

# Sistema de vigilancia epidemiológica de lesiones de causa externa

---

## 1. Generalidades

Los sistemas de vigilancia epidemiológica de lesiones de causa externa han permitido detectar cambios y tendencias en la ocurrencia de las lesiones, establecer la susceptibilidad del riesgo de la población de sufrir lesiones, plantear investigaciones sobre factores de riesgo, sugerir medidas de control y prevención de las mismas, así como evaluar las bondades de algunas medidas de control.

No obstante, la sensibilidad y representatividad de un sistema de vigilancia epidemiológica de lesiones no fatales de causa externa serán siempre menores que las de un sistema de lesiones fatales. Esta situación obedece, en gran medida, a la naturaleza del evento. Aún en centros urbanos como el Distrito Capital, con un desarrollo notorio en la red de servicios y amplia cobertura del aseguramiento de la población, la información sobre lesiones de causa externa no fatales se ha limitado a los registros de egresos hospitalarios y de consulta de urgencias, a investigaciones puntuales para todo tipo de lesiones o a estudios de asociación de éstas con el consumo de sustancias psicoactivas.

Las actividades de vigilancia epidemiológica deben acompañarse de otras acciones de vigilancia en salud pública, con el fin de promover investigaciones que permitan profundizar en el conocimiento de la violencia en general y dar cuenta del comportamiento de sus diversas expresiones en particular, así como de la valoración de las intervenciones orientadas hacia su prevención y control.

Las conclusiones de los expertos señalan que la prevención debe tener primacía sobre la coerción y la rehabilitación por su potencial de lograr efectos a mediano y largo plazo; que se debe dar prioridad a las estrategias e intervenciones de refuerzo, complementarias y sostenibles dirigidas a las poblaciones en mayor riesgo y que las intervenciones deben enfocarse esencialmente hacia los niños, niñas, adolescentes, jóvenes y sus familias para modelar actitudes y modificar comportamientos.

### 1.1 Descripción del evento

La violencia y sus diversas manifestaciones constituyen un problema multidimensional socialmente relevante y de elevada complejidad. En él confluyen factores sociales, políticos y culturales que dan cuenta de sus más variadas manifestaciones. Desde el ámbito de la salud, la violencia es el principal problema de salud pública en Colombia. Prueba de ello son las estadísticas, según las cuales el trauma intencional aparece en primer lugar como causa de muerte.

Para la Secretaría Distrital de Salud de Bogotá, D. C., es fundamental consolidar

los sistemas de vigilancia epidemiológica de las lesiones de causa externa. Las cifras señalan que durante las dos últimas décadas, las diversas manifestaciones y expresiones de violencia en el país presentan un franco ascenso. En 1999, el Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses –INML-CF–, registró 36.186 muertes violentas en Colombia, de las cuales 64% (n = 23.209) correspondían a homicidios, 19% (n = 7.026) a accidentes de tránsito, 6% (n = 2.089) a lesiones fatales autoinfligidas o suicidios y 9% (n = 3.390) a otros accidentes.

En Bogotá se registra un incremento en las lesiones de causa externa fatales y no fatales que han sido evaluadas desde 1991 por el Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses. En 1999, las estadísticas de la Secretaría Distrital de Salud registraron 29.101 defunciones relacionadas con la violencia, de las cuales 3,8% (n = 1.115) correspondían a accidentes de tránsito y 8,8% (n = 2.560) a agresiones.

## 1.2 Caracterización epidemiológica

Algunos autores consideran que en las ciudades de América latina se están desarrollando culturas sustentadas en un tipo de racionalidad que admite la violencia como instrumento para resolver las diferencias, satisfacer necesidades y solucionar los conflictos.

En Cali y Bogotá, la mayor proporción de las lesiones fatales intencionales se deben a la delincuencia común y organizada y las no fatales se originan en la violencia común (atracos y riñas con diversos móviles), seguida de la violencia intrafamiliar. La magnitud, severidad y tendencia del problema varía en el tiempo y lugar, según temporadas o momentos y sitios calificados como *calientes* y tiene particularidades relacionadas con los patrones culturales, la región geográfica y las características sociales que caracterizan a cada comunidad.

Revisiones exhaustivas del problema establecen que los factores condicionantes, determinantes y de riesgo varían, según el tipo de evento violento y la comunidad en la cual ocurren, de modo que la violencia no es una condición inherente al ser humano y es factible de reducirse, pero requiere cambiar los enfoques tradicionales de carácter punitivo.

## 2. Definiciones de caso

### 2.1 Violencia

Todo acto, premeditado o no, que tiene como producto el daño o riesgo de daño en la integridad física, psíquica, sexual, en la personalidad e, incluso, en la libertad de movimiento de la víctima. La violencia se refiere a la agresión destructiva que involucra daño o riesgo de daño a otros o a la propiedad.

### 2.2 Lesión accidental, accidente

Es algo que ocurre de forma ajena a la voluntad de la persona que lo produce, bien sea a la víctima misma o el supuesto agresor. Si bien no existe intencionalidad, el accidente no es producto del azar y existe una cadena de eventos y circunstancias que llevan a que ocurra; de ahí que las lesiones accidentales puedan prevenirse.

### 2.3 Lesión intencional

Es producida a una persona con el ánimo de hacer daño. Puede ocurrir como consecuencia de violencia interpersonal (riña, atraco, asalto, robo, secuestro), o ser una expresión de violencia autoinfligida (suicidio o intento de suicidio).

### 2.4 Lesión en accidente de tránsito

Es la lesión, herida o daño que se produce como consecuencia de una colisión o atropello por cualquier tipo de vehículo en movimiento que ocurre en la vía pública o luego de salirse de ella. Cuando ocurre una muerte, la tendencia en muchos países es a considerarla como homicidio culposo, si no hay evidencia de intencionalidad, y doloso, si existe.

### 2.5 Víctima

Persona que sufre las consecuencias de una acción violenta, intencional o no intencional, autoinfligida o de parte de otra persona.

### 2.6 Victimario o agresor

Quien comete el acto violento contra otra persona.

### 2.7 Accidente en el hogar

Lesión no intencional, fortuita y súbita, generalmente prevenible, que ocurre en el domicilio de la víctima u otra vivienda.

### 2.8 Violencia intrafamiliar

Para fines de este sistema de vigilancia epidemiológica, se refiere a los casos de maltrato contra la mujer o cualquier otro miembro de la familia extensa, cuando el agresor es el cónyuge, alguno de los padres, hijos u otro familiar.

### 2.9 Violencia sexual

Hace referencia al abuso sexual y violación. Por abuso sexual se entiende la manipulación o prácticas de estimulación sexual en contra de la voluntad de la víctima o ejercidas bajo presión o engaño. Se incluyen las caricias erotizadas, el exhibicionismo, o el *voyeurismo*.

Por violación se entiende un acto sexual, violento o forzado, en contra de la voluntad de la mujer, hombre, niño o niña, con penetración parcial o total, incluyendo la ocurrida dentro de la vida conyugal.

### 2.10 Violencia pasional

Se refiere a lesiones físicas o psíquicas que motiven consulta a un servicio de atención de urgencias, que no están incluidas en la violencia sexual y son producidas por agresión de personas diferentes al cónyuge y familiares, tales como novio, novia, amante, pretendiente, ex cónyuge o ex compañero, es decir, por quienes que no mantienen una relación marital o conyugal.

## 2.11 Accidente de trabajo

Lesión fortuita e inesperada, ajena a la voluntad de la víctima, que ocurre con ocasión de la actividad laboral y en el sitio de trabajo que a veces puede ser un espacio específico (taller u oficina), el lugar de residencia o domicilio. Cuando ocurre en otro lugar, se clasificará según el evento que mejor describa el hecho violento.

# 3. Fuentes de información

## 3.1 Registros individuales de prestación de servicios de salud

Con base en la resolución 03374 del 27 de diciembre de 2000, por la cual se reglamentan los datos básicos que deben reportar los prestadores de servicios de salud y las entidades administradoras de planes de beneficios sobre los servicios de salud prestados, la fuente básica para la vigilancia epidemiológica de las lesiones de causa externa son los registros individuales de prestación de servicios de salud –RIPS–.

Las lesiones de causa externa captadas a través de los RIPS incluyen los accidentes de tránsito, los accidentes laborales, las lesiones por agresión y autoinfligidas, así como la clasificación para la sospecha de violencia intrafamiliar, que complementará los datos captados y la información generada mediante la implementación y fortalecimiento del sistema de vigilancia de violencia intrafamiliar –Sivim–.

Otras fuentes que pueden complementar o servir de base para el cotejo son: el registro diario de urgencias el formato de notificación de lesiones de causa externa, la historia clínica individual, las víctimas o familiares de los lesionados y otras fuentes que para el objeto de investigación pueden consultarse y dentro de las cuales están el Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses, las autoridades de tránsito y la Fiscalía General de la Nación, entre otras instituciones.

## 3.2 Historia clínica de admisión a urgencias

En primera instancia, la fuente primaria será el formato unificado y estandarizado, cuyo uso debe implementarse en todos los servicios de urgencias de las instituciones de la red adscrita a la Secretaría Distrital de Salud. Posteriormente, se concertará su utilización en las empresas promotoras de salud –EPS–, administradoras del régimen subsidiado –ARS– y, a largo plazo, en las instituciones prestadoras de servicios –IPS– privadas. Esta historia tendrá un módulo dedicado a definir el tipo de evento, a caracterizar las circunstancias de lugar y tiempo de la lesión intencional o no intencional y a identificar el móvil, señalando el mecanismo de la lesión de causa externa y la descripción del victimario, en caso de agresión.

## 3.3 Registro diario de urgencias

Como fuente para cotejar con la fuente primaria de información y estimar la cobertura de registro de las lesiones de causa externa, a partir de la historia clínica de admisión a urgencias.

### 3.4 Historia clínica hospitalaria

Fuente complementaria para precisar las(s) lesión(es) definitiva(s), tratamiento, evolución y desenlace o estado final del paciente.

### 3.5 Víctima, familiares o acompañante

En caso necesario, podrá contactarse telefónicamente para verificar, aclarar o completar la información recolectada en la historia clínica de admisión de urgencias.

Además, en los casos que lo ameriten, se consultará al Instituto de Medicina Legal y Ciencias Forenses, a las autoridades de tránsito, policía y fiscalía para verificar o completar la información recolectada en la historia clínica de urgencias.

## 4. Intervenciones

### 4.1 Crítica de la información

En la empresa social del Estado –ESE– o en la IPS, el responsable de la vigilancia o coordinador del comité de vigilancia epidemiológica institucional y el jefe o coordinador del servicio de urgencias revisarán semanalmente, después de los fines de semana y *puentes* las historias clínicas de admisión a urgencias que correspondan a los casos de lesiones de causa externa. Debe realizarse la crítica de información correspondiente, es decir, el chequeo, corrección y complemento de los datos registrados antes de digitar los registros.

### 4.2 Flujo de datos

En general, los prestadores de servicios de salud son los responsables de la actualización de los datos y de garantizar la confiabilidad y validez de los mismos. En la validación de los datos, antes de su transferencia, debe verificarse la consistencia de los mismos. De acuerdo con el numeral 3º del artículo 9º del capítulo IV de la resolución 03374 de 2000, en la transferencia de los datos a las entidades administradoras de planes de beneficios, deben enviarse los datos en los respectivos archivos, dentro del mismo mes o en los primeros veinte días del mes siguiente a la facturación de los servicios de salud.

Notificación mensual: el primer día hábil de cada mes deben remitirse los registros, preferiblemente en medio magnético, al referente de salud pública de la localidad, salvo indicación diferente para la consolidación de la información en ocasiones particulares, que serán informadas oportunamente por la Secretaría Distrital de Salud. De igual manera, la ESE remitirá mensualmente la base de datos depurada en medio magnético durante los primeros cinco días hábiles de cada mes.

### 4.3 Divulgación de hallazgos

El comité de vigilancia epidemiológica institucional presentará mensualmente al gerente de la empresa social del Estado o IPS los indicadores básicos, la interpretación y las recomendaciones pertinentes. El comité de vigilancia epidemiológica local hará una presentación similar para tomar decisiones y divulgar los hallazgos más significativos a las autoridades locales, con el fin de orientar las intervenciones requeridas en la localidad.

#### 4.4 Otras acciones inmediatas

Notificación a la policía y a la familia u otra persona o instancia a la cual resulte pertinente informar según la relación que se mantenga con cada caso registrado.

### 5. Indicadores

#### 5.1 Epidemiológicos de resultado o impacto

- ◆ Incidencia acumulada total y específica por tipo de evento según localidad.
- ◆ Distribución absoluta y porcentual según tipo de evento y periodo determinado (semana, mes, día y hora) lugar de ocurrencia (localidad, barrio y dirección).
- ◆ Porcentaje de eventos violentos del total de pacientes atendidos en los servicios de urgencias según hospital o unidad centinela.
- ◆ Frecuencia relativa de severidad y letalidad.

#### 5.2 Caracterización de los eventos

- ◆ Medidas de tendencia central y frecuencia relativa de las víctimas, según edad y evento.
- ◆ Frecuencia relativa de los eventos según género.
- ◆ Frecuencia relativa de los eventos según régimen de seguridad social.
- ◆ Frecuencia relativa de los mecanismos identificados en lesiones intencionales y no intencionales

#### 5.3 Frecuencia relativa de los eventos según el sitio de ocurrencia

- ◆ Evaluación del sistema de vigilancia y calidad del registro,
- ◆ Porcentaje de eventos identificados a través de la historia clínica de admisión a urgencias.
- ◆ Porcentaje de eventos diligenciados completamente.
- ◆ Porcentaje de instrumentos corregidos.
- ◆ Porcentaje de variables clínicas básicas con dato según el diagnóstico de urgencias.
- ◆ Medidas de acción preventivas y de control tomadas con base en el análisis de los datos de vigilancia.

### Bibliografía

1. Concha, A.; Espinosa, R. Lesiones no fatales registradas en 1996 en las instituciones de salud de las comunas 13, 14, 15 y 20 de Cali. Informe de progreso para el Ministerio de Salud. Marzo 1997.
2. Concha, A.; Espitia, V. Proyecto Red de información y vigilancia epidemiológica de hechos violentos. Cali. 1994.
3. De Roux, G. Ciudad y violencia en América Latina. En: Cuadernos de salud y desarrollo. N° 2. 1994: 5-27.

4. Klevens, J.; Suárez G. Caracterización de las lesiones atendidas por la red distrital de urgencias durante las festividades de fin de año, 1997-1998. Secretaría Distrital de Salud. Bogotá. 1999.
5. Klevens, J. Lesiones de causa externa: factores de riesgo y medidas de prevención. Bogotá. INML-CF. 1998.
6. Mercy, J.; Rosenberg, M.; Powell, K.; Broome, C.; Roper, W. Public health policy for preventing violence. *Health Affairs*. Winter 1993: 7-29.
7. Montoya, C. A. Promoción del buen trato para la prevención y atención del maltrato infantil y el abuso sexual. ISS. 1996.
8. OPS/OMS. Boletín epidemiológico. N° 15. 1994: 1-8. Washington, D. C.
9. OPS/OMS. Indicadores básicos. 1998. Washington, D. C.
10. Robertson, L. S. *Injury Epidemiology*. Oxford University Press. Nueva York. 1992.
11. Rodríguez, F. R.; Sánchez, O. Mortalidad según condiciones de vida. Santa Fe de Bogotá, D. C. Memorias de las novenas jornadas nacionales en epidemiología. Sociedad Colombiana de Epidemiología. 1998.
12. Secretaría Distrital de Salud-Área de vigilancia en salud pública. Mortalidad general por grupos de edad. 1997.

DIAGRAMA DE FLUJO DE INFORMACIÓN  
SISTEMA DE INFORMACIÓN SOBRE LESIONES DE CAUSA EXTERNA

