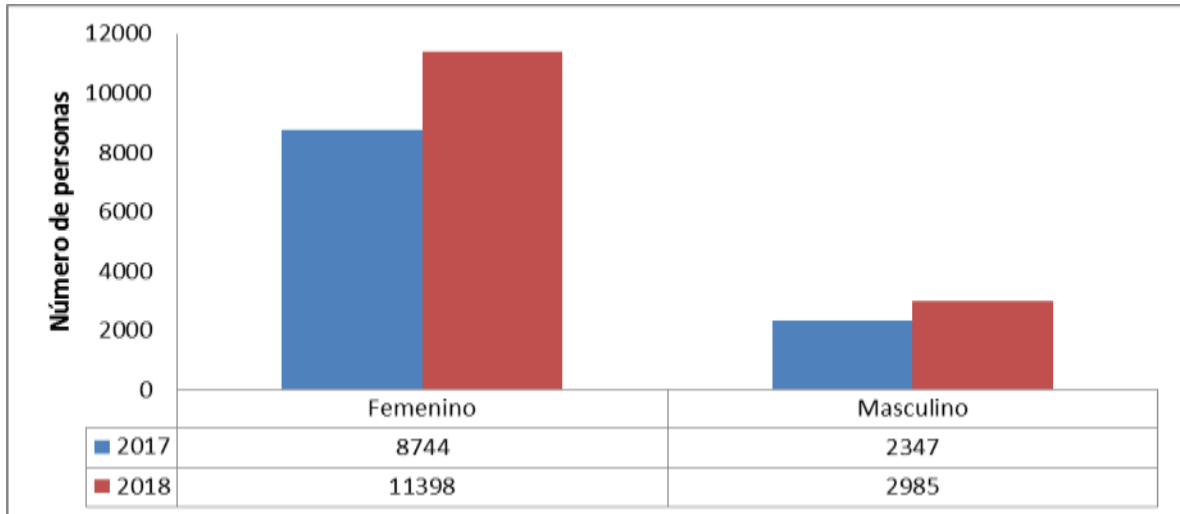
**Gráfica 1. Casos de violencia de género por edad y año en grupos quinquenales, Valle del Cauca, Año 2017 - 2018**



Fuente: Sivigila

Tanto hombres como mujeres presentaron aumentos para el año 2017, en las mujeres el aumento fue del 30,4% y en los hombres 27,2%. Gráfica 2

**Gráfica 2. Casos de violencia de género por sexo y año, Valle del Cauca, 2017 - 2018**



Fuente: Sivigila

En el municipio de Cali ocurrieron el 52% de las víctimas de violencia de género para el año 2018 (304,6 por 100.000 habitantes). La tasa más elevada se presentó en



Vijes (815 por 100.000 habitantes). En el Valle se presentaron 332 casos por 100.000 habitantes. Tabla 2.

Un análisis del promedio de edad en cada municipio mostró que la edad media más alta se encuentra en el municipio de Versalles (promedio de 30,6 años y desviación estándar de 15,6), mientras en el municipio de Argelia se encontró el promedio de edad más bajo (14,4 años y desviación estándar de 15,8).

**Tabla 2. Casos de violencia de género por municipio de residencia y edad, Valle del Cauca, Año 2017**

Municipio procedencia	<1	1 A 4	10 A 14	15 A 19	20 A 24	25 A 29	30 A 34	35 A 39	40 A 44	45 A 49	5 A 9	50 A 54	55 A 59	60 A 64	65 Y MÁS
Alcalá	2	5	12	5	4	6	4	1	0	0	16	0	1	1	1
Andalucía	0	7	4	10	7	11	13	3	7	2	3	3	1	1	0
Ansermanuevo	0	11	24	10	10	7	1	5	5	1	8	1	0	1	1
Argelia	2	3	5	4	3	2	1	1	1	0	14	1	0	0	0
Bolívar	3	3	6	2	8	9	2	1	3	2	6	0	2	1	2
Buga	0	20	53	49	57	51	46	26	24	16	31	11	11	2	8
Bugalagrande	0	1	10	5	6	8	5	4	0	1	2	2	0	0	1
Caicedonia	3	15	22	25	20	21	18	8	3	6	13	5	1	3	3
Cali	74	431	1084	847	952	1033	688	555	343	255	580	184	148	98	177
Candelaria	5	32	55	43	37	46	34	21	18	9	37	6	9	3	9
Cartago	5	18	70	81	102	116	70	62	45	31	38	21	13	10	20
Dagua	1	2	19	14	18	21	15	9	5	6	10	4	0	2	1
Darién	0	2	5	3	5	10	7	1	2	3	4	2	2	0	1
El Águila	0	0	3	0	2	1	1	1	0	0	0	0	0	0	0
El Cairo	2	6	8	3	4	8	4	3	2	1	2	1	0	0	0
El cerrito	2	8	21	20	26	33	22	22	14	7	12	8	4	3	5
El Dovio	0	3	5	3	4	7	9	4	4	4	2	4	1	0	3
Florida	4	16	40	36	34	30	15	9	11	5	15	4	3	1	2
Ginebra	1	2	9	14	16	16	11	10	4	9	4	3	4	1	1
Guacari	1	5	20	26	26	31	15	19	12	5	6	7	7	0	4
Jamundí	3	16	36	34	33	51	20	23	12	6	13	11	5	3	3
La cumbre	0	3	2	5	9	5	8	3	2	1	0	1	0	0	1
La Unión	0	6	10	6	11	2	2	4	1	1	7	0	1	0	0
La Victoria	0	0	4	6	3	8	3	1	0	2	3	0	1	0	0
Obando	2	8	10	11	2	7	7	5	1	1	4	1	2	1	3
Palmira	3	57	110	115	131	134	91	80	55	38	59	19	15	9	11
Pradera	0	8	40	33	42	32	21	19	10	3	10	6	1	2	4
Restrepo	0	2	3	3	7	6	2	2	3	2	2	1	1	0	1

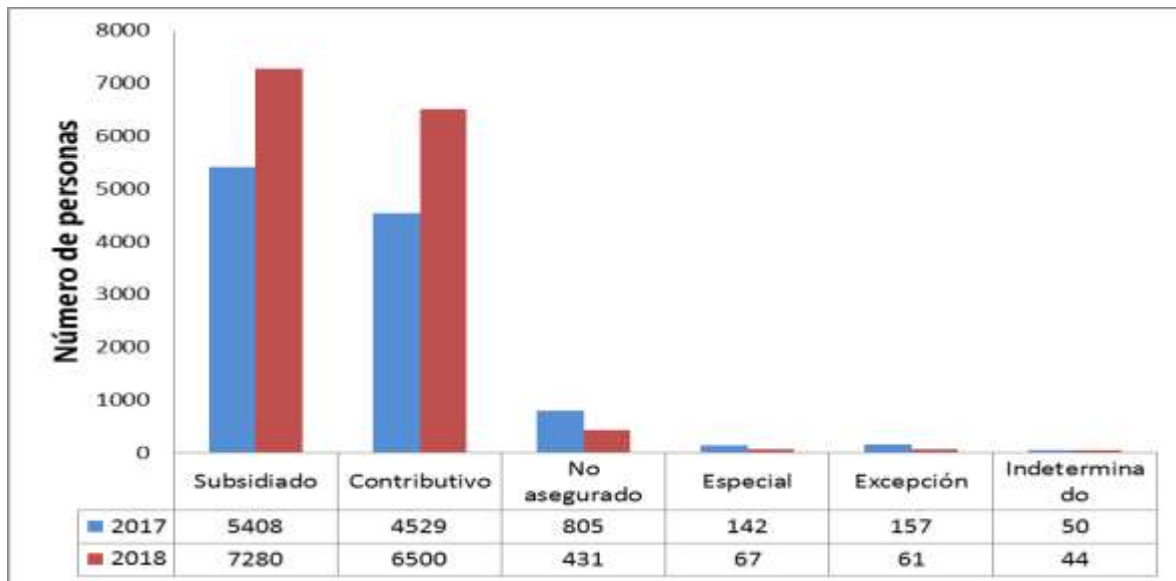


Riofrio	0	0	6	3	4	6	1	0	0	2	5	2	0	1	0
Roldanillo	1	2	9	4	20	11	6	5	6	1	6	2	1	0	1
San pedro	0	1	9	8	6	6	6	5	1	0	3	3	2	0	2
Sevilla	28	71	40	23	32	14	21	8	9	7	37	3	1	1	5
Toro	0	6	8	0	7	3	2	0	1	1	4	2	1	2	0
Trujillo	1	5	11	6	9	10	4	6	3	3	5	3	3	1	0
Tuluá	7	32	105	87	97	68	56	53	28	18	48	15	10	5	9
Ulloa	0	0	2	4	3	1	2	1	0	0	5	0	0	0	2
Versalles	0	0	3	1	0	0	1	1	1	1	0	2	1	0	0
Vijes	0	3	11	10	12	13	11	5	6	3	6	2	8	3	0
Yotoco	0	2	13	12	13	10	8	4	3	7	1	0	3	2	2
Yumbo	12	40	114	92	94	87	68	36	32	23	63	13	9	7	18
Zarzal	0	8	18	25	31	30	19	11	12	9	11	4	3	2	4
Total general	162	860	2039	1688	1907	1971	1340	1037	689	492	1095	357	275	166	305

Fuente: Sivigila

Los regímenes de salud subsidiado y contributivo presentaron aumentos, mientras el resto (no asegurados, indeterminados, especial y excepción) presentaron disminuciones. Gráfica 3.

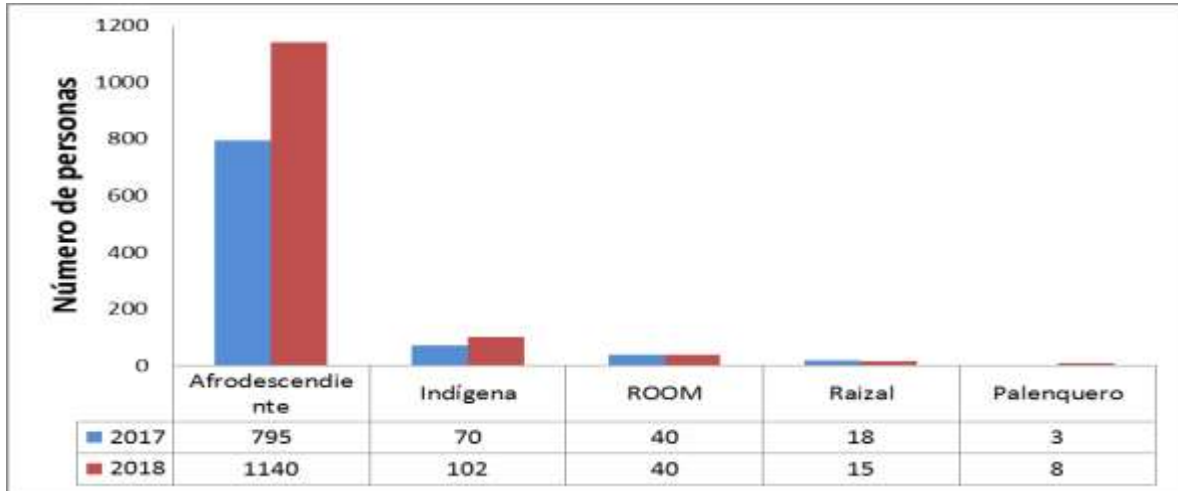
**Gráfica 3. Casos y de violencia de género por régimen de seguridad social en salud y año, Valle del Cauca, 2017 - 2018**



Fuente: Sivigila

La población afrocolombiana es la minoría étnica con mayor proporción, aumentando el número de casos para el año 2018 en 43,4% y representando el 87,4% del total de casos de minorías étnicas. Gráfica 4.

**Gráfica 4. Casos de violencia de género por minorías étnicas y año, Valle del Cauca, 2017 – 2018**

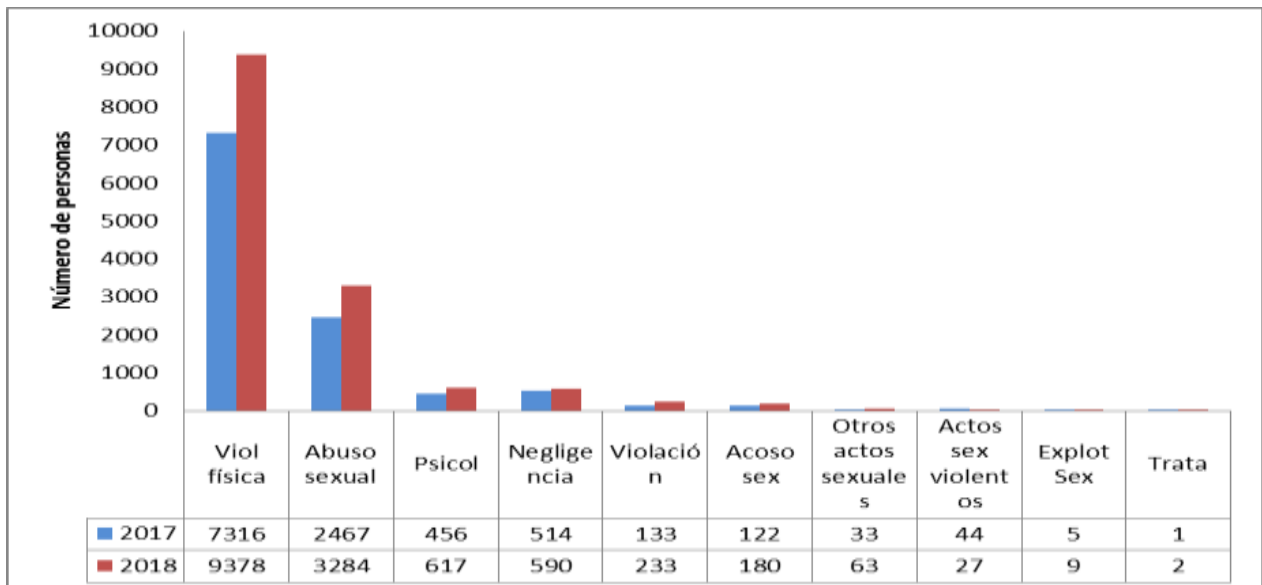


Fuente: Sivigila

#### 4.2 Comportamiento de otras variables de interés

De los 14.383 casos de violencia de género, el 65% fueron por violencia física y 23% por abuso sexual. Se observan aumentos en todos los tipos de violencia excepto para los denominados actos sexuales violentos. Gráfica 5.

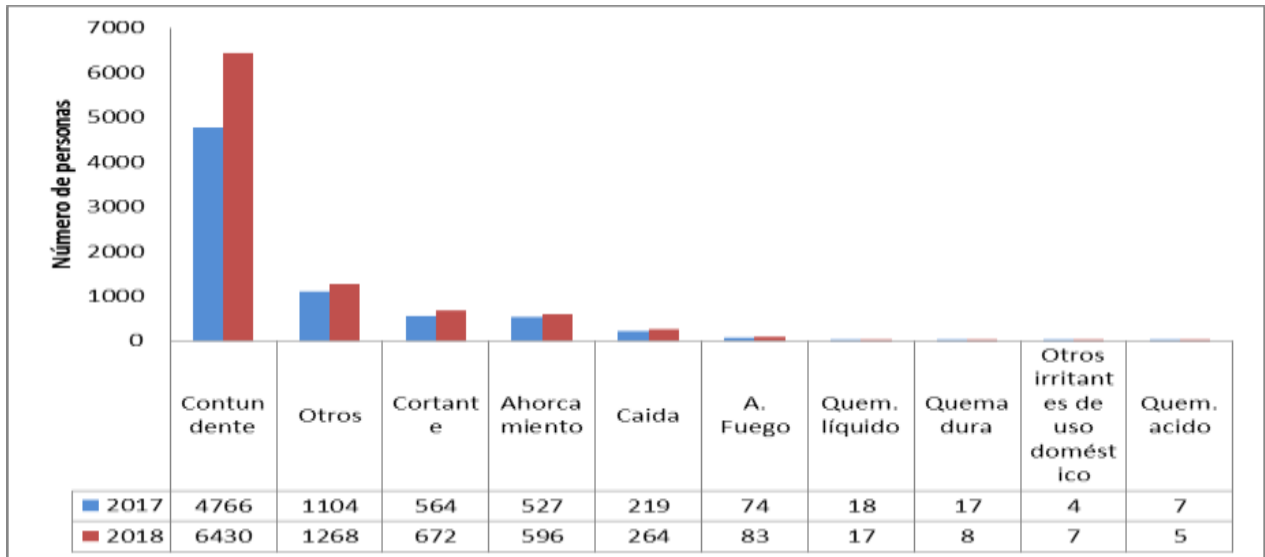
**Gráfica 5. Casos de violencia de género por tipo de violencia y año, Valle del Cauca, 2017 – 2018**



Fuente: Sivigila

El mecanismo más frecuente es el contundente, alcanzando el 69% de los casos para el año 2018, incrementándose en un 34,9% respecto al año 2017. Gráfica 6.

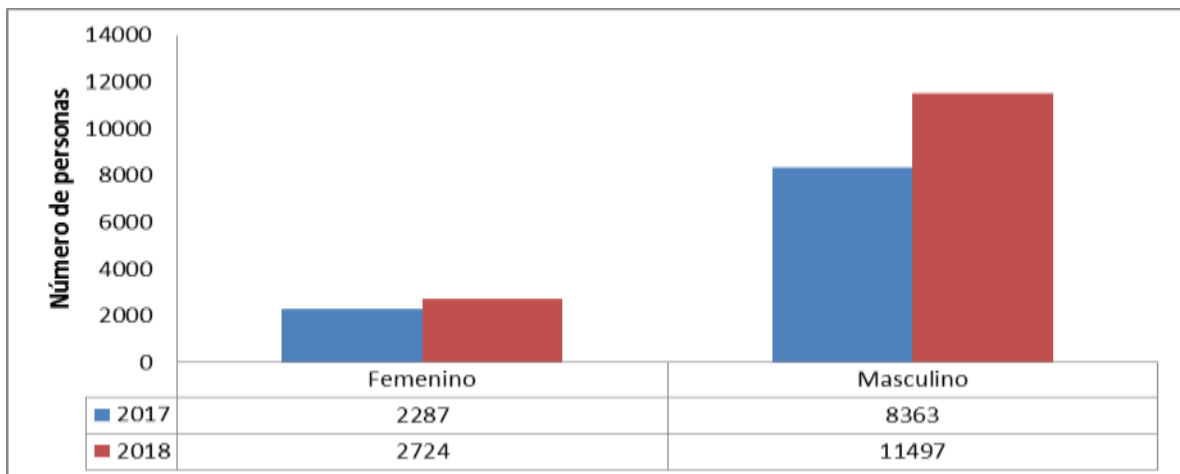
**Gráfica 6. Casos de violencia de género por mecanismo y año, Valle del Cauca, 2017 - 2018**



Fuente: Sivigila

El 81% de los agresores son de sexo masculino para el año 2018, observándose que aumentaron los casos tanto de hombres como mujeres agresoras, pero el aumento de hombres es mayor tanto en los casos (3.134) como en porcentaje (+37,5%). Gráfica 7.

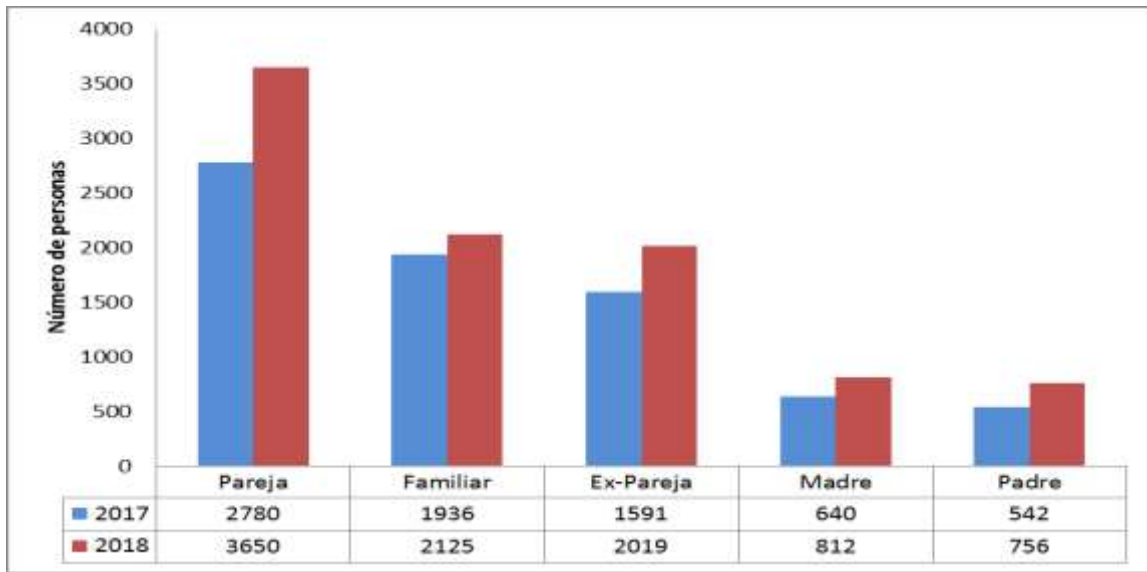
**Gráfica 7. Casos y porcentaje de violencia de género por sexo del agresor y año, Valle del Cauca, 2017 - 2018**



Fuente: Sivigila

Todos los tipos de agresores familiares aumentaron en número de casos. Las parejas representan el 39% del total de casos en los que el agresor es familiar para el año 2018, le siguen otros familiares con el 23%. Gráfica 8.

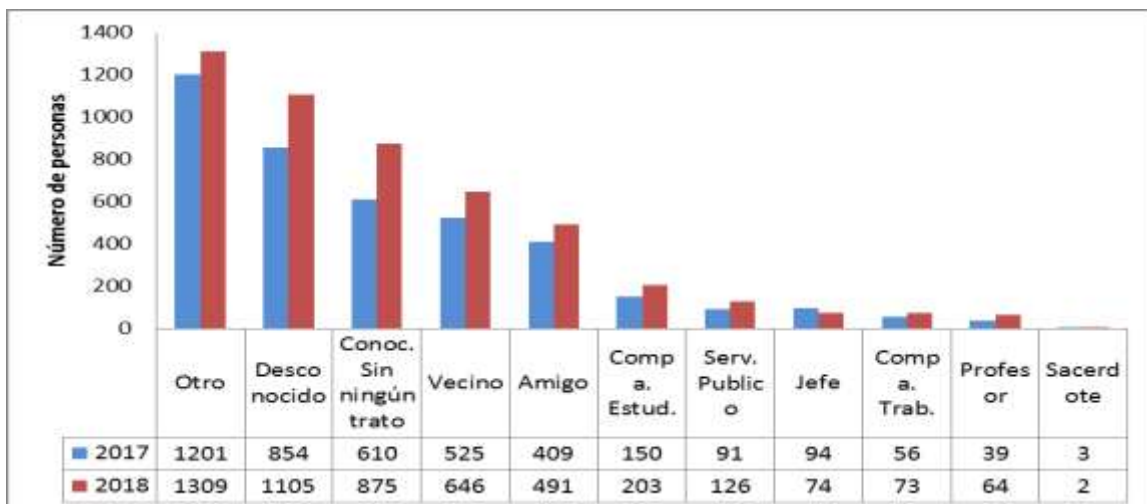
**Gráfica 8. Casos de violencia de género por tipo de agresor familiar y año, Valle del Cauca, 2017 - 2018**



Fuente: Sivigila

El agresor No familiar más frecuente es el desconocido (22,2% en 2018), le siguen los conocidos sin ningún trato (17,6%). Gráfica 9.

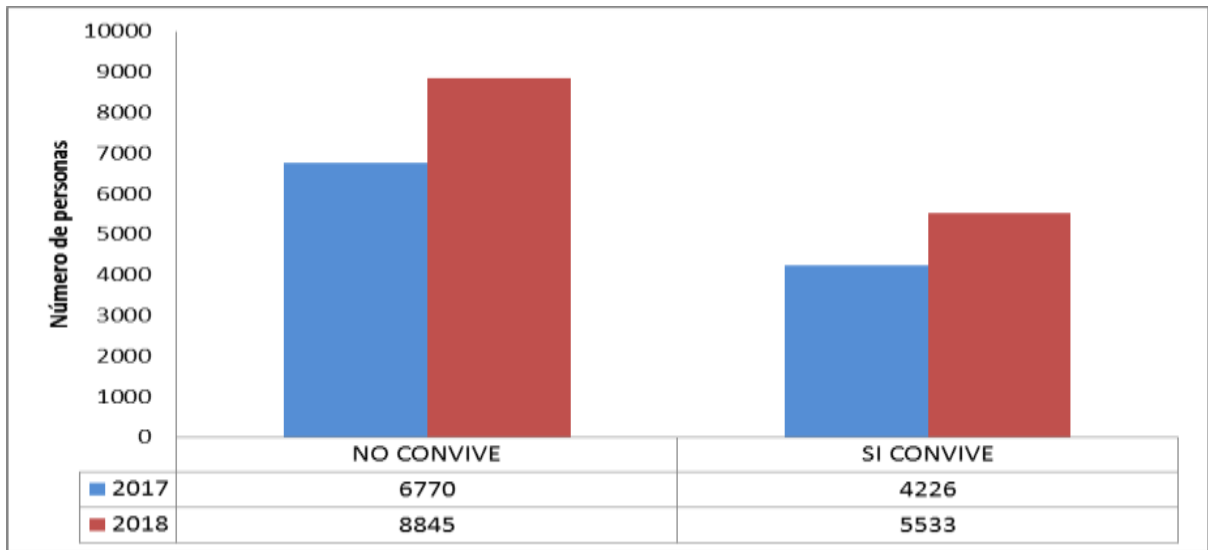
**Gráfica 9. Casos de violencia de género por tipo de agresor NO familiar y año, Valle del Cauca, 2017 - 2018**



Fuente: Sivigila

Aumentaron tanto los casos en que agresor y víctima conviven como en los casos que no conviven, el 38% de los casos del año 2018 la víctima y el agresor conviven. Gráfica 10.

**Gráfica 10. Casos de violencia de género por convivencia (víctima – agresor) y año, Valle del Cauca, 2017 - 2018**

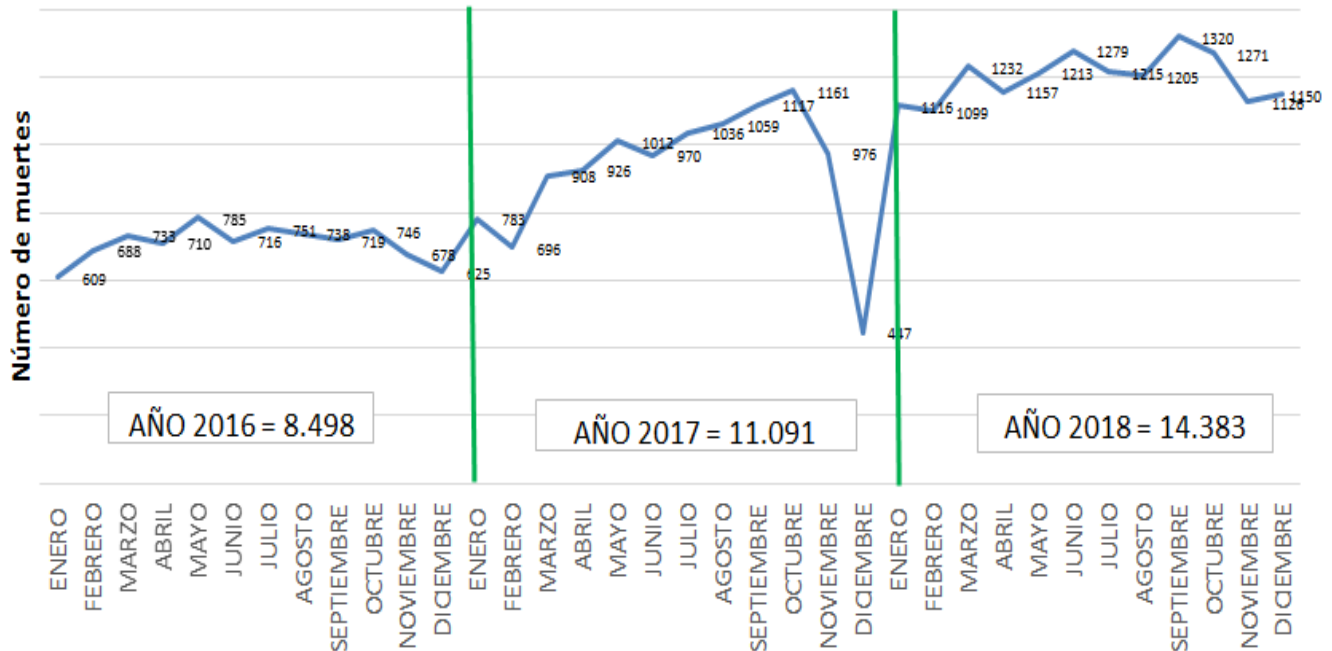


Fuente: Sivigila

#### 4.3 Tendencia del evento

Se observa que los casos tienen tendencia al incremento; esto se explica muy probablemente porque el sector salud en general está asumiendo la violencia como un problema de interés en salud pública y los funcionarios notifican cada vez más los casos. Hay un descenso marcado en el mes de diciembre del año 2017. Gráfica 11.

**Gráfica 11. Casos de violencia de género según tipo de violencia, mes y año, Valle del Cauca, 2016 - 2018**



#### 4.4 Comportamiento de los indicadores de vigilancia del evento

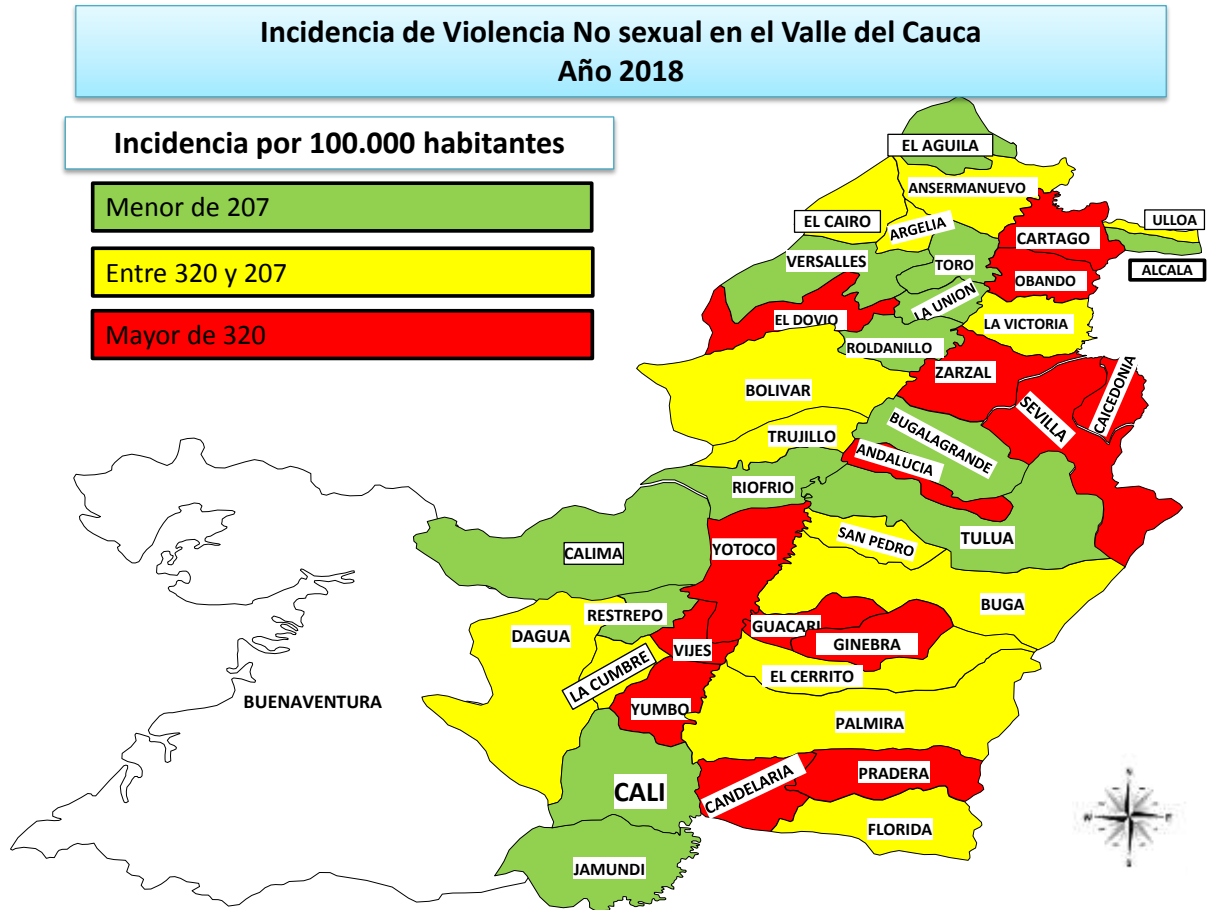
##### Violencia escolar

En el año 2018 se identificaron 284 casos de violencia en los cuales el ámbito del hecho fue escolar, mientras en el año 2017 fueron 197.

##### Tasa de violencia

La tasa más elevada en Vijes (815 por 100.000 habitantes). En el Valle se presentaron 332, casos por 100.000 habitantes.

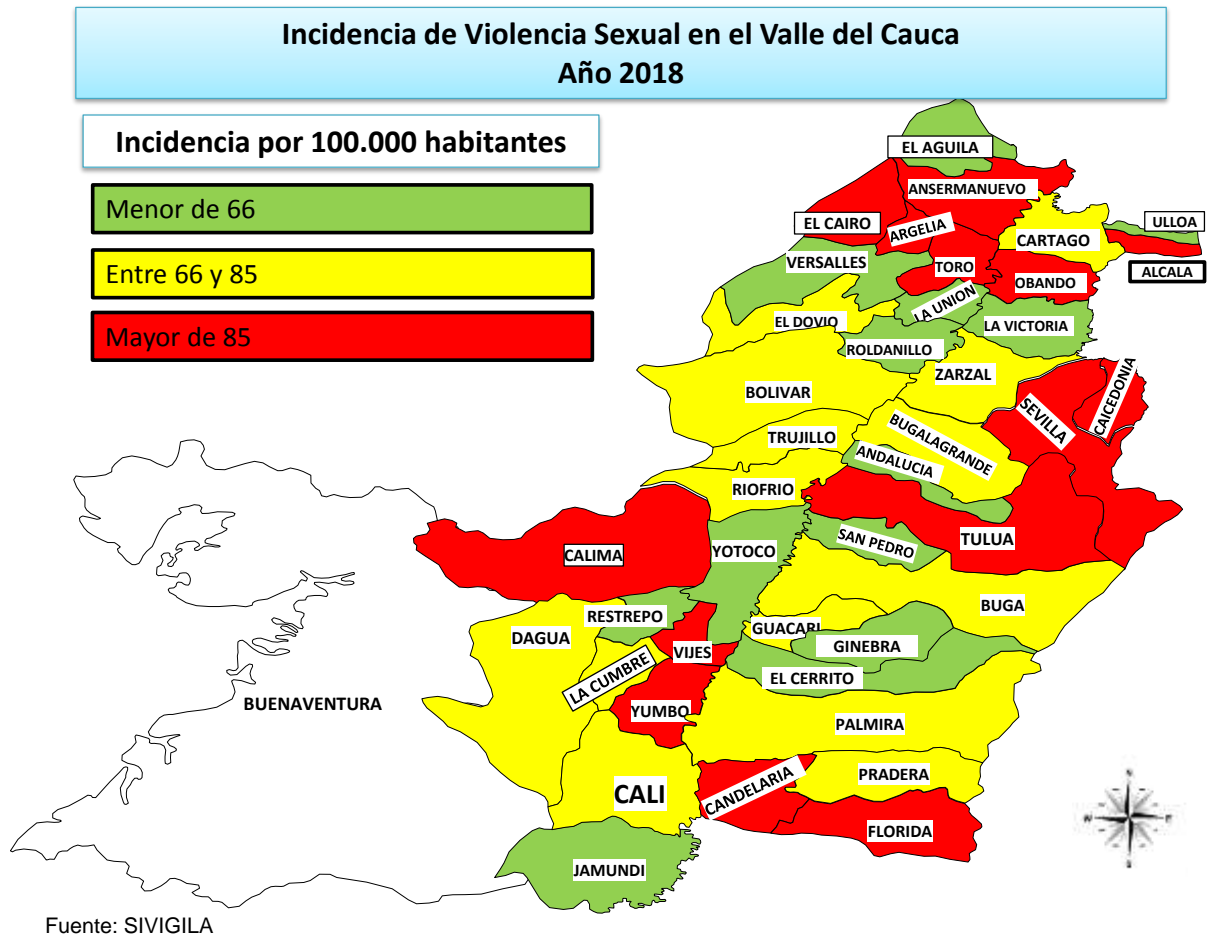
Mapa 1. Incidencia por 100.000 habitantes de violencia de género No sexual por municipio de residencia, Valle del Cauca, Año 2018



Fuente: SIVIGILA



**Mapa 2. Incidencia por 100.000 habitantes de violencia de género Sexual por municipio de residencia, Valle del Cauca, Año 2018**



### Mortalidad

La tasa de mortalidad es de 0,39 por 100.000 habitantes, se notificaron un total de diez y siete (17) casos sospechosos de muerte, diez (10) de estos ocurrieron en el municipio de Cali, tres en Jamundí y uno respectivamente en: Alcalá, Bolívar, Caicedonia y Zarzal.

## 5. DISCUSIÓN

La notificación de la violencia de género aumentó de manera muy importante para el año 2018 en comparación con los años 2016 y 2017. Este incremento no debería interpretarse como un aumento real del problema en la vida de las personas del Valle del Cauca, sino en mejoras en el proceso de notificación, es decir, la comunidad médica cada vez se convence de la violencia como un problema de salud pública. Se espera que en el año 2019 la notificación se estabilice, pues como muestra la tendencia a través de los años, esta presenta una tendencia hacia el incremento paulatino.

Algunos resultados observados en el Valle del Cauca pueden contrastarse con los hallazgos del nivel nacional: Una diferencia marcada que se observó entre Colombia y el Valle es en la ocurrencia de casos por violencia física, que mientras en el total nacional es 50,9%, en el Valle del Cauca alcanza el 65%. En Colombia el 25,4% de los casos ocurren por alguno de los tipos de violencia sexual, en el Valle es bastante similar (26%) (5).

## 6. CONCLUSIONES

La inclusión de la vigilancia de la violencia de género desde hace poco más de 5 años en el Sivigila nacional es un acierto, dada la magnitud del problema. La violencia de género es el que tiene mayor representación entre todos los eventos del Sivigila (19,9% del total de casos notificados al Sivigila departamental en el año 2018).

La naturaleza en si misma de la violencia, y el contexto en el que se da en nuestro país, hace de este, un evento diferente del resto de notificación obligatoria y deben pensarse estrategias que sean discutidas con las personas de los territorios que vienen trabajando en este tema. Los lineamientos dados desde el nivel central, en ocasiones no concuerdan con los contextos de cada departamento, por lo cual debe pensarse en respuestas contextualizadas con enfoque territorial.

Las cifras muestran que, entre los casos de violencia sexual, la mayor parte de los casos corresponde a la categoría de abuso sexual. Se debe tomar en cuenta el hecho de que las adolescentes en el Valle del Cauca y el país están iniciando su vida sexual antes de los 14 años, por tanto, se debe revisar la relación de esta tendencia con la alta ocurrencia de actos de violencia sexual. De cualquier manera, todos los actos sexuales que comprometan menores de 14 años son considerados como un delito penal en Colombia (tipificado como abuso sexual), razón por la cual el protocolo de atención obliga a las instituciones de salud (y las que realicen la atención de primera instancia), a reportar todos estos casos como una situación de “abuso sexual”, aún si estos han sido

cometidos con el consentimiento de la adolescente. Sin embargo, el sistema de información no permite identificar dentro de cada caso si el hecho fue consentido o no, por lo tanto, el protocolo legal procede por la ruta de ausencia de consentimiento.

Una deficiencia importante que tiene un peso relativo en la reincidencia de los comportamientos sexuales violentos, es que no hay prácticas de intervención y tratamiento para los ofensores sexuales. La ley se dirige con prioridad a su judicialización; sin embargo, los datos indican que el 95% de la violencia sexual es causada por hombres no judicializados aún, dentro de los cuales el 23% se encuentra entre los 15 a 19 años de edad.

Asimismo, se hace visible mediante estos ejercicios de análisis un fenómeno que afecta a miles de personas en el Valle del Cauca con las consecuencias personales, familiares y sociales que conllevan estos actos abusivos. Es una fortaleza destacar la pertinencia del tema y la importancia de hacer visible el fenómeno, para que se tomen las medidas para enfrentarlo de manera integral desde el sistema de salud en alianza con los otros sectores institucionales que tienen responsabilidades en el tema y por parte de las familias en particular y de la sociedad en general, para que se organicen más acciones colectivas donde se posicione la violencia de género como un intolerable ético.

## **7. RECOMENDACIONES**

Es importante activar la ruta de atención intersectorial, muy seguramente esta activación reducirá la probabilidad de que los desenlaces sean cada vez más graves o incluso terminar en muerte. Por otro lado, se sabe que la mayor parte de los agresores son hombres, es plausible suponer que todos estos agresores alguna vez estuvieron en contacto con el sector salud, especialmente en los programas de control y desarrollo, estos espacios deben ser potenciados para identificar e intervenir tempranamente conductas inadecuadas en el individuo y en la familia y así evitar que estos se conviertan en los futuros agresores.

El departamento debe propiciar la ejecución de programas y proyectos que permitan la prevención y control de los tipos de violencia analizados en el presente informe. Estas intervenciones no deben ser universales sino diferenciales pues el detalle de la información permite obtener estimaciones para diferentes grupos poblacionales, lo cual redundará en una mejor calidad y efectividad de las intervenciones.

Es importante el número de casos de maltrato hacia niños y niñas en edades infantiles, esto se constituye en un desprecio de los derechos humanos hacia seres más

pequeños e indefensos por parte de adultos en su mayoría. La opinión pública debe ser informada por medio de la difusión de este tipo de análisis, para ejercer presión hacia todos los diferentes sectores con competencia en el tema. Pero más importante aún con estrategias poblacionales de prevención que sean probadas con medicina basada en la evidencia por supuesto, que dichas estrategias sean sostenidas en el tiempo, pues la no continuidad de las acciones afecta el efecto esperado.

La gran cantidad de datos que arroja el evento 875 debe ser aprovechada, esto permite llevar a cabo ejercicios de análisis con discriminaciones por combinaciones de múltiples variables. Se recomienda en próximos informes incluir mayor complejidad en los análisis, como modelos predictivos que consideren las variables relevantes de la ficha.

Se deben trascender algunos paradigmas (de orden cultural y social) que se han mantenido en el tiempo y con los cuales se ha hecho la vigilancia y atención del grueso de los eventos de salud física que son de interés en salud pública. Algunos otros paradigmas tienen que ver con la forma como se recaba la información y los diferenciales que debe haber para abordar cada uno de los casos de violencia (tema que se encuentra primordialmente en el campo de la salud mental) en comparación con otros eventos de salud física. En síntesis, hay diferencias marcadas entre los eventos de salud física y estos de salud mental, pues la información puede estar acompañada de algunos sesgos: las personas no quieren dar detalles de los casos por temor a represalias, el personal de salud no está sensibilizado de manera adecuada para indagar estas problemáticas, esto último incluye las propias representaciones sociales del personal asistencial que posiblemente se constituyan en obstáculos a la hora de recabar la información, poco tiempo de consulta para indagar temas tan sensibles para las víctimas.

## **8. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS**

1. Organización de las Naciones Unidas. Convención sobre la eliminación de todas las formas de discriminación contra la mujer, 2014.
2. Ministerio de la Protección Social. Modelo de Atención Integral en Salud para Víctimas de Violencia Sexual, 2011
3. Organización panamericana de la salud. Organización Mundial de la Salud. Prevención de la violencia sexual y violencia infligida por la pareja contra las mujeres 2010.
4. Organización panamericana de la salud. Organización Mundial de la Salud. Violencia Contra las Mujeres en América Latina y el Caribe. Análisis comparativo de datos poblacionales de 12 países, 2012.
5. Instituto Nacional de Salud. Informe del evento de violencia de género en Colombia, hasta el periodo epidemiológico XIII, 2018

## **INFORME DEL EVENTO INTOXICACIÓN POR SUSTANCIAS QUÍMICAS VALLE DEL CAUCA, 2018**

***Víctor Hugo Muñoz Villa***  
***Referente de vigilancia de intoxicación por sustancias químicas***  
***Equipo de Vigilancia en Salud Pública***  
***Subsecretaría de Salud Pública***  
***Secretaría Departamental de Salud Valle del Cauca***

### **1. INTRODUCCIÓN**

#### **1.1 Comportamiento del evento a nivel mundial**

Las intoxicaciones son un grave problema de salud pública mundial. De acuerdo con datos de la Organización Mundial de la Salud (OMS), en el año 2004 aproximadamente 346.000 personas murieron de intoxicación no intencional en todo el mundo. De estas muertes, el 91% ocurrieron en países de ingreso bajo y mediano. El mismo año, las intoxicaciones no intencionales representaron la pérdida de más de 7,4 millones de años de vida ajustados por discapacidad.

Según la OMS, con el Programa Internacional de Seguridad de las Sustancias Químicas, se requiere la conformación de centros toxicológicos en varios países de Latinoamérica, los cuales deben brindar asesoría y asistencia sobre prevención, diagnóstico y gestión de las intoxicaciones, los cuales como mínimo deben garantizar un servicio oportuno de información (1).

#### **1.2 Comportamiento del evento en América**

Un estudio llevado a cabo en Perú permitió observar que el 58% de los agricultores manifestaron haber sufrido algún efecto físico inmediatamente después de aplicar el plaguicida, entre estos un 46% sufrió dolor de cabeza, 40% mareos y 23% náuseas, entre otros síntomas como, visión borrosa, vómitos o alergia de la piel. Las mujeres fueron más afectadas por estos plaguicidas. Vale decir que uno de los hallazgos del estudio es que los registros de los centros hospitalarios no discriminaban el tipo de

plaguicida y en muchos casos quedaba como sustancia desconocida sin especificar si era un plaguicida o no (2).

Una investigación sobre el uso de plaguicidas en América Latina, con énfasis en México, se encontraron correlaciones entre la exposición crónica a plaguicidas aumentaba de manera importante el riesgo de cáncer en los seres humanos, por medio de un efecto genotóxico. En la mayoría de los casos los trabajadores de los distintos países de Latinoamérica estuvieron en contacto con productos que están incluidos en la lista de plaguicidas altamente peligrosos y de manera importante, se menciona que estuvieron expuestos a mezclas de plaguicidas y la mayor parte corresponden a trabajadores agrícolas (3).

### **1.3 Comportamiento del evento en Colombia**

En Colombia para el año 2018 se registraron 22.854 casos de intoxicaciones por sustancias químicas, las mujeres representan el 38,5% de los casos y los menores de edad el 37,4%. El 49,8% tienen lugar en el hogar, el 22,4% en la vía pública, 11,5% en lugar de trabajo y 8,2% en bares o similares (4).

Las sustancias psicoactivas representan el 39,5% de las intoxicaciones, el 18,8% por medicamentos, el 16,2% por otras sustancias químicas, 15,5% por plaguicidas. El tipo de exposición más frecuente es la accidental (35,4%), seguida por las psicoactivas con el 30,3%. Con relación a las tasas de incidencia es el departamento del Quindío el que presenta el mayor riesgo con 97,43 por 100.000 habitantes, mientras la tasa nacional se ubicó en 49,36 por 100.000 habitantes. (4)

## **2. OBJETIVO**

Caracterizar las intoxicaciones por sustancias químicas de acuerdo a su distribución en variables de tiempo, lugar y persona con el fin de establecer la frecuencia y distribución de la morbilidad y mortalidad registrada para este evento en el Valle del Cauca.

## **3. METODOLOGÍA**

Se hizo un informe descriptivo retrospectivo de los hallazgos encontrados mediante la notificación al Sistema de Vigilancia en Salud Pública (Sivigila) del evento intoxicación por sustancias químicas en el Valle del Cauca durante el año 2018



La población en estudio fueron las personas que sufrieron una intoxicación por sustancia química en el Valle del Cauca y que fueron atendidas por parte de un servicio de salud de una IPS (Institución Prestadora de Salud).

Las variables que se trabajaron fueron las que contempla la ficha de notificación de datos básicos (cara A) como: sexo, área de residencia, tipo de régimen en salud y grupo poblacional, así como las variables de la ficha de datos complementarios (cara B) como: intencionalidad, vía de exposición entre otras.

En el año 2018, se notificaron al Sivigila 2.635 casos de intoxicación por sustancias químicas, se excluyeron: 10 casos con ajuste 6 el cual hace referencia a los registros descartados, 589 casos con ajuste D, el cual hace referencia a los errores de digitación, para este evento el ajuste D en la mayor parte de los casos obedecen a los registros de intencionalidad suicida que inicialmente fueron incluidos en este evento (365), pero según los nuevos lineamientos deben ser notificados al evento 356 (intento de suicidio) dos casos con exposición autoinfligida, 94 casos que ocurrieron fuera del Valle, 19 casos con procedencia del Distrito de Buenaventura. Se eliminaron 30 registros correspondientes al mismo número de identidad y misma fecha de consulta y finalmente, se identificaron 47 registros de personas reincidentes (diferente fecha de consulta y misma identidad), de los cuales se dejó un solo registro para cada persona (24 registros) se deja el registro más reciente). En total quedaron 1.868 personas intoxicadas por sustancias químicas en el Valle del Cauca.

Se han calculado pruebas de significancia para algunas variables. Para el caso de la edad, se utilizó la prueba de Sktest para probar normalidad, la cual utiliza los coeficientes de asimetría y curtosis en un solo estadístico. Para comparar proporciones se utilizó la prueba de Chi cuadrado para contrastar diferencias entre porcentajes, la prueba T para comparar promedios, el valor que arrojó la prueba se reportó como pt y la prueba de Kruskal Wallis para comparar medianas de las edades (pkw) como complemento.

## **4. RESULTADOS**

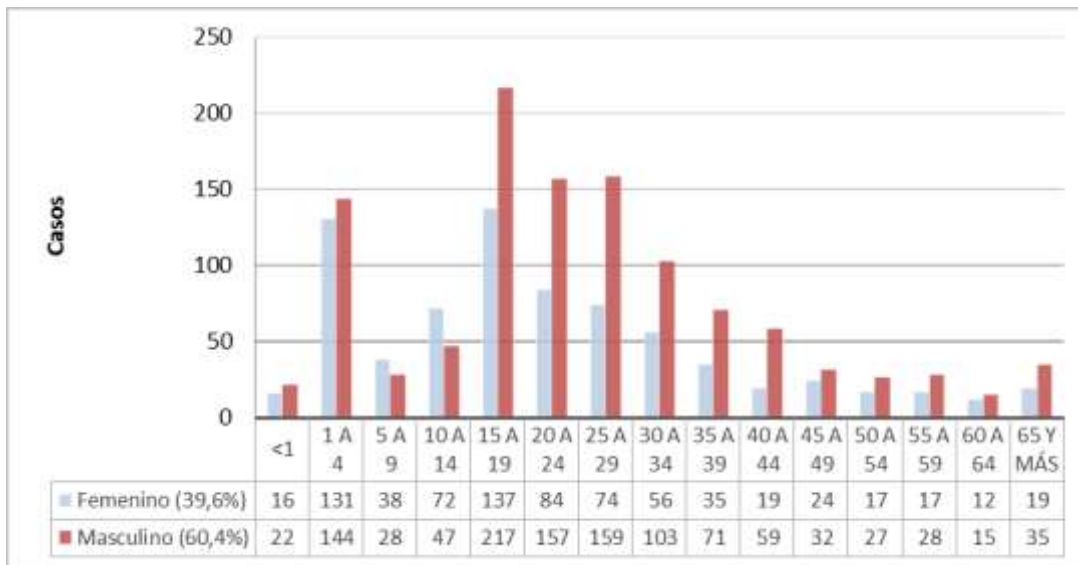
### **4.1 Magnitud en lugar y persona**

Como se dijo anteriormente, luego de hacer la depuración de la base de datos en el año 2018 quedaron 1.868 casos de intoxicación por sustancias químicas con procedencia del Valle del Cauca.



El 39,6% ocurrieron en mujeres. El grupo de edad más afectado fue el de 15 a 19 años (18,7%). El promedio de edad de los afectados fue 23,98 (desviación estándar de 17,23) y la mediana es 21 años (RIC = 18). Se llevó a cabo la prueba de normalidad Sktest para la variable edad, encontrándose que dicha variable no se comporta de manera normal ( $p = 0,0000$ ), por lo tanto, se reportaron las medianas al realizar las comparaciones de la variable edad. Gráfica 1

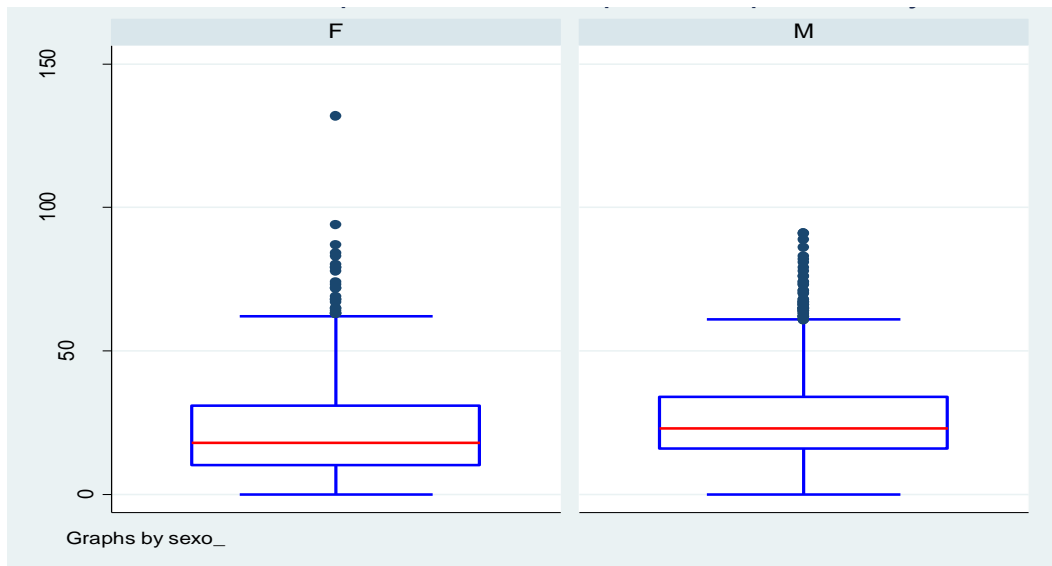
**Gráfica 1. Intoxicación por sustancias químicas según edad y sexo, Valle del Cauca. Año 2018**



Fuente: Sivigila

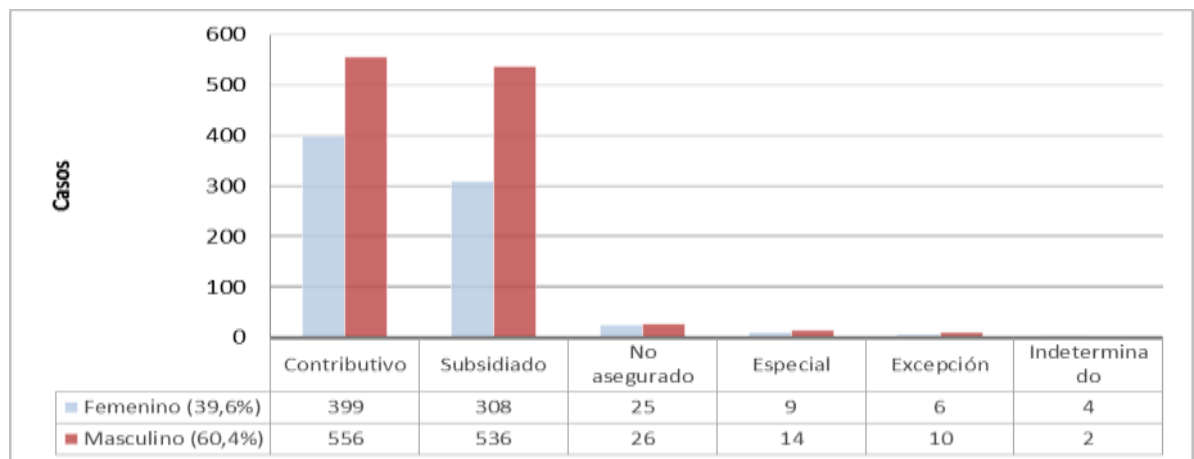
La mediana de las mujeres es 18 años (RIC = 20) y de los hombres 23 años (RIC = 17), encontrándose que dicha diferencia entre edades es estadísticamente significativa ( $p_{kw} = 0,0001$ ). Gráfica 2.

**Gráfica 2. Medianas de edad por sexo de intoxicación por sustancias químicas, Valle del Cauca. Año 2018**



El 50,4% de los casos ocurrieron en personas del régimen contributivo y 44,5% del subsidiado. Llama la atención que en el régimen subsidiado y en el contributivo la distancia entre hombres y mujeres es importante, mientras que en los no asegurados no se observa esta diferencia. Gráfica 3

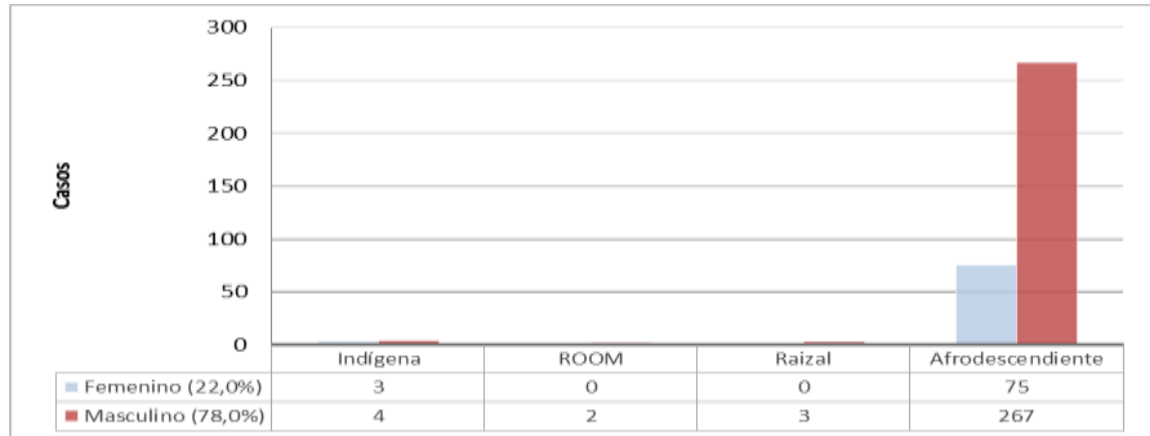
**Gráfica 3. Intoxicación por sustancias químicas según régimen de salud y sexo, Valle del Cauca. Año 2018**



Fuente: Sivigila

En las minorías étnicas el porcentaje de mujeres es mucho menor (22%) en comparación con la población general, en la que el porcentaje de mujeres es del 39,5%). Gráfica 4

**Gráfica 4. Intoxicación por sustancias químicas según etnia y sexo, Valle del Cauca. Año 2018**

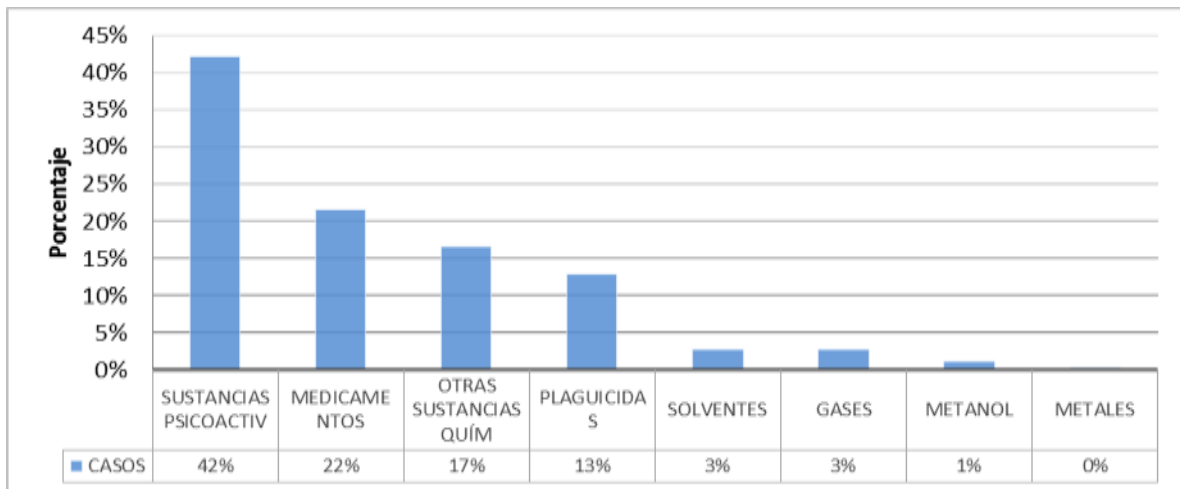


Fuente: Sivigila

#### 4.2 Comportamiento de otras variables de interés

Las sustancias psicoactivas representan el 42% del total de casos de intoxicaciones por sustancias químicas, le siguen los medicamentos con un 22%. (Gráfica 5).

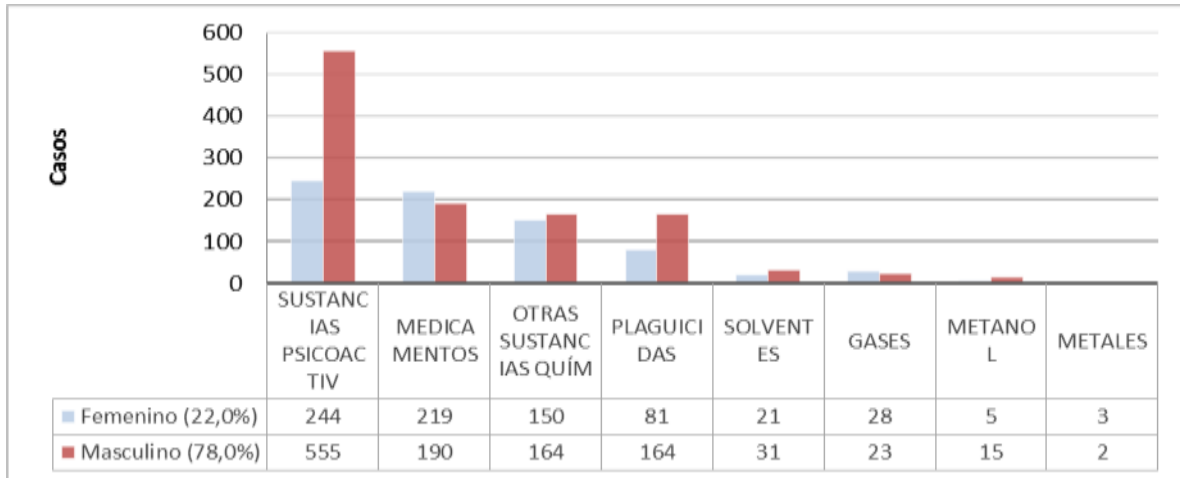
**Gráfica 5. Intoxicación por sustancias químicas según grupo de sustancias, Valle del Cauca. Año 2018**



Fuente: Sivigila

Se observa claramente que los hombres son gran mayoría en las intoxicaciones por sustancias psicoactivas y en los plaguicidas, mientras en medicamentos las mujeres son mayoría y en las Otras Sustancias Químicas los hombres tienen un porcentaje solo levemente mayor que el porcentaje observado en mujeres. Gráfica 6.

**Gráfica 6. Intoxicación por sustancias químicas según grupo de sustancias, Valle del Cauca. Año 2018**



Fuente: Sivigila

La intencionalidad identificada con mayor frecuencia es la psicoactiva (36,6%), le sigue la accidental con el 34,9%. Se identificaron 691 casos de intencionalidad psicoactiva, de los cuales el 10 ocurrieron con medicamentos. Del total de casos de intoxicaciones por medicamentos, el 18,1% es por automedicación, un 39,9% accidental y un 16,9% la intencionalidad es psicoactiva. La Tabla 1.

**Tabla 1. Intoxicación por sustancias químicas según tipo de exposición y sustancia, Valle del Cauca. Año 2018**

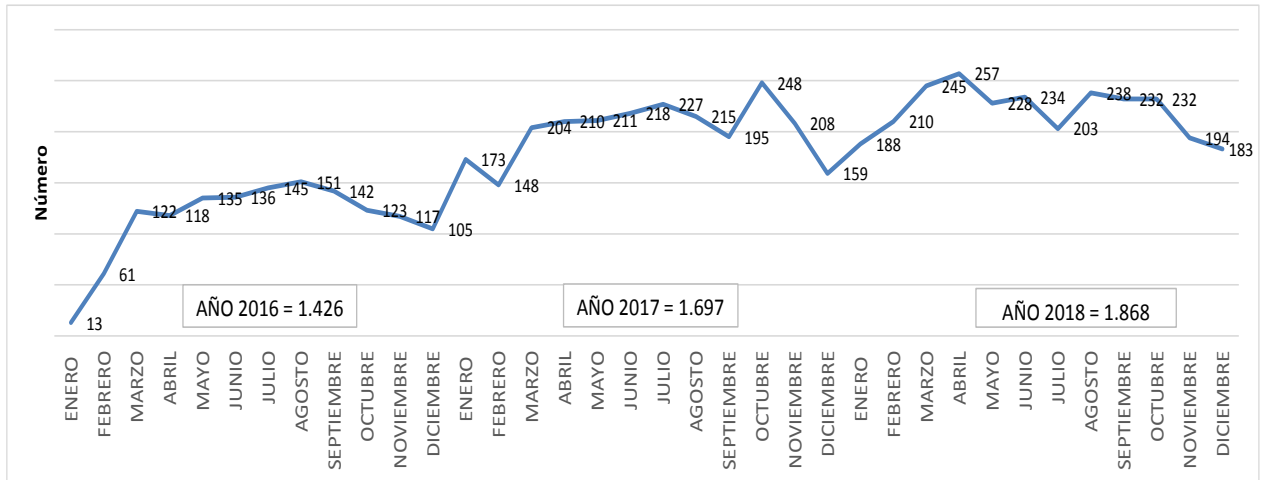
SUSTANCIA	Ocupacional		Accidental		Homicida		Delictiva		Desconocida		Psicoactiva		Suicida		Automedic.	
	Casos	%	Casos	%	Casos	%	Casos	%	Casos	%	Casos	%	Casos	%	Casos	%
SUSTANCIAS PSICOACTIVAS	4	0,5%	58	7,3%	0	0,0%	69	8,6%	63	7,9%	600	75,1%	0	0,0%	5	0,6%
MEDICAMENTOS	8	2,0%	163	39,9%	9	2,2%	33	8,1%	52	12,7%	69	16,9%	1	0,2%	74	18,1%
OTRAS SUSTANCIAS QUÍMICAS	35	11,2%	214	68,4%	2	0,6%	15	4,8%	30	9,6%	13	4,2%	0	0,0%	4	1,3%
PLAGUICIDAS	69	29,0%	142	59,7%	5	2,1%	2	0,8%	13	5,5%	3	1,3%	0	0,0%	4	1,7%
SOLVENTES	2	3,8%	41	78,8%	0	0,0%	1	1,9%	3	5,8%	5	9,6%	0	0,0%	0	0,0%
GASES	14	27,5%	27	52,9%	0	0,0%	7	13,7%	3	5,9%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%
METANOL	2	10,0%	11	55,0%	0	0,0%	0	0,0%	6	30,0%	1	5,0%	0	0,0%	0	0,0%
METALES	0	0,0%	2	40,0%	0	0,0%	0	0,0%	3	60,0%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%
<b>TOTAL</b>	<b>134</b>	<b>7,1%</b>	<b>658</b>	<b>34,9%</b>	<b>16</b>	<b>0,8%</b>	<b>127</b>	<b>6,7%</b>	<b>173</b>	<b>9,2%</b>	<b>691</b>	<b>36,6%</b>	<b>1</b>	<b>0,1%</b>	<b>87</b>	<b>4,6%</b>

Fuente: Sivigila

### 4.3 Tendencia del evento

Se observa una tendencia al incremento sistemático a través de los años, siendo el mes de abril de 2018 el de mayor número (257 casos), y un promedio de 220 casos por mes para el año 2018. (Gráfica 7).

**Gráfica 7. Intoxicación por sustancias químicas según año y mes, Valle del Cauca. Años 2016 - 2018**



Fuente: Sivigila

#### 4.4 Comportamiento de los indicadores de vigilancia del evento

##### Incidencia

En el Valle del Cauca las sustancias psicoactivas aportan el mayor número de casos (799), alcanzando una incidencia de 16,8 casos por cada 100.000 habitantes; le siguen los medicamentos con 409 casos (incidencia de 8,6 por 100.000 habitantes). Tabla 2.

**Tabla 2. Incidencia de intoxicaciones por sustancias químicas, Valle del Cauca, año 2018**

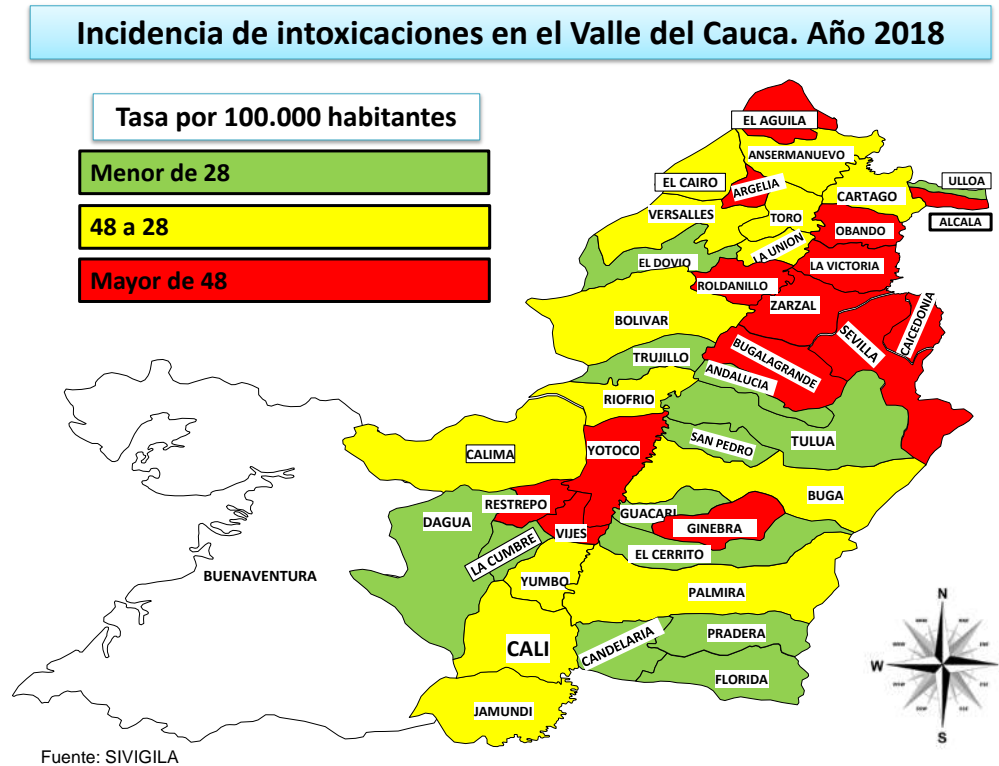
Grupo de sustancia	Casos	Incendencia por 100.000
		hab.
Sustancias psicoactivas	799	18,4
Medicamentos	409	9,4
Otras sustancias químicas	314	7,2
Plaguicidas	245	5,7
Solventes	52	1,2
Gases	51	1,2
Metanol	20	0,5
Metales	5	0,1

Fuente: Sivigila, Valle del Cauca

Se observan dos agregaciones espaciales de municipios con las tasas más elevadas. La primera de ellas conformada por los municipios del noriente del Valle (Bugalagrande,

Sevilla, Zarzal, Caicedonia, Roldanillo, La Victoria, Obando) y la segunda agregación en la zona centro - sur: (Restrepo, Vijos, Yotoco). Mapa 1.

**Mapa 1. Incidencia de Intoxicación por sustancias químicas según municipio, Valle del Cauca. Año 2018**



*Incidencia de la mortalidad por intoxicaciones*

En total hubo 18 casos de mortalidad notificados al Sivigila8 de los cuales pertenecen a Cali y el resto corresponden a un caso en cada uno de los siguientes municipios: Alcalá, Candelaria, Cartago, Dagua, El Águila, Florida, Jamundí, La Unión, Pradera y Roldanillo. El mayor número de muertes está representado por plaguicidas (9 casos, 50%). Tabla 3.

**Tabla 3. Incidencia de mortalidad por intoxicaciones con sustancias químicas, Valle del Cauca, año 2018**

Grupo de sustancia	casos	Incidencia por 100.000 hab.
Medicamentos	3	0,07
Plaguicidas	9	0,21

Solventes	1	0,02
Otras sustancias químicas	2	0,05
Sustancias psicoactivas	3	0,07

*Letalidad por intoxicaciones con sustancias químicas*

**Tabla 9. Letalidad por intoxicaciones con sustancias químicas, Valle del Cauca, año 2018**

<b>Grupo de sustancia</b>	<b>casos</b>	<b>Letalidad</b>
Sustancias psicoactivas	3	0,004
Medicamentos	3	0,007
Otras sustancias químicas	2	0,006
Plaguicidas	9	0,037
Solventes	1	0,019
Gases	0	0,000
Metanol	0	0,000
Metales	0	0,000

## 5. DISCUSIÓN

En Colombia las mujeres representan el 38,5%, este grupo en el Valle del Cauca corresponde a 39,6%; los menores de edad representan el 37,4% en el total nacional, mientras que en el Valle del Cauca el porcentaje es 39,9% (4).

En Colombia las sustancias psicoactivas representan el 39,5% de las intoxicaciones, el 18,8% por medicamentos, el 16,2% por otras sustancias químicas y 15,5% por plaguicidas. En el Valle del Cauca se observan algunas diferencias respecto al comportamiento nacional, las sustancias psicoactivas, por ejemplo, representan el 42,2% de los casos, es decir 2,7 puntos porcentuales más que el observado en Colombia. También en el Valle del Cauca la proporción de intoxicación por medicamentos es mayor (21,6%) que el del total de nacional (18,8%), mientras los plaguicidas en el Valle del Cauca es un menor porcentaje (12,9%) que en la nación (15,5%) (4).

Con relación al tipo de exposición, en Colombia el más frecuente es la accidental (35,4%), mientras en el Valle del Cauca son las intoxicaciones por sustancias psicoactivas (36,6%) (4).

Con relación a las tasas de incidencia la tasa nacional se ubicó en 49,36 por 100.000 habitantes, mientras la tasa del Valle del Cauca fue 43,1 por 100.000 habitantes (4).



## **6. CONCLUSIONES**

Las sustancias psicoactivas y los medicamentos son las sustancias que aportan el 64% del total de intoxicaciones y la mayoría de afectados son personas jóvenes que se encuentran en las etapas más productivas de sus vidas, lo cual tiene repercusiones difíciles de calcular tanto a nivel social y familiar como emocional.

Los municipios de Argelia, Obando y Ginebra, debido al riesgo que se evidencia en el presente análisis, deben ser priorizados para cualquier acción que se lleve a cabo y que esté relacionada con la prevención, manejo y control de las intoxicaciones químicas.

## **7. RECOMENDACIONES**

El estrés postraumático que acompaña a la mayoría de las lesiones por causas externas debe trabajarse adecuadamente por parte de los prestadores de salud. La recuperación integral de la salud de los afectados debe ser objeto de especial seguimiento por las entidades territoriales de salud.

Igualmente es importante realizar campañas para que la población que maneja estos productos los tenga bajo llave, pues se sabe que una estrategia probada es restringir el producto y que los potenciales lesionados no los tengan a su alcance fácilmente. Se sabe que estas estrategias tienen un efecto importante y determinante en la disminución de los casos. Igualmente, el consejo seccional de plaguicidas debe ser un aliado importante a la hora de restringir algunos productos sin certificación del Invima (5).

## **8. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS**

1. Instituto Nacional de Salud. Protocolo de vigilancia de intoxicación por sustancias químicas 2018
2. Revista peruana de medicina experimental y salud pública. Características de uso de plaguicidas químicos y riesgos para la salud en agricultores de la sierra central del Perú 2009
3. Revista Internacional de Contaminación Ambiental. Riesgo genotóxico por la exposición ocupacional a plaguicidas en América Latina 2017.
4. Instituto Nacional de Salud. Informe del evento intoxicación por sustancias químicas en Colombia, hasta el periodo epidemiológico XIII, 2018



5. Ministerio de Salud y protección Social. Cartilla Informativa “Prevención Vigilancia y Control de las Intoxicaciones Agudas por Plaguicidas”. Metodología participativa Comunitaria SARAR, 2014

**INFORME DE LESIONES DE CAUSA EXTERNA  
ASOCIADAS A PROCEDIMIENTOS ESTÉTICOS  
VALLE DEL CAUCA, 2018.**

***María Elena Tello Cajiao  
Referente Lesiones de causa externa  
Equipo de Vigilancia en Salud Pública  
Subsecretaría de Salud Pública  
Secretaría Departamental de Salud Valle del Cauca***

## **1. INTRODUCCIÓN**

Un procedimiento estético puede ser definido como una intervención médica destinada a mejorar uno o varios aspectos de la apariencia física de una persona (1). La finalidad puede ser estrictamente estética, o para tratar ciertas afecciones como secuelas de acné severo, reconstrucción tras una cirugía oncológica (p.e. tras mastectomía bilateral por cáncer de mama), entre otros. Según la Sociedad Internacional de Cirugía Plástica Estética (ISAPS), se estima que en el 2017 se realizaron alrededor de 23.390.542 procedimientos estéticos invasivos y no invasivos a nivel mundial; de ellos, en Colombia se realizaron 516.930 procedimientos, ocupando el séptimo lugar en frecuencia de entre los países encuestados, lo que representó el 2,2% (2).

Las cifras del total de procedimientos estéticos por entidades territoriales en el país no están disponibles, sin embargo, es conocido que el Valle del Cauca resulta un sitio atractivo para hacer turismo médico en cirugías plásticas, tanto para extranjeros como para ciudadanos colombianos, y como lo muestra el informe de evento de 2017, el Valle reportó la mayor cantidad de lesiones relacionadas con estos procedimientos del país (33,1%)(3). Desde el año 2016, el Instituto Nacional de Salud, empezó a vigilar los procedimientos estéticos como parte del evento lesiones de causa externa (código 453), dada la creciente preocupación por las consecuencias de la realización de procedimientos estéticos en sitios no autorizados y por personal no competente.

Es necesario cuantificar el número de lesiones relacionada con estos procedimientos, para estimar la carga de enfermedad que están generando y encaminar mejor las acciones individuales y colectivas.

## **2. OBJETIVO**

### **2.1 General**

Caracterizar la notificación de lesiones de causa externa asociadas a procedimientos estéticos sucedidas en el Valle del Cauca en el año 2018.

### **2.2 Específicos**

- Describir la población notificada en 2018
- Describir las lesiones relacionadas con procedimientos estéticos según variables de interés según
- Calcular la tasa de incidencia y mortalidad de las lesiones relacionadas con procedimientos estéticos en el Valle del Cauca.

## **3. METODOLOGÍA**

Se realizó un análisis descriptivo de la notificación realizada en el aplicativo SIVIGILA de lesiones de causa externa asociadas a procedimientos estéticos en el Valle del Cauca durante el año 2018. A través de la ficha epidemiológica de notificación 453 (4), se recogió información de datos básicos y complementarios por parte de las Unidades Primarias Generadoras de Datos (UPGD), de acuerdo a la definición de caso del protocolo de vigilancia epidemiológica del evento, versión 2017(4). La notificación incluyó hombres y mujeres de todas las edades, que consultaron a una institución prestadora de servicios (IPS), por alteración en su salud en relación con la realización de un procedimiento estético.

Las variables de estudio incluyeron información sociodemográfica, el tipo de lesión ocurrida, la parte del cuerpo afectada, el elemento que ocasionó la lesión, el lugar de ocurrencia del evento, el número de procedimientos quirúrgicos realizados de manera simultánea, el tipo de profesional que desarrollo el procedimiento estético y la necesidad de internación en hospitalización o cuidado intensivo. Adicionalmente, se revisaron historias clínicas de pacientes notificados para extraer otras variables que permitieran caracterizar mejor las lesiones.

## **2.1 Revisión y control de calidad de la base de datos**

Entre 2016 y 2018, se han notificado en el Valle del Cauca 6938 lesiones de causa externa a través de la ficha epidemiológica 453; de ellas, las correspondientes a lesiones asociadas a procedimientos estéticos fueron 332. Se identificaron 10 registros repetidos, siendo 8 de 2018 y 2 de 2017, y un registro de 2018 con ajuste D (descartado), por tanto, hubo 321 notificaciones en los años mencionados. De ellas, solo de 2018 se obtuvieron 170 notificaciones de lesiones de causa externa asociadas a procedimientos estéticos. Durante ese año, el ente territorial solicitó las historias clínicas de los pacientes notificados para recoger variables adicionales de interés. Fueron recibidas el 95,8% de las historias solicitadas.

## **2.2 Análisis de la información**

Se realizó análisis exploratorio de datos para describir la población y caracterizar las lesiones identificadas con el instrumento. Se construyeron tablas de frecuencia absoluta y relativa con las variables categóricas, así como gráficos de barra. Se calcularon la media y la desviación estándar con las variables cuantitativas cuando su distribución fue normal; cuando fue sesgada, se obtuvieron la mediana y el rango intercuartílico. Así mismo, se calcularon tasas de incidencia y mortalidad del evento entre 2016 y 2018. La información fue procesada con los softwares Excel 2010 y STATA 14.

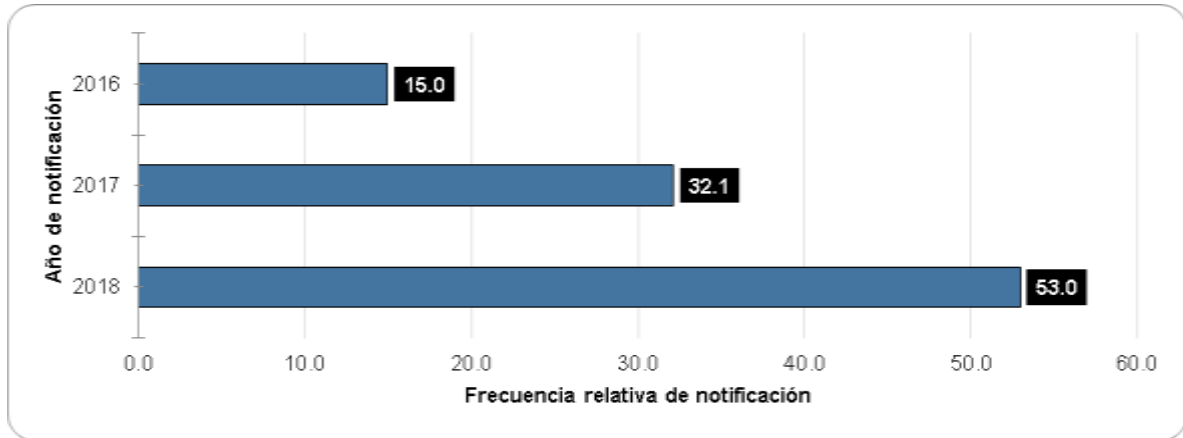
# **4. RESULTADOS**

## **4.1 Descripción de la notificación en el Valle del Cauca**

Como se observa en la Grafica 1, la frecuencia de notificación de lesiones de causa externa asociadas a procedimientos estéticos ha ido en aumento a través de los años. De las 321 notificaciones reportadas entre 2016 y 2018, el 53% fueron realizadas en el 2018 (32% en 2017 y 15% en 2016) (Gráfico 1). A lo largo de los tres años mencionados, la vigilancia del evento ha cambiado, pues la ficha epidemiológica 453 en 2016 permitía la notificación de 4 tipos de lesiones de causa externa: el accidente de consumo, la exposición laboral en menores de 18 años, los accidentes de tránsito y los procedimientos estéticos; en 2017 se vigilaron los accidentes de consumo, los accidentes de tránsito y los procedimientos estéticos. En el 2018 la ficha redujo aun más las lesiones a notificar, dejando solo los accidentes de consumo y los

procedimientos estéticos. Es así que, del total de notificaciones registradas a través de la ficha epidemiológica 453, las correspondientes a procedimientos estéticos en 2016 fueron el 0,84% (48/5701), en 2017 fueron el 10,7% (103/963) y en 2018 tomaron el mayor protagonismo con el 62,0% de toda la notificación (170/274) por este evento.

**Gráfica 1. Frecuencia de las notificaciones de lesiones de causa externa asociadas a procedimientos estéticos, Valle del Cauca, 2016 – 2018.**



Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud, datos del Valle del Cauca, 2016-2018.

**4.2 Tasa de incidencia y mortalidad de lesiones relacionadas con procedimientos estéticos en el Valle del Cauca, 2016 – 2018**

Según el protocolo de vigilancia epidemiológica del evento, la tasa de incidencia de las lesiones relacionadas con procedimientos estéticos se calcula usando como numerador, los casos nuevos reportados al SIVIGILA y como denominador, los datos poblacionales aportados por el Departamento Administrativo Nacional de Estadística (DANE) para el Valle del Cauca, en el periodo de estudio. Por lo anterior, se construyeron los indicadores de 2016 a 2018 con el fin de ver el cambio en la incidencia poblacional del evento:

**Tabla 1. Tasa de incidencia poblacional de lesiones de causa externa por procedimientos estéticos, Valle del Cauca, 2016 – 2018**

Año	Número de casos por año	Número de fallecidos por año	Proyección poblacional DANE*	Tasa de incidencia por 100.000 habitantes	Tasa de mortalidad por 100.000 habitantes
2016	48	2	4660741	1,03	0,04
2017	103	4	4708262	2,19	0,08
2018	170	4	4756113	3,57	0,08

Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud, datos del Valle del Cauca, 2016-2018.

\*Datos de proyección poblacional del Departamento Administrativo Nacional de Estadística (DANE).

Se observó aumento en la incidencia poblacional de las lesiones de causa externa asociadas a procedimientos estéticos a través de los años estudiados, encontrando que para 2018 se produjeron 3,57 casos por cada 100.000 habitantes en el Valle del Cauca. También se construyó una tasa robusta de la mortalidad, en la que se evidenció aumento de ella, siendo el doble en 2017 y 2018, comparado con 2016. El cambio porcentual de las tasas de incidencia entre 2016 a 2018 muestra que casi se triplicó; entre 2017 y 2018 la incidencia aumentó en un 63%, mientras que la mortalidad en términos absolutos y relativos fue igual en estos dos últimos años. Sin embargo, como ya se mencionó en el apartado anterior, estos indicadores están fuertemente influenciados por los cambios en la vigilancia del evento y no reflejan necesariamente aumento real de las lesiones o los fallecidos por procedimientos estéticos.

#### 4.3 Características de la población notificada

**Tabla 2. Características de la población notificada por lesiones de causa externa asociadas a procedimientos estéticos, Valle del Cauca, 2018.**

Variable	Casos (n=170)	%
<b>Grupos de edad en años</b>		
≤14	1	0,59
15-20	11	6,47
21-30	53	31,18
31-40	46	27,06
41-50	36	21,18
51-60	18	10,59
≥ 61	5	2,94



**Sexo**

Femenino	160	94,12
Masculino	10	5,88

**Tipo de aseguramiento en salud**

Contributivo	118	69,41
Subsidiado	34	20,00
Especial / Excepción	15	8,82
No asegurado / Indeterminado	3	1,76

**Pertenencia étnica**

Otro	164	96,47
Negro, mulato, afro	6	3,53

**Área de ocurrencia del caso**

Cabecera municipal	161	94,71
Centro poblado	9	5,29

**Condición final**

Vivo	166	97,65
Fallecido	4	2,35

Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud, datos del Valle del Cauca, 2018.

Con respecto a las características de base de la población notificada, se observó que la mediana de edad fue de 34 años (Rango Intercuartílico 27 – 44 años); las lesiones fueron significativamente más frecuentes entre los 21 y 50 años, siendo las mujeres las más afectadas. En el tipo de aseguramiento se observó que sobresalieron el régimen contributivo (69,41%), seguido del subsidiado (20,0%). La categoría de pertenencia étnica “otros” fue la más frecuente. La mayoría de los casos ocurrieron en cabeceras municipales. Solo se identificó un caso procedente de Estados Unidos. Se presentaron 4 fallecimientos (2,35%), en las semanas epidemiológicas 2, 20, 21 y 32. De las 170 personas notificadas en 2018, 52 fueron atendidas en el nivel ambulatorio (30,59%). Se debieron hospitalizar 114 personas (67,06%) y de ellas, 13 tuvieron que ingresar a cuidado intensivo en algún momento de su atención (7,65%); sin embargo, hubo 4 personas (2,35%) que estuvieron en cuidado intensivo durante toda su estancia, ninguna de ellas falleció.

#### 4.4 Características de las lesiones reportadas

**Tabla 3. Lesiones de causa externa asociadas a procedimientos estéticos según tipo de lesión, Valle del Cauca, 2018.**

Tipo de lesión	Casos	%	Casos que reportaron una lesión (n=143)	
			Casos	%
Infección	93	54,71	74	51,75
Sepsis	26	15,29	13	9,09
Hemorragia	22	12,94	19	13,29
Embolia	20	11,76	11	7,69
Necrosis	14	8,24	6	4,20
Depresión respiratoria	12	7,06	8	5,59
Perforación	8	4,71	6	4,20
Intoxicación	7	4,12	4	2,80
Quemaduras	3	1,76	2	1,40

Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud, datos del Valle del Cauca, 2018.

La ficha epidemiológica permite reportar una o más lesiones según la condición clínica de cada paciente, por eso, en la columna de casos se observa la frecuencia del total de lesiones reportadas, que no necesariamente coincide con el número de personas notificadas, pues una persona pudo haber sufrido más de una lesión. Entre las lesiones únicas más frecuentemente notificadas, se observaron las infecciones (51,75%) y las hemorragias (13,29%). De total de infecciones reportadas (n=93), el 5,88% terminó en sepsis (n=10); al parecer hubo 16 personas (9,41%), en las que diagnosticó sepsis, sin haber identificado una infección evidente previamente.

Por lo anterior, es importante mencionar que, el 11,76% de las personas notificadas presentó 2 lesiones (n=20), el 3,53% presentó 3 lesiones (n=6) y una persona presentó 4 lesiones simultáneamente (3,53%): infección con sepsis, necrosis y embolismo.

**Tabla 4. Lesiones de causa externa asociadas a procedimientos estéticos según parte del cuerpo afectada, Valle del Cauca, 2018.**

Zonas anatómicas afectadas	casos	%
Abdomen	82	48,24
Glúteos	39	22,94
Mamas	23	13,53
Piel	18	10,59
Muslos	14	8,24
Tórax anterior	11	6,47
Piernas	10	5,88
Tórax posterior	9	5,29
Cara	6	3,53
Dedos de los pies	5	2,94
Brazo	4	2,35
Ojos	3	1,76
Nariz	3	1,76
Pelvis / periné	3	1,76
Órganos internos	3	1,76
Otros	8	4,71

Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud, datos del Valle del Cauca, 2018.

Al igual que con el tipo de lesión, la ficha epidemiológica permite señalar más de una zona anatómica afectada. Las más frecuentemente reportadas fueron, el abdomen (48,24%), los glúteos (22,94%) y las mamas (13,53%). En la última categoría se agruparon los sitios anatómicos con frecuencias absolutas menores a 2 (cráneo, orejas, cuello, antebrazo, mano, genitales y pies). No se reportaron lesiones en boca, dientes, ni dedos de las manos. Con respecto al número de sitios anatómicos afectados, se obtuvo que el 70,59% reportó una zona afectada (n=120), 21,76% reportó 2 zonas afectadas (n=37), 4,71% reportó 3 zonas (n=8), 1,18% reportó 4 zonas (n=2) y 1,76% reportó 5 zonas afectadas (n=3). Esto podría tener alguna relación con el número de procedimientos realizados, ya que se observó que el 44,12% de las personas reportadas, se sometió a al menos 2 procedimientos quirúrgicos en simultáneo.

**Tabla 5. Lesiones de causa externa asociadas a procedimientos estéticos según elemento o fuente que ocasionó la lesión, Valle del Cauca, 2018.**

<b>Elemento que ocasiono la lesión</b>	<b>casos</b>	<b>%</b>
Aparatología de uso estético	112	65,88
Artículos de belleza, cuidado personal e higiene	93	54,71
Equipos biomédicos	64	37,65
Medicamentos	6	3,53

Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud, datos del Valle del Cauca, 2018.

De los elementos involucrados en las lesiones, se obtuvo que la mayoría fueron ocasionadas por aparatología de uso estético (65,88%). Dado que la ficha epidemiológica permite seleccionar más de un elemento involucrado en la lesión, se observó que el 51,76% de los notificados estuvo afectado por un elemento (n=88), el 34,71% por 2 elementos (n=59) y el 13,53% por 3 elementos (n=23).

**Tabla 6. Lesiones de causa externa asociadas a procedimientos estéticos según lugar de ocurrencia de la lesión, Valle del Cauca, 2018.**

<b>Lugar de ocurrencia del evento</b>	<b>Casos</b>	<b>%</b>
Institución prestadora de servicios	81	47,65
Centro de estética	77	45,29
Hogar	14	8,24
Spa	3	1,76

Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud, datos del Valle del Cauca, 2018.

Las instituciones prestadoras de servicios fueron los sitios mayormente involucrados en las lesiones (47,65%), seguido de los centros de estética (45,29%). En esta variable también es posible señalar más de un lugar en la ficha epidemiológica; se encontró que en 5 personas las lesiones habían ocurrido en 2 sitios.

**Tabla 7. Lesiones de causa externa asociadas a procedimientos estéticos según tipo de profesional que realizó el procedimiento estético, Valle del Cauca, 2018.**

<b>Tipo de profesional</b>	<b>casos</b>	<b>%</b>
Cirujano plástico	116	68,24
Profesional de la salud	16	9,41
Esteticista	16	9,41
Médico esteticista	12	7,06
Médico especialista	7	4,12
Cosmetólogo	3	1,76

Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud, datos del Valle del Cauca, 2018.

Del tipo de profesional que realizó el procedimiento estético se encontró que la mayoría fueron cirujanos plásticos (68,24%). Dependiendo del procedimiento hay otros profesionales no cirujanos, que están autorizados para hacer procedimientos estéticos como los dermatólogos.

#### **4.5 Descripción de las principales características de las historias clínicas revisadas en 2018**

Durante el 2018 conforme ingresaba la notificación de estas lesiones, se solicitaron las historias clínicas a las UPGD notificadoras con el fin de extraer algunas variables adicionales que pudieran caracterizar mejor el tipo de lesiones sucedidas. Fueron recibidas el 95,8% de las historias solicitadas (n=163). A continuación, se resumen los principales hallazgos:

La mediana de tiempo entre la realización del procedimiento y la consulta por la lesión fue de 12 días (RIC 4,5 – 20 días); el 5,63% de los pacientes consulto el mismo día del procedimiento (n=9). Hubo 5 pacientes que consultaron en un tiempo mayor a tres meses a la realización del procedimiento; uno de ellos, consulto 41149 días después del procedimiento, lo que corresponde a 9,3 años. Este paciente tenía lesiones en glúteos a causa de la inyección de biopolímeros años atrás. Hubo otros 2 pacientes que presentaron lesiones tardías asociadas a inyección de biopolímeros u otras sustancias, con tiempos prolongados entre la realización del procedimiento y la consulta por la lesión (122 y 1461 días). También se evidencio que el 23,9% de los pacientes revisados ya había consultado previamente por la misma causa, ya fuera a la institución notificadora o a otras (n=39).

**Tabla 8. Procedimientos estéticos identificados mediante la revisión de historias clínicas, Valle del Cauca, 2018**

<b>Procedimiento</b>	<b>casos</b>	<b>%</b>
Lipoescultura/liposucción	94	57,67
Lipectomía, dermolipectomia, abdominoplastia, marcación abdominal	68	41,72
Lipoinyección de grasa	57	34,97
Mamoplastia /mastopexia	42	25,77
Procedimientos en cara y cuello	15	9,2
Biopolímeros u otras sustancias	13	7,98
Otros procedimientos	9	5,52
Corrección procedimientos anteriores	8	4,91
Explante de prótesis mamarias	4	2,45
Suave brisa	4	2,45
Implante de glúteos	1	0,61
Procedimientos con laser	1	0,61

Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud, datos del Valle del Cauca, 2018.

Como se observa en la tabla 8, el procedimiento estético más frecuente fue la liposucción o lipoescultura (57,67%), seguido de la lipectomía (41,72%). A casi la mitad de los pacientes se les realizaron estos dos procedimientos en el mismo acto quirúrgico (45,74%). Aunque el implante de glúteos fue solo un caso, la mayoría de las lipoinyecciones se realizaron en esa área. La categoría “otros procedimientos” tuvo una frecuencia del 5,52%, entre ellos se identificaron: pedicure, carboxiterapia y resección de lipoma.

**Tabla 9. Lesión identificada identificados mediante la revisión de historias clínicas, Valle del Cauca, 2018.**

<b>Lesión identificada</b>	<b>casos</b>	<b>%</b>
Infección local (celulitis, absceso, colección, Infección del Sitio Operatorio)	94	57,67
Complicación hematológica (anemia /trombocitopenia/hemorragia)	34	20,85
Seroma	26	15,95
Otra lesión	27	15,33
Necrosis	24	14,72
Tromboembolismo Pulmonar/Embolismo grasa	15	9,2
Dehiscencia	13	7,98

Infeción generalizada	11	6,75
Hematoma (pared abdominal, mama)	10	6,13
Limitación del movimiento	7	4,29
choque séptico	5	3,07
Neuropatía	3	1,84
Depresión respiratoria	3	1,84
Choque hipovolémico	2	1,23
Complicaciones gastrointestinales	2	1,23
Miositis	1	0,61
Mielopatía	1	0,61
Uveítis	1	0,61

Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud, datos del Valle del Cauca, 2018.

Con respecto al tipo de lesión identificada en la historia clínica, se observa que la infección es la más frecuente (57,7%), seguida de las complicaciones hematológicas que contemplan las hemorragias, la anemia y la trombocitopenia (20,85%). Por la dificultad en tipificar algunas lesiones, se creó la categoría “otras lesiones”, en ella se incluyó: trastorno de ansiedad, reacción inflamatoria a cuerpo extraño, quemadura, neumotórax traumático, induración de glúteo sin infección, bradicardia, edema facial, dolor, derrame pleural, atelectasias, fibrilación auricular y deformidad. Otras lesiones identificadas se muestran en la tabla 9.

En el 38% de las historias clínicas revisadas se logró identificar la clínica donde se realizó el procedimiento. El objetivo de esta identificación es retroalimentar a las instituciones que realizan procedimientos estéticos, con el fin de que identifiquen oportunidades de mejora en su atención.

## 5. DISCUSIÓN

La notificación de lesiones de causa externa relacionadas con procedimientos estéticos ha venido en aumento relativo, en parte por los cambios en la vigilancia del evento a través de los años, lo cual, ha creado en las instituciones de salud del Valle del Cauca una cultura de mayor notificación de este tipo de lesiones. La revisión de la incidencia y mortalidad de 2016 a 2018 deja en evidencia este hecho, sin que signifique necesariamente que haya más lesiones. Por eso, es importante establecer lo que sería la línea de base, tanto de los casos y como de las muertes esperadas, entendiendo que, si se trata de procedimientos invasivos siempre existirá un riesgo de complicaciones postquirúrgicas, para lo cual deben existir de antemano estrategias bien establecidas de su manejo. A pesar de no tener datos disponibles del número de procedimientos que se realizan en el Valle del Cauca, en el informe nacional de evento



de 2017, se evidenció que ésta entidad territorial fue la que más lesiones de causa externa por procedimientos estéticos reportó, aportando 33,1% de los casos a la estadística nacional (3).

La caracterización de la población de estudio mostró que las personas más afectadas por este tipo de lesiones fueron mujeres jóvenes de entre 21 a 50 años, en contraste con el informe de la ISAPS, el 86,4% de los procedimientos estéticos quirúrgicos y no quirúrgicos fueron realizados en mujeres (2); sin embargo, la distribución de la edad dependió del procedimiento a realizar, por ejemplo, cirugías como mamoplastia de aumento o liposucción, fueron más frecuentes en mujeres de 19 a 34 años, mientras que el uso de toxina botulínica se observó más en mujeres de 51 a 64 años (2). Acorde a lo encontrado en esta revisión, siendo las mujeres quienes lideran la demanda de procedimientos estéticos, podrían encontrarse en mayor riesgo de desarrollar una lesión comparado con los hombres.

El 70% de las lesiones se concentró en personas del régimen contributivo, lo que podría reflejar indirectamente el nivel socioeconómico de las personas que tienen acceso a estos procedimientos; sin embargo, la frecuencia observada en el régimen subsidiado no es depreciable, dado que incluso en el informe de 2017 las personas del régimen especial aportaron 22,8% de la notificación, mientras que un porcentaje similar (20%) lo aportaron personas del régimen subsidiado según lo encontrado (3). Casi el 2% de las personas afectadas no tuvieron ningún aseguramiento en salud; esto preocupa porque someterse a procedimientos invasivos o no supone un riesgo, por lo que se debería tener afiliación adecuada al sistema de salud para acceder sin contratiempos a la atención de ser necesaria. Por otro lado, es posible que parte de la atención en salud de las personas afectadas haya sido cubierta por el ente territorial cuando las pólizas de seguro cumplieron sus topes de aseguramiento, tal como se evidenció en la revisión de historias clínicas; algunos pacientes tuvieron que ser entregados a su red de atención porque la póliza de riesgo de la cirugía estética había agotado su cupo. Así mismo, se observó que la mayoría de las personas requirieron servicios de hospitalización e incluso cuidado intensivo, es decir, fueron lesiones graves que amenazaban la vida de los afectados, por tanto, una pregunta interesante frente a este respecto es ¿cuánta carga de enfermedad derivada de los procedimientos estéticos se está generando y cuánta está siendo cubierta por el sistema de salud?

En la caracterización de las lesiones se encontró que el procedimiento más realizado fue la liposucción en la zona abdominal, igual que en informe de la ISAPS (2). A pesar de que sólo hubo un caso de implante de glúteos, esta zona resultó ser la segunda más afectada; la revisión de historias clínicas mostro que la lipoinyección (el tercer



procedimiento más frecuente) se usó principalmente en los glúteos, lo cual explica la cantidad de lesiones en esa zona. Hubo 4 historias clínicas en las que no se mencionó el procedimiento realizado, una de ellas llamó especialmente la atención, porque la persona llegó sin vida a la institución de salud, cuando se revisó la notificación a SIVIGILA en contraste con la historia clínica, se evidenció que el tipo de lesión reportado fue embolismo, la parte del cuerpo afectada fue el abdomen, el elemento que ocasionó la lesión fue un artículo de belleza y sucedió en el hogar; es preocupante, ya que las lesiones producidas en el hogar (8,24%) podrían dar cuenta de procedimientos caseros realizados por personal no competente, lo cual genera intranquilidad por la escasa seguridad que ofrecen y los grandes daños que pueden ocasionar.

Del tipo de lesión reportada se observó que las infecciones localizadas fueron las de mayor frecuencia, algunas de ellas terminaron en sepsis. No se lograron obtener datos de los tipos de microorganismos encontrados en todas las historias, pero esto podría ser importante de establecer en futuros estudios para determinar si se trata de infecciones adquiridas en la institución que realizó el procedimiento, o si son microorganismos de la comunidad. La segunda lesión más reportada fueron las hemorragias, seguida de los embolismos. En el informe nacional de evento de 2017 se encontró a las hemorragias en quinto lugar y a los embolismos en segundo lugar (3). Esto significa que, en el Valle del Cauca a diferencia de otros sitios del país, quienes atienden este tipo de lesiones deben estar especialmente preparados para tratar adecuadamente las infecciones, las hemorragias y los embolismos. En 2009 la Sociedad Colombiana de Anestesiología y Reanimación, SCARE, y la Sociedad Colombiana de Cirugía Plástica publicaron una serie de recomendaciones para el manejo de pacientes de bajo riesgo que se someten a procedimientos electivos estéticos, en ella se hace mención de algunas acciones concretas para prevenir este tipo de lesiones (5).

Afortunadamente, la mayoría de los procedimientos fueron realizados por personal de la salud, especialmente cirujanos plásticos que son los profesionales idóneos para realizar procedimientos invasivos mayores como mamoplastias o liposucción; sin embargo, hubo personal no médico involucrado en las lesiones, como esteticistas o cosmetólogos, lo cual deja interrogantes sobre el control de su práctica y la responsabilidad que deberían asumir por las lesiones que se generan luego de un procedimiento.

Ya que el Valle del Cauca tiene potencial para ser un destino de turismo médico en procedimientos estéticos, deben ofrecerse todas las garantías de seguridad a las personas que deciden someterse a este tipo de intervenciones.

## 6. CONCLUSIONES

- La incidencia de las lesiones ha aumentado en relación con el cambio en la vigilancia del evento, sin embargo, el Valle del Cauca muestra la mayor proporción de lesiones relacionadas con procedimientos estéticos del país.
- El número absoluto y relativos de muertes se mantuvo estable con respecto al año anterior (2017).
- Las mujeres jóvenes del régimen contributivo fueron las más afectadas por las lesiones.
- La liposucción fue el procedimiento más frecuente y el abdomen fue el sitio más afectado por lesiones.
- Existe un elevado número de personas que requirieron hospitalización y cuidado intensivo, lo que podría traducirse en una carga mórbida importante para el sistema de salud, especialmente cuando se acaban los montos de las pólizas de riesgo y los pacientes quedan a cargo de las EAPB y del ente territorial.

## 7. RECOMENDACIONES

- Hacer un estudio de carga de enfermedad generada por las lesiones relacionadas con procedimientos estéticos, para caracterizar mejor el número y tipo de procedimientos, el tipo de lesiones, los costos de la atención y de la rehabilitación.

Basados en la experiencia de la ISAPS a través de encuesta, es factible solicitar información a las instituciones prestadoras de servicios de salud habilitadas para hacer procedimientos estéticos, sobre el número y tipo de procedimientos que se realizan anualmente, con el fin de calcular la real prevalencia complicaciones relacionadas con estos procedimientos.

- Construir una línea de base de las lesiones de causa externa relacionadas con procedimientos estéticos para establecer metas de incidencia, entendiendo que los procedimientos tanto invasivos como no invasivos tienen riesgos inherentes, por tanto, se requiere establecer frecuencias históricas con las que se puedan

comparar los datos de vigilancia en tiempo real y llevar a cabo acciones más oportunas desde Salud Pública y otras instancias.

- Hacer censo de peluquerías, centros de Spa, centros estéticos y locales que ofrecen cualquier tipo de procedimiento estético en el Valle del Cauca para hacer acompañamiento en buenas prácticas de esterilización de materiales, mantenimiento de la aparatología de belleza, primeros auxilios médicos, signos de alarma para recomendar a sus clientes, entre otros.
- Crear un comité departamental de vigilancia de lesiones atribuidas a procedimientos estéticos en el que haya participación de las sociedades científicas relacionadas: Sociedad Colombiana de Cirugía Plástica Estética y Reconstructiva, Sociedad Colombiana de Anestesiología (S.C.A.R.E.), Sociedad Colombiana de Dermatología y Cirugía Dermatológica, Universidades donde se dicte el postgrado en cirugía plástica, dermatología y anestesiología, institutos de formación de esteticistas, masajistas, centros de Spa y estética, profesionales independientes dedicados a la medicina estética, entre otros pertinentes. Con la finalidad de hacer mesas de discusión de casos, planes de mejora viables para actor y control de la práctica en el Valle del Cauca.
- Incluir en la ficha epidemiológica datos más detallados de los procedimientos realizados para caracterizar mejor las lesiones.

## **8. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS**

1. American Academy of Aesthetic Medicine. what is aesthetic experience? [Internet]. What is this thing called Philosophy? 2019 [cited 2019 May 5]. p. 94–108. Available from: [https://www.aaamed.org/aesthetic\\_med.php](https://www.aaamed.org/aesthetic_med.php)
2. The International Society of Aesthetic Plastic Surgery. Cosmetic procedures performed in 2017 [Internet]. Annual ISAPS International Survey on Aesthetic/Cosmetic Procedures. 2017 [cited 2019 May 5]. Available from: [www.industryinsights.com](http://www.industryinsights.com)
3. Instituto Nacional de Salud de Colombia. Informe de evento: Tuberculosis farmacorresistente, Colombia, 2017. Inst Nac Salud [Internet]. 2017;13. Available from: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/IA/INS/vigilancia-lesiones-externa.pdf>

4. Instituto Nacional de Salud. Lesiones de causa externa [Internet]. Instituto Nacional de Salud. 2015. p. 13. Available from: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/IA/INS/vigilancia-lesiones-causa-externa.pdf>
5. Ibarra P, Arango J, Bayter J, Castro J, Cortés J, Lascano M, et al. Consenso de la Sociedad Colombiana de Anestesiología y Reanimación, SCARE, y de la Sociedad Colombiana de Cirugía Plástica sobre las recomendaciones para el manejo de pacientes electivos de bajo riesgo<sup>11</sup> Discutido y aprobado: Congreso Colombiano de Anestes. Rev Colomb Anestesiol [Internet]. 2012 [cited 2019 May 5];37(4):390–403. Available from: <http://www.scielo.org.co/pdf/rca/v37n4/v37n4a09.pdf>

## **INFORME DEL EVENTO DE PÓLVORA Y ARTEFACTOS EXPLOSIVOS VALLE DEL CAUCA, 2018**

***Julián Andrés Peláez Freire  
Referente Pólvora y artefactos explosivos  
Equipo de Vigilancia en Salud Pública  
Subsecretaría de Salud Pública  
Secretaría Departamental de Salud Valle del Cauca***

### **1. INTRODUCCIÓN**

Los fuegos artificiales se utilizan en todo el mundo como parte de las celebraciones nacionales y culturales. Estos artefactos son capaces de infligir daños como quemaduras y otro tipo de lesiones. En Latinoamérica, en el Centro Hospitalario Pereira Russel, se registró la consulta por quemaduras en pacientes pediátricos, y se encontró que hubo mayor incidencia en el sexo masculino (84%); que la edad promedio fue de 8,6 años; que el sitio de mayor ocurrencia fue el domicilio (70%), que la lesión más frecuente fue la quemadura (71,9%) y que la región más afectada fue la mano (52%). Los fuegos artificiales en Colombia se utilizan principalmente en torno a las celebraciones de la Navidad y la noche de Año Nuevo. Se ha encontrado que las medidas más efectivas son las educativas, junto con la legislación de control del uso de estos artefactos, como quedó demostrado en experiencias de países como Nueva Zelanda o India, en donde la restricción por sí sola fue insuficiente. En Colombia, en el 2001, se expidió la Ley 670, la cual fue reglamentada por el Decreto 4481 de 2006 en el que se prohíbe la venta de fuegos artificiales a menores de edad y a personas en estado de embriaguez, y sanciona a los representantes legales de los menores de edad o a quienes se les encontrare responsables por su conducta, con la ejecución de tareas comunitarias y el pago de multas(3).

En el Valle del Cauca, la Secretaría de Salud Departamental en conjunto con el grupo de vigilancia en Salud Pública ha realizado campañas en instituciones educativas y concursos alusivos a la pólvora como afiches. El grupo de vigilancia a mejorado la notificación del evento de pólvora y artefactos explosivos por medio del sistema de vigilancia SIVIGILA. Los COVES virtuales han desempeñado un papel importante en la comunicación y educación sobre la pólvora pirotécnica y los artefactos explosivos a los

41 municipios del Valle del Cauca. El comité de Pólvora que fue creado por consejo de gobierno departamental del Valle del Cauca, ha reunido a un grupo interdisciplinario de personas con la finalidad de mitigar el impacto que ha tenido durante mucho tiempo las lesiones de la pólvora.

## **2. OBJETIVOS**

### **2.1 General**

Describir el comportamiento del evento según variables de persona, lugar y tiempo.

### **2.2 Específicos**

- Identificar el cumplimiento de los procesos de notificación, seguimiento y clasificación de los casos de lesiones Artefactos explosivos (pólvora y minas antipersonal),
- Establecer la frecuencia y distribución de morbilidad y medir la mortalidad registrada para este evento en el país, determinar los indicadores del seguimiento del evento por región.

## **3. METODOLOGÍA**

Se realizó un informe descriptivo y retrospectivo de los hallazgos encontrados mediante la notificación al Sistema de Vigilancia en Salud Pública (Sivigila) del evento; lesiones por artefactos explosivos (pólvora y minas antipersonal) cod. INS 452 con corte al periodo XIII.

Población de estudio: población del Valle del Cauca.

Las variables que se trabajaron fueron: sexo, seguridad social, departamento de procedencia, tipo de lesión, casos de hospitalización, tipo de artefacto que produjo la lesión, tipo de artefacto pirotécnico nivel nominal, edad nivel de razón, número de casos atendidos en las UPGD.

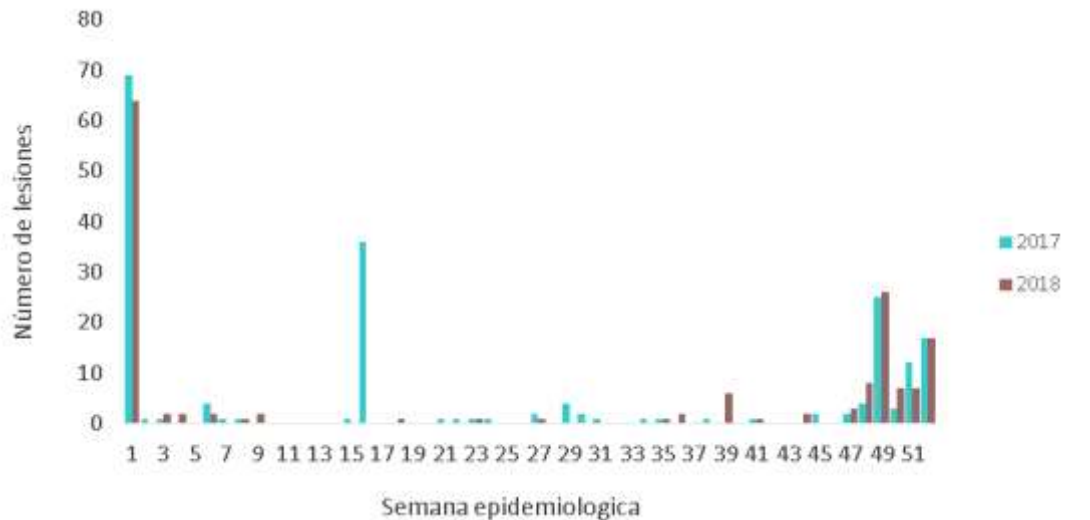
Los datos obtenidos se organizaron por distribuciones de frecuencia, presentados en tablas y gráficas. Se realizó el cálculo de tasas observar el municipio con mayor incidencia. Se evaluó el comportamiento de Pólvora y artefactos explosivos, teniendo

en cuenta la ficha epidemiológica de datos básicos y complementarios. Se buscó tener significancia estadística comparando la hipótesis nula y alterna entre las variables hospitalización y sexo y la asociación entre ellas.

#### 4. RESULTADOS

De los 151 casos notificados, 141 fueron lesiones por pólvora pirotécnica y 10 por otro tipo de artefactos explosivos como Minas antipersonal (MAP) y Municiones sin explosionar (MUSE) entre otros. (Ver Grafica 1)

**Grafica 1. Distribuciones de las lesiones ocasionadas por pólvora durante la vigilancia rutinaria, según semana de ocurrencia, Valle del Cauca, periodo epidemiológico XIII, 2017-2018.**



*Fuente:* SIVIGILA, Secretaria Departamental de Salud, Valle del Cauca, Colombia 2017- 2018

Hasta el periodo epidemiológico XIII De 2018 se notificaron 10 casos de lesionados por artefactos explosivos (MAP, MUSE y otro tipo de artefactos como: arma trampa, medios de lanzamiento, cilindro), en relación con el mismo periodo del año inmediatamente anterior se observó una disminución del 82,1% (46 casos) El promedio semanal fue aproximadamente de 1 caso.



#### 4.1 Comportamiento demográfico y social de los casos Pólvora, Valle del Cauca, a semana 1- 52 epidemiológica 2018.

Al realizar el análisis de asociación se pudo observar que el sexo masculino tenía 3.1 veces el riesgo de hospitalizarse por lesiones por pólvora pirotécnica que las mujeres y esto fue estadísticamente significativo.

En cuanto al tipo de seguridad social la mayor frecuencia fue el subsidiado 73 casos (50%). El grupo de edad más afectado fue el de 10-14 años 32 casos (21.9%). (Ver Tabla 1).

**Tabla 1. Comportamiento demográfico y social de los casos Pólvora, Valle del Cauca, periodo epidemiológico XIII, 2018.**

Variable	Categoría	Total	%	RR	IC
<b>Sexo</b>	Femenino	35	29.9	Ref	0,69-0.83
	Masculino	111	76	3.1	
<b>Seguridad Social</b>	Contributivo	65	44.5		
	Especial	2	1.37		
	Indeterminado	1	0.68		
	No asegurado	3	2.05		
	Excepción	2	1.37		
	Subsidiado	73	50.0		
<b>Etnia</b>	Indígena	1	0.68		
	Negro, Mulato, Afro-colombiano	17	11.6		
	Otros	128	87.6		
<b>Grupo de edad</b>	1-4	4	2.74		
	5-9	15	10.27		
	10-14	32	21.92		
	15-19	24	16.44		
	20-24	16	10.96		
	25-29	13	8.90		
	30-34	14	9.59		
	35-39	9	6.16		
	40-44	3	2.05		
	45-49	1	0.68		
	50-54	6	4.11		
	55-59	3	2.05		
	Mayores o iguales a 60	6	4.11		
<b>Área de ocurrencia</b>	Cabecera municipal	123	84.25		
	Centro Poblado	12	8.22		
	Rural disperso	11	7.53		

Fuente: SIVIGILA, Secretaria Departamental de Salud, Valle del Cauca, Colombia 2018



Para los casos de artefactos explosivos relacionados a Municiones sin explotar y minas antipersona, el género más afectado fue el masculino 8 casos (80%), el régimen subsidiado y el contributivo con 4 casos cada uno (40%). El grupo de edad más afectado fue el 20-24 años 3 casos (30%). (Ver Tabla 2).

**Tabla 2. Comportamiento demográfico y social de los casos por artefactos explosivos (MAP- MUSE), Valle del Cauca, a semana periodo epidemiológico XIII, 2018.**

Variable	Categoría	Total	%
<b>Sexo</b>	Femenino	2	20.0
	Masculino	8	80.0
<b>Seguridad Social</b>	Contributivo	4	40.0
	No asegurado	1	3.57
	Subsidiado	4	40.0
	Excepción	1	10.0
<b>Grupo de edad</b>	5-9	1	10.0
	10-14	1	10.0
	20-24	3	30.0
	25-29	2	20.0
	35-39	1	10.0
	40-44	1	10.0
	Mayores o iguales a 60	1	10.0
<b>Área de ocurrencia</b>	Cabecera municipal	7	70.0
	Centro Poblado	2	20.0
	Rural disperso	1	10.0

Fuente: SIVIGILA, Secretaria Departamental de Salud, Valle del Cauca, Colombia 2018

En el año 2018 las UPGD que atendieron más casos de pólvora fueron hospital local de Yumbo (6,25%) y hospital Raúl Orejuela Bueno de Palmira (4.17%) (Ver Tabla 3)

**Tabla 3. Número de casos de pólvora por UPGD; Valle del Cauca, periodo epidemiológico XIII, 2018.**

Nombre De Upgd	Número De Casos	%
Centro Medico Cali Sanitas Eps	3	2.08
Centro Medico Imbanaco	1	0.69
Clínica Amiga	4	2.78
Clínica Colsanitas Sa Sebastián De Belalcazar	1	0.69
Clínica De Occidente Sa	1	0.69
Clínica De Oftalmología De Cali	1	0.69
Clínica Nueva De Cali Sas	1	0.69



Clínica Nueva Rafael Uribe Uribe Sas	1	0.69
Clínica Palma Real	2	1.39
Clínica Regional De Occidente	1	0.69
Clínica San Francisco SA	5	3.47
Clínica Vallesalud	1	0.69
Clínica Versalles Sa	1	0.69
Comfandi Clínica Cartago	1	0.69
Cs Decepaz - Red De Salud Del Oriente	3	2.08
Cs El Vallado - Red De Salud Del Oriente	1	0.69
Ese - Hospital Local	9	6.25
Ese Hospital Departamental Centenario	3	2.08
Ese Hospital Departamental San Rafael	1	0.69
Ese Hospital Divino Niño	2	1.39
Ese Hospital José Rufino Vivas	3	2.08
Ese Hospital Local De Obando	1	0.69
Ese Hospital Local Yotoco	1	0.69
Ese Hospital Piloto Jamundí	4	2.78
Ese Hospital Raul Orejuela Bueno	6	4.17
Ese Hospital San Jose	1	0.69
Ese Hospital San Rafael	3	2.08
Ese Hospital Santa Margarita	1	0.69
Ese Ladera Cs Terron Colorado	4	2.78
Ese Ladera Hospital Cañaveralejo	1	0.69
Ese Ladera Ps Napoles	1	0.69
Estudios E Inversiones Medicas SA -	1	0.69
Fundación Hospital San José De Buga	4	2.78
Fundación Valle Del Lili	3	2.08
Hospital Carlos Holmes Trujillo - Red	8	5.56
Hospital De San Juan De Dios	4	2.78
Hospital Departamental Mario Correa Rengifo	3	2.08
Hospital Dptal Tomas Uribe Uribe	3	2.08
Hospital Joaquín Paz Borrero Ese Norte	2	1.39
Hospital La Buena Esperanza Ese	9	6.25
Hospital Local Ulpiano Tascon Quintero	5	3.47
Hospital Rubén Cruz Vélez	4	2.78
Hospital Sagrada Familia Ese	1	0.69
Hospital San Bernabé Ese	2	1.39
Hospital San Juan De Dios Sede Cartago	1	0.69
Hospital San Roque	3	2.08
Hospital San Vicente De Paul	2	1.39
Hospital San Vicente Ferrer	1	0.69
Hospital Santa Ana De Los Caballeros	1	0.69
Hospital Santander Ese	1	0.69
Hospital Universitario Del Valle Evaristo Garcia	5	3.47
Ips Clínica Salud Florida SA	1	0.69
Ips Comfandi Torres	1	0.69
Ips Del Municipio De Cartago	1	0.69
Ps El Vergel - Red De Salud Del Oriente	1	0.69
Salud Centro-Hospital Primitivo Iglesias	4	2.78
Salud Total Cali Américas	1	0.69

Servicios Integrados De Salud Ltda	1	0.69
Urgencias Medicas Ltda	1	0.69

Fuente: SIVIGILA, Secretaria Departamental de Salud, Valle del Cauca, Colombia 2018

#### 4.2 Lesiones por pólvora en personas menores y mayores de edad; Valle del Cauca, periodo epidemiológico XIII, 2018.

En la siguiente tabla se presenta la asociación que existe con edad, categorizada por grupo menores de edad como variable de referencia y 18 años y más, contra la categoría de los que estuvieron hospitalizados y no lo estuvieron. La tabla indica que aunque la categoría de edad 18 años y más tiene un riesgo de 1.11 veces más de estar hospitalizados respecto al grupo de menores de edad esta no es estadísticamente significativa (Ver tabla 4)

**Tabla 4. Lesiones por pólvora en personas menores y mayores de edad; Valle del Cauca, periodo epidemiológico XIII, 2018.**

Variable	n	RR	IC	Valor P
Menores de edad	69	1.00	-	-
18 años y más	77	1.11	0.4-2.8	0.8

Fuente: SIVIGILA, Secretaria Departamental de Salud, Valle del Cauca, Colombia 2018

En el año 2018 las UPGD que atendieron más casos de artefactos explosivos fueron Fundación Valle del Lili (30%), hospital Universitario Evaristo García (20%), clínica Amiga (20%) hospital la Buena Esperanza de Yumbo (10%) (Ver Tabla 5).

**Tabla 5. Número de casos de artefactos explosivos por UPGD; Valle del Cauca, periodo epidemiológico XIII, 2018.**

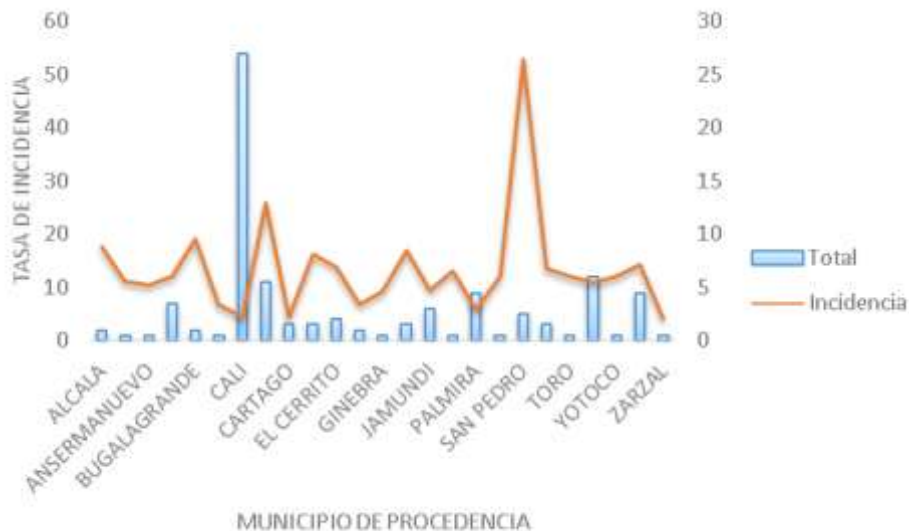
Nombre de UPGD	Número de casos	%
CLINICA AMIGA	2	20
ESE HOSPITAL RAUL OREJUELA BUENO	1	10
ESTUDIO E INVERSIONES MEDICAS	1	10
FUNDACIÓN VALLE LILI	3	30
HOSPITAL LA BUENA ESPERANZA ESE	1	10
HOSPITAL UNIVERSITARIO DEL VALLE EVARISTO GARCIA	2	20

Fuente: SIVIGILA, Secretaria Departamental de Salud, Valle del Cauca, Colombia 2018

De la semana 1-52 del año 2018 se presentaron 54 casos notificados por pólvora en el municipio de Cali (37,5%), lo que supone una tasa de incidencia de 2,2 casos por

100.000 habitantes, mientras que el municipio de Candelaria presentó 11 casos (7,63%), Palmira y Yumbo presentaron 9 casos (6,25%). (Ver Gráfica 2.)

**Gráfica 2. Incidencia por Pólvora semana epidemiológica 1-52 2018.**



Fuente: SIVIGILA, Secretaría Departamental de Salud, Valle del Cauca, Colombia 2018

De la semana 1-52 del año 2018 se presentaron 5 casos notificados por artefactos explosivos en el municipio de Cali (38,4%), lo que supone una incidencia de 2,04 casos por 1.000.000 habitantes. El municipio de Jamundí notificó 3 casos (23,0%) y Cerrito presentó 2 casos (15,3%). (Ver Tabla 6).

**Tabla 6. Incidencia por artefactos explosivos periodo epidemiológico XIII, 2018.**

Municipio de procedencia	Número de casos	Población DANE	Incidencias por 1000000 hab.	%
CALI	5	2445281	2,04	38,4
EI CERRITO	2	58295	1,00	15,3
JAMUNDI	3	127193	1,22	23,0
PALMIRA	1	310608	0,40	7,69
VIJES	1	11411	0,40	7,69
YUMBO	1	125624	0,40	7,69

Fuente: SIVIGILA, Secretaría Departamental de Salud, Valle del Cauca, Colombia 2018

### 4.3 Incidencia por artefactos explosivos periodo epidemiológico XIII, 2018.

De la semana 1-52 del año 2018 se presentaron 27 casos notificados por lesiones por artefactos pirotécnicos que requirieron hospitalización. 16 casos mayores de edad fueron hospitalizados, mientras que 11 menores de edad ingresaron a hospitalización. En cuanto a lesiones por municiones sin explotar y lesiones por otros materiales explosivos hubo casos para este año que se pudieran evidenciar en el análisis (Ver Tabla 7).

**Tabla 7. Incidencia por Artefactos explosivos periodo epidemiológico XIII, 2018.**

Tipo de lesión	Requirieron hospitalización	Mayor de edad	Menor de edad	Total Casos
Lesiones por artefactos pirotécnicos (n= 27)	Si	16(59,2%)	11(40,7%)	27(100%)
Lesiones por municiones sin explotar (n= 0)	Si	0(0)	0(0)	0(0)
Lesiones por otros materiales explosivos (n= 3)	Si	0(0)	0(0)	0(0)

Fuente: SIVIGILA, Secretaria Departamental de Salud, Valle del Cauca, Colombia 2018

Durante este periodo podemos observar que la manipulación es el 40,4% de la actividad por lesión por pólvora y observación es 21,9% por los cuales la gente tiene lesiones por este tipo de evento. (Ver Tabla 8)

**Tabla 8. Actividad en lesiones por Pólvora**

Actividad	Número	%
Manipulación	57	40,4
Observación	31	21,9
Almacenamiento	24	17,0
Otro	23	16,3
Transporte	5	3,54
Total general	141	100

Fuente: SIVIGILA, Secretaria Departamental de Salud, Valle del Cauca, Colombia 2018

Las circunstancias más comunes donde la población puede lesionarse por pólvora o artefactos explosivos son Celebraciones o fiestas (59,5%), seguido de la manifestación (13,4%) (Ver Tabla 9).

**Tabla 9. Circunstancias sociales Pólvora artefactos explosivos**

<b>Circunstancia social</b>	<b>Número</b>	<b>%</b>
Sin dato	84	59,5
Celebración social	35	24,8
Manifestación	19	13,4
Actividad laboral	2	1,41
Actividad desminada	1	0,70
<b>Total general</b>	<b>141</b>	<b>100%</b>

*Fuente:* SIVIGILA, Secretaria Departamental de Salud, Valle del Cauca, Colombia 2018

Durante este periodo se observó que los sitios con mayor lesión por la pólvora fueron cara y manos. Con mayor predominancia en los mayores de edad. (Ver Tabla 10.)

**Tabla 10. Característica de las quemaduras por pólvora pirotécnica según grupo de edad periodo epidemiológico XIII, 2018.**

<b>Característica</b>	<b>Mayor de 18 años</b>	<b>Menor de edad</b>	<b>Total</b>
<b>Sitio anatómico comprometido por la quemadura</b>			
Mano	28	31	31
Cara	22	16	38
Miembro superior (sin manos)	18	11	16
Tronco	9	6	15
Miembro inferior (sin pies)	9	8	17
Cuello	5	2	7
Pie	3	2	5
Pliegue	2	0	2
Genitales	2	1	3
<b>Grado de la quemadura</b>			
Primer grado	31	32	63
Segundo grado	23	22	45
Tercer grado	9	5	14
<b>Extensión de la quemadura</b>			
< o igual al 5%	46	47	93
6% al 14%	15	10	25
> o igual al 15%	2	2	4
<b>Total</b>	<b>63</b>	<b>59</b>	<b>122</b>

*Fuente:* SIVIGILA, Secretaria Departamental de Salud, Valle del Cauca, Colombia 2018

Durante el periodo epidemiológico XIII se evidenció que las actividades donde se marcaba más el uso de la pólvora y artefactos explosivos, fueron con un 55% las celebraciones sociales, seguido de las marchas con 35% y por último actividades de delincuencia común. (Ver Tabla 11)

**Tabla 11. Lesiones tipo amputación, daño ocular y daño auditivo según tipo de artefacto pirotécnico, periodo epidemiológico XIII, 2018.**

Tipo de artefacto	Amputación		Daño ocular		Daño auditivo	
	n	%	n	%	n	%
Otro	8	47,1	10	34,4	4	33,3
Totes	7	41,2	0	0	2	16,7
Cohetes	1	5,9	5	17,2	1	8,3
Volcanes	1	5,9	0	0	0	0
Globos	0	0	0	0	0	0
Totes	0	0	4	13,79	0	0
Voladores	0	0	1	3,44	1	8,33
Luces de bengala	0	0	3	10,34	1	8,33
Juegos de exhibición	0	0	2	6,89	1	8,33
Sin dato	0	0	4	13,7	2	16,6
<b>Total General</b>	<b>17</b>	<b>100</b>	<b>29</b>	<b>100</b>	<b>12</b>	<b>100</b>

Fuente: SIVIGILA, Secretaria Departamental de Salud, Valle del Cauca, Colombia 2018

**Tabla 12. Oportunidad en la notificación de casos de lesiones por pólvora pirotécnica durante la vigilancia intensificada.**

Nombre del indicador	Definición operacional	Oportunidad
Oportunidad en la notificación de casos de lesiones por pólvora pirotécnica	Numerador: número de casos ocurridos durante la vigilancia intensificada notificados dentro de las primeras 24 horas de ocurrida la lesión Denominador: número de casos notificados durante la vigilancia intensificada	El número de casos ocurrido en la vigilancia intensificada durante las primeras 24 horas fue 106 casos y el total 109 casos durante la vigilancia intensificada. Oportunidad del 97,2%.



## 5. DISCUSIÓN

En el Valle del Cauca es común el uso de la pólvora en las celebraciones municipales, conmemoraciones religiosas y eventos deportivos.

Las celebraciones de fin de año son las épocas más frecuentes en el uso de la pólvora incrementando la posibilidad de lesiones en toda la población.

De acuerdo a los hallazgos encontrados, observó una disminución de eventos a lo largo del año 2018 respecto al año 2017. La mayor incidencia y frecuencia regional corresponde a lo hallado en el análisis a nivel nacional. El género más afectado según los análisis sigue siendo el masculino con predominio en el grupo mayores de edad, los menores de edad entre ellos el grupo de 10-14 años tuvo un incremento en comparación a los demás grupos que son menores edad.

Los artefactos relacionados con mayor frecuencia a las lesiones con pólvora fueron totes, cohetes y otros; y las personas lesionadas fueron en su mayoría manipuladores seguido de los observadores, un comportamiento similar registrado a nivel nacional.

Los artefactos explosivos como minas y municiones sin explotar tuvieron una notificación muy baja alrededor del periodo estudiado y una reducción significativa respecto al año anterior (82,1%). Esta reducción corresponde a lo propuesto en la discusión del Instituto Nacional de Salud, donde se explica que esta disminución es debida a la inactivación de las categorías MAP y MUSE en la ficha de notificación del evento 452 durante el primer semestre.

El tipo de lesión más frecuente observado fue la quemadura siendo la de primer grado con mayores casos presentados, seguido de segundo grado y tercer grado, en cuanto a la extensión de la superficie corporal afectada, la de mayor proporción fue la menos del 5% este mismo resultado se registra a nivel de nacional (1).



## **6. CONCLUSIONES**

Hasta el periodo epidemiológico XIII se reportaron 141 casos de lesiones por pólvora en el Valle del Cauca.

Se reportaron 10 casos de lesiones por artefactos explosivos en la Valle del Cauca.

Hubo 111 casos de lesión por pólvora por parte del género masculino (76%). Los hallazgos de Medidas de asociación entre sexo y hospitalización arrojaron que el género masculino es el más propenso a sufrir lesiones que el género femenino y esto fue estadísticamente significativo, igualmente la asociación por grupo de edad y hospitalización da como resultado que los mayores de edad resultan más lesionados.

Describiendo las demás variables, la categoría de la variable etnia que mayor proporción fue Otros (87,6%) y en el régimen la mayor frecuencia fue en el subsidiado (50%). El grupo de edad más afectado fue el de 10-14 años (21.9%).

En el año 2018 las UPGD que atendieron más casos de pólvora fueron hospital local de Yumbo (6,25%), hospital Raúl Orejuela Bueno de Palmira (4.17%).

Las consecuencias del uso de la pólvora se vieron reflejadas a nivel del sitio anatómico como la cara y las manos.

En cuanto a las actividades que lesiona más a la población se encontró que los manipuladores y las personas que observan son las más frecuentes (1).

## **7. RECOMENDACIONES**

Sigue siendo prioritaria la asistencia técnica a Municipios y UPGD, asistencias a COVE departamental virtual.

Se deben generar espacios y buscar estrategias de educación continuada a escuelas, colegios, entes municipales de salud, sociales y policía a fin de mejorar la captación, la notificación y el manejo de los casos, según los protocolos establecidos.

Fortalecer la búsqueda activa institucional, el análisis de estadísticas vitales, y Sivigila que pueda estar relacionada con estos eventos (Pólvora y artefactos explosivos).

Se recomienda reuniones mensuales para saber comportamiento del evento después de las temporadas decembrinas, fortalecer el trabajo grupal de secretaria de gobierno, CRUE, secretaria de educación, área de Vigilancia en Salud Pública departamental y municipal, policía, bomberos, etc. Con el fin de mitigar el impacto de las lesiones provocadas por este evento.

## 8. REFERENCIAS

1. Protocolo INS. Disponible:[http://www.ins.gov.co/buscador-eventos/Lineamientos/PRO%20Lesiones%20por%20polvora\\_.pdf](http://www.ins.gov.co/buscador-eventos/Lineamientos/PRO%20Lesiones%20por%20polvora_.pdf)
2. Ávila AA, Castro TE, Aguilar JA, Valencia CF. Epidemiología y seguimiento del impacto de la legislación sobre los fuegos artificiales en Colombia, Sur América. *Pediatría*. 2016 Apr;49(2):41–7.
3. Informe Quincenal Epidemiológico Nacional. Disponible en: <https://www.ins.gov.co/buscador-eventos/IQEN/IQEN%20vol%2019%202014%20num%209.pdf>