

**PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DE LOS EVENTOS QUE SE PRESENTAN EN LAS
PRÁCTICAS ASISTENCIALES DE 8 Y 9 SEMESTRES DE FISIOTERAPIA DE
LA UNIVERSIDAD DE BOYACÁ DEL AÑO 2013**

ELISA ANDREA COBO MEJÍA

**UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE BUCARAMANGA
ESPECIALIZACIÓN EN EPIDEMIOLOGÍA
TUNJA
MARZO DE 2015**

**PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DE LOS EVENTOS QUE SE PRESENTAN EN LAS
PRÁCTICAS ASISTENCIALES DE 8 Y 9 SEMESTRES DE FISIOTERAPIA DE
LA UNIVERSIDAD DE BOYACÁ DEL AÑO 2013**

ELISA ANDREA COBO MEJÍA

**UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE BUCARAMANGA
ESPECIALIZACIÓN EN EPIDEMIOLOGÍA
TUNJA
MARZO DE 2015**

NOTA DE ACEPTACIÓN

Asesor científico

Tunja, Marzo de 2015

TABLA DE CONTENIDO

	Pág.
INTRODUCCIÓN	7
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	8
JUSTIFICACIÓN	10
OBJETIVOS	12
MARCO DE REFERENCIA	13
MARCO METODOLÓGICO	19
RESULTADOS	22
DISCUSIÓN	32
CONCLUSIONES	34
BIBLIOGRAFÍA	36
ANEXOS	38

LISTA DE TABLAS

	Pág.
Tabla 1 Métodos de observación y vigilancia	14
Tabla 2 Edad	22
Tabla 3 Características sociodemográficas	22
Tabla 4 Número y tipo de sesiones	24
Tabla 5 Características de la Atención	25
Tabla 6 Asociación entre el sistema corporal intervenido – características sociodemográficas y procesos de atención	28
Tabla 7 Normalidad	30
Tabla 8 Diferencia de medias	30
Tabla 9 U de Mann Whitney sistema corporal intervenido y sesiones	31

LISTA DE FIGURAS

	Pág.
Figura 1 Diagnóstico principal	23
Figura 2 Diagnóstico secundario	24
Figura 3 Sesiones por mes año 2013	25
Figura 4 Usuarios por sitio de práctica	26

INTRODUCCIÓN

La epidemiología busca reconocer los eventos de salud-enfermedad en un grupo humano, así permite a través de perfiles epidemiológicos caracterizar poblaciones objeto de atención desde tipologías sociodemográficas, de atención y condiciones de salud. El presente informe de investigación muestra el perfil epidemiológico de las prácticas formativas de 8 y 9 semestres de Fisioterapia de la Universidad de Boyacá, para esto se realizó un estudio de tipo descriptivo con un diseño transversal.

Así, este trabajo se espera contribuya al análisis al interior del programa de orden curricular y asistencial desde la orientación de la formación de los futuros profesionales.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

El perfil epidemiológico es determinante para identificar las condiciones de salud – enfermedad de una comunidad, este se puede realizar desde diferentes perspectivas, la sociocultural y científico explicativo¹. La primera, de mayor empleo en la epidemiología aunque con la inclusión de la segunda desde la epidemiología sociocultural, utilizada por ejemplo, en comunidades de zona rural, donde los determinantes de salud presentan comportamientos que se pueden explicar a partir las creencias y hábitos.

El interés del presente trabajo es realizar un perfil epidemiológico desde la mirada científico – explicativa, teniendo en cuenta que una de las principales dificultades en Fisioterapia es la carencia de sistemas de información que le permitan reconocer su objeto de estudio el Movimiento Corporal Humano (MCH) en sus diferentes contextos y situaciones, que a su vez contribuyan al planteamiento de estrategias de intervención individual o comunitaria. Esta carencia no es ajena al programa, ya que se cuenta con los registros, pero no se lleva a cabo el análisis de la misma con fines profesionales, académicos o investigativos, así este perfil epidemiológico le permitirá al programa de Fisioterapia de la Universidad de Boyacá contar con información que soporte la toma de decisiones y estrategias relacionadas con las formas de abordaje del MCH en sus prácticas.

Para ello, es necesario el reconocimiento de datos epidemiológicos que expongan el perfil de atención, en este caso de las prácticas de 8 y 9 semestres en relación a los sistemas intervenidos, los diagnósticos y características de la intervención relacionadas con el MCH, ejemplo, de este tipo de estudio es la identificación de la prevalencia de las principales disfunciones del sistema musculo esquelético realizado en Brasil², reconociendo características sociodemográficas, uso de medicamentos, tratamiento quirúrgico, tiempo de tratamiento, diagnóstico y segmentos afectados. Donde el reconocimiento de la morbilidad por parte del

¹ GONZÁLEZ - CHEVEZ L, HERSCH - MARTÍNEZ P. Aportes para la construcción del perfil epidemiológico sociocultural de una comunidad rural. Ponencia presentada en el III Congreso Nacional de Investigación en Salud Pública. organizado por el Instituto Nacional de Salud Pública. Cuernavaca, Morelos, 27 al 29 de enero de 1993. Estudio financiado por el Consejo Nacional de Ciencia y Tecnología, proyecto P21SCC00-892997. Salud Pública (Méx). 1993; 35(4):393-402. Disponible en: <http://bvs.insp.mx/rsp/articulos/articulo.php?id=001330>. Fecha de consulta 20 de junio de 2014

² CASAGRANDE OLIVEIRA A, LEVY C, BRAGA D. Perfil epidemiológico dos pacientes atendidos na clínica de ortopedia da Universidade Paulista Epidemiological profile of patients served at the clinic orthopedics of the University Paulista. J Health Sci Inst. 2010; 28(4):356-8. Disponible en: http://www.unip.br/comunicacao/publicacoes/ics/edicoes/2010/04_out-dez/V28_n4_2010_p356-358.pdf. Fecha de consulta 20 de junio de 2014

Fisioterapeuta, le permitirá implementar acciones preventivas y curativas relacionadas con las principales afecciones de los sistemas de ejecución del MCH.

FORMULACIÓN DEL PROBLEMA

¿Cuál es el perfil epidemiológico de los eventos que se presentan en las prácticas asistenciales de 8 y 9 semestres de Fisioterapia de la Universidad de Boyacá del año 2013?

JUSTIFICACIÓN

Los estudios epidemiológicos son importantes para el reconocimiento de las condiciones de salud enfermedad de un grupo social, estas condiciones vistas desde lo social, económico, político, biológico, permiten la orientación de las acciones en pro de mejorarlas.

Identificar el perfil epidemiológico de los grupos atendidos en las prácticas de Fisioterapia, permite reconocer los diferentes aspectos que afectan el MCH, que a su vez está relacionado con la calidad de vida y bienestar de las personas, además de proporcionarle al programa de Fisioterapia de la Universidad de Boyacá, elementos para proponer acciones en los diferentes niveles de prevención y promoción, retomando a Leavell y Clark³, el cual se fundamenta en el “concepto ecológico de la enfermedad y la concibe como el resultado de la interacción de factores en el huésped, en el agente y el medio ambiente”, desde donde se controlan los factores de riesgo como mecanismo de intervención.

Sumado a lo anterior se encuentra la perspectiva de los determinantes sociales, donde la salud está condicionada por la interacción de la genética – biología del organismo humano, el medio ambiente, el estilo de vida y el sistema de asistencia sanitaria⁴ y que se comprenden según la Organización Mundial de la Salud (OMS) como las “circunstancias en que las personas nacen, crecen, viven, trabajan y envejecen, incluido el sistema de salud”⁵, posición compartida por el Instituto Nacional de Salud⁶, lo cual es importante identificar en los grupos humanos objeto de atención en las prácticas así sea de manera preliminar para orientar la intervención en pro del MCH como determinante en la calidad de vida y bienestar.

Este perfil se desarrolla desde la mirada científico-explicativa, de corte positivista la cual reconoce las características generales para llegar en algún momento a ser generalizables en este caso, a las prácticas asistenciales del programa, lo cual permite reorientar acciones tanto académicas como en la prestación del servicio,

³ DUQUE PÁRAMO M. Promoción de la salud y prevención de la enfermedad en programas de formación de Enfermería. Investigación en enfermería: imagen y desarrollo. 2000; 1 (1): Disponible en: <http://www.javeriana.edu.co/Facultades/Enfermeria/revista1/files/19.pdf>. Fecha de consulta 20 de junio de 2014

⁴ *Ibíd.*,

⁵ ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. Determinantes sociales de la salud. Disponible en: http://www.who.int/social_determinants/es/. Fecha de consulta 10 de febrero de 2015

⁶ INSTITUTO NACIONAL DE SALUD. Determinantes sociales de salud. Disponible en: <http://www.ins.gov.co/lineas-de-accion/ons/Paginas/determinantes-sociales-de-salud.aspx>. Fecha de consulta 10 de febrero de 2015

sin olvidar la importancia en la realimentación del currículo a partir del conocimiento de las condiciones de salud de una población en su contexto.

OBJETIVOS

OBJETIVO GENERAL

Describir el perfil epidemiológico de los eventos que se presentan de las prácticas asistenciales de 8 y 9 semestres de Fisioterapia de la Universidad de Boyacá del año 2013.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

Caracterizar socio demográficamente los sujetos atendidos.

Identificar los sistemas relacionados con el movimiento corporal humano que son intervenidos en las prácticas.

Describir los diagnósticos médicos de los pacientes que son remitidos a las prácticas de Fisioterapia.

MARCO DE REFERENCIA

MARCO TEÓRICO

Los propósitos de la epidemiología según Gordis⁷, son la identificación de la etiología-factores de riesgo, determinar la extensión de la enfermedad, estudiar la historia natural y pronóstico de la enfermedad, evaluar medidas preventivas y terapéuticas y proporcionar la base para normativas públicas. Estos objetivos se materializan por medio de la vigilancia, definida como una “función fundamental de la salud pública...puede realizarse para detectar cambios en la frecuencia de la enfermedad o cambios en la prevalencia de los factores de riesgo”⁸, la vigilancia es activa o pasiva, en el caso de la descripción del perfil epidemiológico, es pasiva donde “utiliza datos sobre enfermedades declarables o cuya información es obligada o solicitada, y la responsabilidad de notificación recae en el personal sanitario o el oficial sanitario del distrito”⁹.

Vigilancia epidemiológica

Según la Organización Panamericana de la Salud (OPS)¹⁰, “la vigilancia consiste en recoger, procesar, analizar, interpretar, presentar y difundir de manera sistemática y continua los datos sanitarios, incluidos los estudios epidemiológicos relativos a las categorías de enfermedades transmisibles, en particular los relativos a la forma de propagación temporal y espacial de estas enfermedades y el análisis de los factores de riesgo de contraerlas, con objeto de poder tomar las medidas de prevención y lucha pertinentes”¹¹. Como elementos de la vigilancia se encuentran: detectar y monitorizar, identificar factores de riesgo, evaluar procedimientos preventivos y suministrar información, educar y reforzar buenas prácticas.

Sistemas de información en salud pública

Definidos según Galán¹², como “herramientas que posibilitan y facilitan el acceso a la información generada de forma diversa y dispersa por diferentes organizaciones

⁷ GORDIS L. Epidemiología. Tercera edición. Elsevier. España: 2005.

⁸ *Ibíd.*,

⁹ *Ibíd.*,

¹⁰ ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD. Vigilancia epidemiológica de las infecciones asociadas a la atención de la salud. módulo iii: información para gerentes y personal directivo. Washington, DC: ops, 2012. Disponible en: http://www.paho.org/...ask=doc_view&gid=21399&Itemid=. Fecha de consulta 10 de agosto de 2014

¹¹ *Ibíd.*,

¹² GALÁN M. Sistemas de información de salud pública. En Manual de salud electrónica para directivos y sistemas de salud. CEPAL. Disponible en: file:///K:/11_Sistemas_de%20informacion_de_salud_publica.pdf. Fecha de consulta 10 de agosto de 2014

con el fin de disponer en tiempo y forma de un conocimiento fiable sobre un ámbito de la vida”. De igual manera, el autor propone como métodos de observación y vigilancia¹³:

Tabla 1. Métodos de observación y vigilancia

Sistemas de información	Características	Ejemplos
Poblacionales	Enfoque general Sistema institucional y obligatorio Cobertura universal, coste elevado, gestión compleja Permite apreciar la magnitud y estimar los recursos	Registro civil de nacimientos y defunciones Registro de vacunaciones Registros de morbilidad hospitalaria al alta
Centinela	Enfoque específico Participación voluntaria y anónima Cobertura de grupos específicos, bajo coste, gestión sencilla De notificación o de registro	Red de médicos centinela: gripe, meningitis, lesiones y accidentes Búsqueda sistemática de casos en registros específicos
Monitorización en tiempo real	Seguimiento de problemas específicos Detección automatizada de datos concretos Intervención focalizada y urgente	Sistemas de vigilancia epidemiológica para el control de enfermedades de declaración obligatoria
Sistemas en tiempo virtual	Planificación estratégica a medio plazo Gran volumen y nivel de detalle de los datos Búsqueda selectiva de información en registros o sobre población	Encuestas de salud a muestras representativas de la población Registros sobre eventos de salud en grupos vulnerables

Fuente: GALÁN Manuel. Sistemas de información de salud pública. En Manual de salud electrónica para directivos y sistemas de salud.

MARCO CONCEPTUAL

Como constructos determinantes para esta investigación se encuentran:

Movimiento Corporal Humano: Constructo multidimensional y multicontextual que comprende el cuerpo y el movimiento como objeto de estudio de la Fisioterapia, definido así en la Ley 528 de 1999.

¹³ *Ibíd.*,

Sistemas relacionados con el MCH intervenidos: Sistemas corporales que se relacionan con el MCH como el Neuromuscular, Osteomuscular, Cardiovascular pulmonar y Tegumentario.

Perfil epidemiológico: caracterización de orden cuantitativo de las condiciones de salud enfermedad de un grupo humano, quien es atendido en un servicio de salud.

ESTADO DEL ARTE

En este apartado se encuentran estudios de análisis epidemiológicos sobre todo en Brasil, en los servicios de atención de ortopedia o en osteomuscular, los cuales presentan un panorama general de los usuarios de los servicios de Fisioterapia, a continuación se enseña lo más relevante de los textos consultados.

En primera instancia, González y Hersch¹⁴, realizan un perfil epidemiológico en comunidad rural, desde una perspectiva sociocultural a través de la investigación acción, empleando los grupos focales, mediante los cuales reconocen un perfil de morbilidad de enfermedades de origen sociocultural, evidenciando como resultados la identificación de 103 especies medicinales de uso local y la distribución porcentual de las enfermedades más frecuentes desde padecimientos objeto de terapia con flora medicinal (diarrea y disentería, traumatismos, empacho, tos, dolor de estómago, etc) y de principales motivos de consulta en el Centro de Salud (infecciones de vías respiratoria altas, gastroenteritis, traumatismos, picadura de alacrán, etc). Este es de los pocos estudios con esta mirada, los siguientes se focalizan en el modelo actual de análisis epidemiológico como el de Casagrande y Levy¹⁵, en una clínica de ortopedia traumatología, donde encuentran que los pacientes más afectados son los de sexo femenino con mayor prevalencia de osteoartrosis y lumbociática.

Tercero, Wibeling y Kochenborger¹⁶, presentan el perfil epidemiológico del servicio de Fisioterapia reumatológica, donde identifican que la mayoría de los pacientes son de sexo femenino entre los 61-70 años. Resultados similares obtuvieron Brito et al¹⁷, en una clínica de Fisioterapia de ortopedia y reumatología,

¹⁴ Op. Cit., GONZÁLEZ - CHEVEZ L, HERSCH - MARTÍNEZ P. Aportes para la construcción

¹⁵ Op. Cit., CASAGRANDE OLIVEIRA A, LEVY C, BRAGA D. Perfil epidemiológico

¹⁶ WIBELINGER LM, KOCHENBORGER TOMBINI D. Perfil epidemiológico dos pacientes atendidos no serviço de fisioterapia reumatológica da Universidade de Passo Fundo. Revista Brasileira de Ciências do Envelhecimento Humano. 2010; 7 (2): Disponible en: <http://www.upf.br/seer/index.php/rbceh/article/view/406>. Fecha de consulta 18 de septiembre de 2014

¹⁷ BRITO DA SILVA PH, DE ALMEIDA LK, DE ALMEIDA LEROY PL. Perfil epidemiológico dos pacientes assistidos na clínica de Fisioterapia Traumato-ortopédica da Prefeitura de Hidrolândia – Goiás. Revista Movimenta. 2013; 6 (3) Disponible en: <http://www.nee.ueg.br/seer/index.php/movimenta/article/viewFile/676/519>. Fecha de consulta 18 de septiembre de 2014

donde predomina la lumbalgia y lumbociática y los pacientes tienen baja escolaridad.

Continuando, Davi et al¹⁸, estudian la epidemiología de los pacientes con lumbalgia, donde predominan los de sexo femenino, con una edad promedio de 51,1 años y una SD de 13,4 años, las actividades laborales que presentan son jubilados, en el hogar, agricultores y amas de casa. En sexto lugar, se encuentra Matos et al¹⁹, quienes parten de considerar las incapacidades resultantes de las enfermedades neurológicas y ortopédicas y como estas afectan la calidad de vida de las personas, para esto realizan la caracterización epidemiológica por sexo de los pacientes atendidos en Fisioterapia, mostrando la prevalencia de enfermedades como reumatismo, accidente cerebro vascular, amputación, alteraciones posturales, lesiones medulares y parálisis cerebral.

Asimismo, Asis Silva et al²⁰, describen el perfil epidemiológico del programa de rehabilitación y salud familiar, mostrando como resultados predominancia de pacientes de sexo femenino, mayores de 40 años, con presentación de enfermedades como la osteoartritis, la enfermedad cerebrovascular, las fracturas y lesiones tendinosas y musculares. Se encuentran diferencias significativas en las lesiones musculotendinosas por sexo a partir de los 40 años.

El octavo estudio es el de Baquero²¹, que identificó las enfermedades prevalentes que afectan al sistema nervioso central y que inciden sobre el movimiento humano y el desarrollo motriz, reconociendo la enfermedad motriz de origen central, el trauma craneoencefálico y la enfermedad cerebrovascular, caracterizadas por la década de la vida en la que se presentan y los efectos sobre el MCH.

¹⁸ DAVI OLTRAMARI V, ROSTIROLLA V, SPOLTI A, ANTONIAZZI AC. Perfil epidemiológico de pacientes com lombalgia atendidos no centro municipal de fisioterapia Farroupilha/RS. Congresso De Pesquisa E Extensão Da Faculdade Da Serra Gaúcha. 2013; 1(1): Disponible en: <http://ojs.fsg.br/index.php/pesquisaextensao/article/view/441>. Fecha de consulta 18 de septiembre de 2014

¹⁹ DE MATOS R, SOUZA FAGUNDES J, DE PAULA Á, GARZIM FARIA J, NOVAK VC. Perfil epidemiológico dos pacientes atendidos pela fisioterapia através do projetoórtese e prótese no período de junho de 2009 a julho de 2010. XIII Encontro Latino Americano de Iniciação Científica e IX Encontro Latino Americano de Pós-Graduação – Universidade do Vale do Paraíba. Disponible en: http://www.inicepg.univap.br/cd/INIC_2010/anais/arquivos/0442_0939_01.pdf. Fecha de consulta 18 de septiembre de 2014

²⁰ DE ASSIS SILVA SANTOS F, SÉRGIO DE LIMA NETO J, CABRAL DE LIMA RAMOS J, DE OLIVEIRA SOARES F. Perfil epidemiológico dos atendidos pela fisioterapia no Programa Saúde e Reabilitação na FamíliaemCamaragibe, PE. FISIOTERAPIA E PESQUISA 2007; 14(3): Disponible en: www.revistas.usp.br/fpusp/article/download/.../79871. Fecha de consulta 18 de septiembre de 2014

²¹ BAQUERO GA. Prevalencia de enfermedades neurológicas que comprometen el movimiento corporal humano. Umbral Científico. 2009; (15): 28-33. Disponible en: <file:///K:/perfil%20epidemiologia%20ft%20neurologia%2030415144004.pdf>. Fecha de consulta 18 de septiembre de 2014

En esta misma línea, Furtado et al²², realizan el perfil epidemiológico de pacientes adultos mayores con accidente cerebro - vascular que reciben Fisioterapia e identifican el perfil como importante para la prevención de enfermedades asociadas al envejecimiento y para la cualificación de los profesionales en geriatría y gerontología.

Considerando el valor de este tipo de datos, Baquero y López²³, resaltan la importancia de los sistemas de información para las profesiones de la salud, mencionando como de igual forma, la “Fisioterapia carece de dichos sistemas y genera en la práctica profesional ausencia de una información real y oportuna sobre las necesidades y contextos de las situaciones del movimiento corporal humano”. Como un mecanismo de respuesta a este problema proponen el desarrollo de un proyecto que en un futuro permita hablar de Fisioterapia Basada en la Evidencia a través de la creación de diferentes guías de manejo que tengan en cuenta los aspectos epidemiológicos.

De igual manera, Cifuentes et al²⁴, desarrollan un estudio transversal para identificar las prevalencias de las enfermedades respiratorias atendidas en las diferentes prácticas de la universidad en el segundo semestre de 2004, encontrando como las principales la Bronconeumonía (38%), la EPOC (16%) y la Bronquiolitis (10%). Esto se complementa con el análisis del número de sesiones por patología y por servicio de atención (hospitalización o ambulatoria).

Asimismo, se encuentra la caracterización desde las afecciones neurológicas las cuales presentan repercusiones “en las propiedades de movimiento humano limitando su desempeño funcional y las potencialidades de aprendizaje”, este perfil corresponde a un hospital de tercer nivel en Bogotá donde predomina en la atención la ECV (26%), seguido de parálisis cerebral (18%) y síndrome de Down (9.4%), el promedio de sesiones realizadas es de 5 y el tipo de atención que predomina es la hospitalaria frente a la ambulatoria²⁵.

²² FURTADO JVF, REIS TCA, SANDOVAL RA. Perfil Epidemiológico de los Ancianos Residentes en una Institución para una Larga Estancia em la Ciudad de Inhumas Goiás Brazil. *Trances*. 2012; 4(4):267-284. Disponible en: http://www.trances.es/papers/TCS%2004_4_1.pdf. Fecha de consulta 18 de septiembre de 2014

²³ BAQUERO G, LÓPEZ O. El papel de la epidemiología en la identificación de necesidades relacionadas con la fisioterapia en Colombia. *Salud pública (Méx)*. 2004; 46 (1): Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1590/S0036-36342004000100001>. Fecha de consulta 18 de septiembre de 2014

²⁴ CIFUENTES A, MARTÍNEZ C, MELO C, ZAMBRANO M. Perfil epidemiológico de la atención fisioterapéutica en afecciones respiratorias en un hospital de III nivel. Disponible en: www.iberamericana.edu.co/images/MOVN107ART3.pdf. Fecha de consulta 18 de septiembre de 2014

²⁵ DUARTE A, ORJUELA M, RODRÍGUEZ B. Perfil epidemiológico de la atención fisioterapéutica en afecciones neurológicas en un hospital de tercer nivel. Disponible en: dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/4781935.pdf. Fecha de consulta 18 de septiembre de 2014

Por último, González et al²⁶, en primera instancia resaltan la importancia de los datos epidemiológicos para la orientación de las decisiones en salud pública, lo que soporta a su vez la participación de la Fisioterapia en el nuevo modelo de atención en salud y segundo presentan el perfil de atención de una institución a partir de datos descriptivos. En general, el perfil epidemiológico es definido como un estudio de corte transversal con empleo de fuentes como las historias clínicas. Los artículos reportan la importancia de los estudios de este tipo centrado en la prevención y la mejora de hábitos y condiciones de vida que repercuten directamente sobre el MCH.

²⁶ GONZÁLES AI, WEISS STIES S, PALAORO D, CLAUDINO R, PEDROSO VIANA SB. Aspectos epidemiológicos da população atendida em clínica de fisioterapia. EFDeportes.com, Revista Digital. Buenos Aires. 2012; (170): Disponible: <http://www.efdeportes.com/efd170/populacao-atendida-em-clinica-de-fisioterapia.htm>. Fecha de consulta 18 de septiembre de 2014

MARCO METODOLÓGICO

TIPO

Estudio observacional, descriptivo, que caracterizó las condiciones de salud de los pacientes atendidos en las prácticas de Fisioterapia.

DISEÑO

De corte transversal, diseño que permitió reconocer prevalencia y caracterizar lo que sucede en un grupo en sus condiciones de salud, enfermedad en un tiempo determinado.

POBLACIÓN, TÉCNICA DE MUESTREO

Se trabajó con 1109 registros de todos los pacientes que asistieron a los sitios de práctica del programa de Fisioterapia en el 2013, se empleó una técnica de muestreo no probabilística por conveniencia.

FUENTES

Primarias: registros de las prácticas formativas de 8 y 9 semestre de Fisioterapia de la Universidad de Boyacá de 2013.

Secundarias: artículos, libros y bases de datos.

OPERACIONALIZACIÓN DE LAS VARIABLES

VARIABLE	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DEFINICIÓN OPERACIONAL	CATEGORÍA	TIPO DE VARIABLE	ESCALA
Edad	Años cumplidos desde la fecha de nacimiento	Edad cumplida a la fecha	Años	Cuantitativa	Razón
Sexo	Combinación y mezcla de rasgos genéticos	Rasgos genéticos que identifican los pacientes atendidos	Femenino Masculino	Cualitativa	Nominal
Estrato socioeconómico	Caracterización según los servicios públicos domiciliarios	Identificación del estrato domiciliario al momento del estudio	Bajo Medio Alto	Cualitativa	Ordinal
Nivel de escolaridad	Nivel académico alcanzado	Último curso aprobado	Ninguno Primaria Secundaria Tecnólogo Pregrado Posgrado	Cualitativa	Ordinal
Estado civil	Vínculos personales con individuos de otro sexo o del mismo sexo.	Estado civil en el momento de la atención	Soltero Casado Unión Libre Viudo	Cualitativa	Nominal

			Separado		
Ocupación	Trabajo u oficio desempeñado	Si refiere trabajar o no al momento del tratamiento	Trabajador No trabajador No registra	Cualitativa	Nominal
Sistemas relacionados con el MCH intervenidos	Sistemas corporales involucrados en la realización del MCH	Sistema corporal con limitación.	Osteomuscular Neuromuscular Tegumentario Cardiovascular Pulmonar	Cualitativa	Nominal
Diagnósticos médicos	Rotulo medico asignado a un conjunto de signos y síntomas	Rotulo medico asignado	Denominación de las diferentes patologías.	Cualitativa	Nominal
Mes de atención	Periodo temporal del año de atención	Mes del año de atención	Mes	Cualitativa	Nominal
Procedencia	Lugar de vivienda del paciente	Ubicación de la vivienda	Urbano Rural	Cualitativa	Nominal
Sistema de seguridad social	Sistema de salud de atención	Sistema de afiliación en salud del paciente	Subsidiado Vinculado Contributivo	Cualitativa	Nominal
Nivel de atención	Nivel de atención en salud de la institución	Nivel tecnológico y humano de atención en salud	Primero Segundo Tercero Cuarto Otros (Indeportes-práctica deportiva)	Cualitativa	Ordinal
Acciones de salud realizadas	Intervención requerida por el paciente	Tipo de intervención realizada al paciente	Promoción y prevención Asistencial	Cualitativa	Nominal
Abandono del tratamiento	Permanencia en el tratamiento de Fisioterapia	Abandona o termina el tratamiento	Si No	Cualitativa	Nominal

INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE INFORMACIÓN

Los datos se registraron en una ficha que contiene las variables de estudio, ver anexo A, para esto se cuenta con las planillas de registro estadístico por cada uno de los sitios de práctica.

PLAN DE ANÁLISIS

La sistematización y depuración de la información se realizó en el programa Excel 2013, posteriormente el análisis se realizó en el programa SPSS versión 20 ©, por medio de un análisis univariado, para las variables categóricas a través de la distribución de frecuencias absolutas y relativas. Además se calcularon medidas de tendencia central y de variabilidad o dispersión para variables cuantitativas según la distribución de frecuencia. El análisis bivariado a desarrollar busca establecer las

posibles relaciones entre las variables de estudio. Para la significancia estadística de las posibles relaciones resultantes del análisis bivariado se aplicó el Chi cuadrado, a partir de las características propias de las variables categóricas (ordinales y nominales) que determina la dependencia posterior a esto se aplica la Phi y la Tau-c que permite reconocer la fuerza de asociación. Adicionalmente, se establecieron relaciones de variables numéricas a través de la identificación de la normalidad con la prueba de Kolmogorov, posterior se obtiene la diferencia de medias y finalmente, se aplica la prueba no paramétrica U de Mann Whitney según la distribución de frecuencias.

LIMITACIONES DEL TRABAJO

Sesgo de selección al conocerse la condición de la enfermedad y sesgo de información debido a los posibles errores de registro en las planillas.

CONSIDERACIONES ÉTICAS

Según la Resolución 008430 de 1993, esta es una investigación sin riesgo ya que no se realiza intervención en los sujetos de estudio, y se trabaja con registros guardándose siempre la confidencialidad e identidad de los sujetos allí registrados.

El manejo de la información se realizó según los criterios de la Ley Estatutaria 1581 de 2012, teniendo en cuenta estos registros tienen datos sensibles y su tratamiento se hace con finalidad estadística o científica donde se suprime la identidad de los titulares.

RESULTADOS

ANÁLISIS UNIVARIADO

CARACTERÍSTICAS GENERALES

En relación a los 1109 registros, se puede decir de los sujetos atendidos que el promedio de edad es 36 años con un SD de 22 años, lo que muestra una dispersión de los datos teniendo en cuenta los valores mínimos y máximos, con un CV de 61%, mostrando heterogeneidad. Ver tabla 2.

Tabla 2. Edad

	N	Mínimo	Máximo	Media	Desv. típ.
Edad	1063	1,0	94,0	36,623	22,5865
N válido (según lista)	1063				

En relación al sexo, predomina el masculino, se da de igual forma, mayor predominancia de la procedencia rural, del estado civil soltero, de un nivel de escolaridad secundaria, asimismo, la mayoría de los pacientes, son de estrato socioeconómico bajo y con filiación al sistema de salud de tipo contributivo que principalmente se desempeñan en oficios varios y como estudiantes. Ver tabla 3.

Tabla 3. Características sociodemográficas

	Frecuencia	Porcentaje
SEXO		
Femenino	535	48,2
Masculino	574	51,8
PROCEDENCIA		
Urbano	155	14,0
Rural	954	86,0
ESTADO CIVIL		
Soltero	613	55,3
Casado	371	33,5
Unión libre	64	5,8
Viudo	25	2,3
Separado	15	1,4
NIVEL DE ESCOLARIDAD		
Ninguno	50	4,5
Primaria	242	21,8
Secundaria	515	46,4
Tecnólogo	107	9,6
Pregrado	133	12,0
Posgrado	34	3,1
ESTRATO SOCIOECONÓMICO		
Bajo	949	85,6

Medio	141	12,7
RSSS		
Subsidiado	423	38,1
Vinculado	83	7,5
Contributivo	581	52,4
OCUPACIÓN		
Trabajador	433	39,11
No trabajador	537	48,50
No registra	137	12,37

Desde el diagnóstico principal y los secundarios registrados, se evidencia que los principales son: los relacionados con las enfermedades del sistema tegumentario (Quemaduras y corrosiones de la superficie externa del cuerpo, especificada por sitio), los traumatismos (de miembros superiores e inferiores y flexibilidad), y las enfermedades del sistema musculo esquelético (artrosis, dorsopatias), la mayoría de estos diagnósticos son médicos sumado a otros requerimientos desde Fisioterapia, como segundo diagnóstico se encuentra el relacionado con las enfermedades del sistema nervioso (enfermedades cerebrovasculares, trastornos mentales) y otros (Desacondicionamiento físico), este último objeto de interés de la profesión desde el manejo del movimiento corporal. Diagnósticos fisioterapéuticos no se encuentran registrados en las planillas. Ver figuras 1 y 2.

Para graficar los diagnósticos se reagruparon y se presentan por sistemas:

Figura 1. Diagnóstico principal

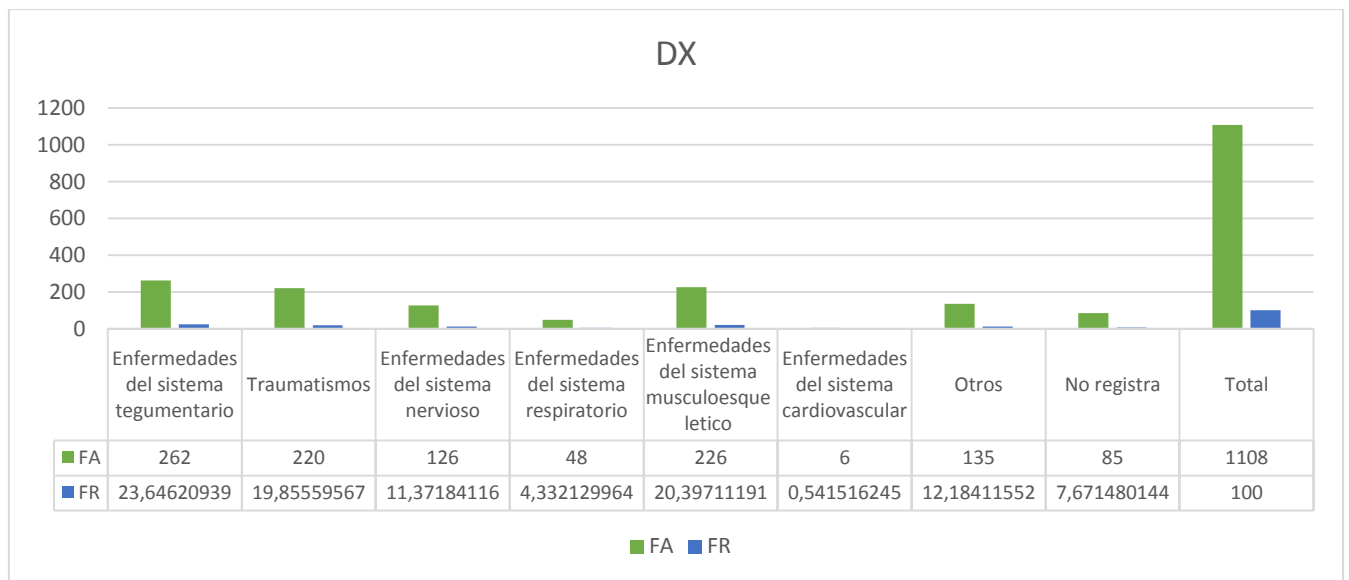
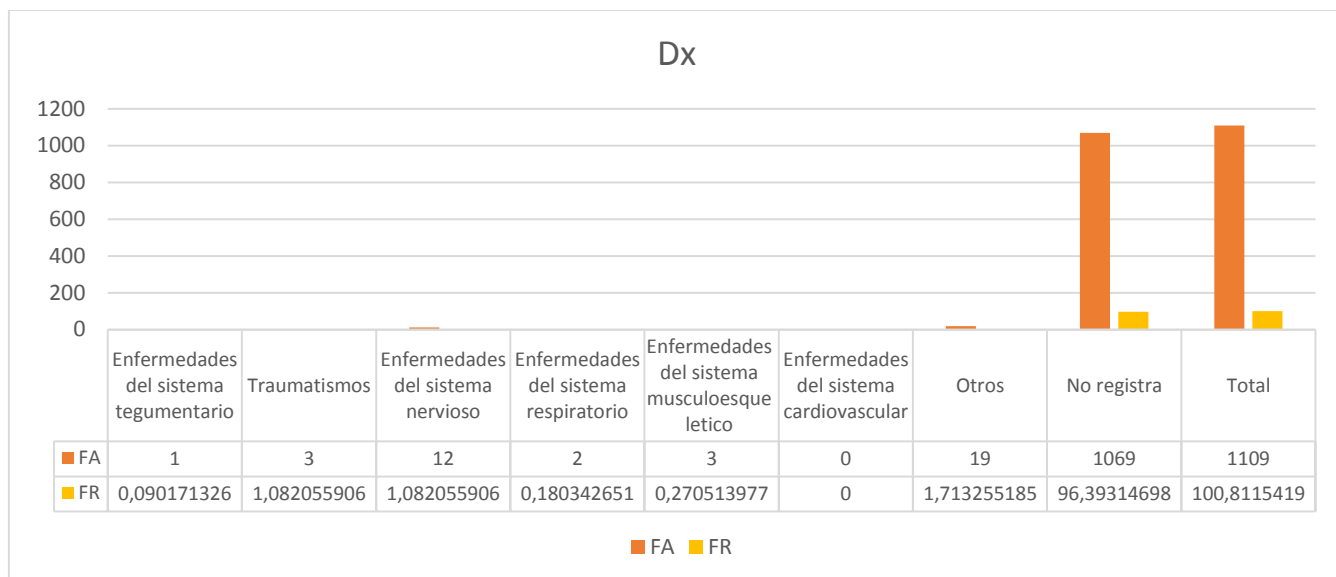


Figura 2. Diagnóstico secundario



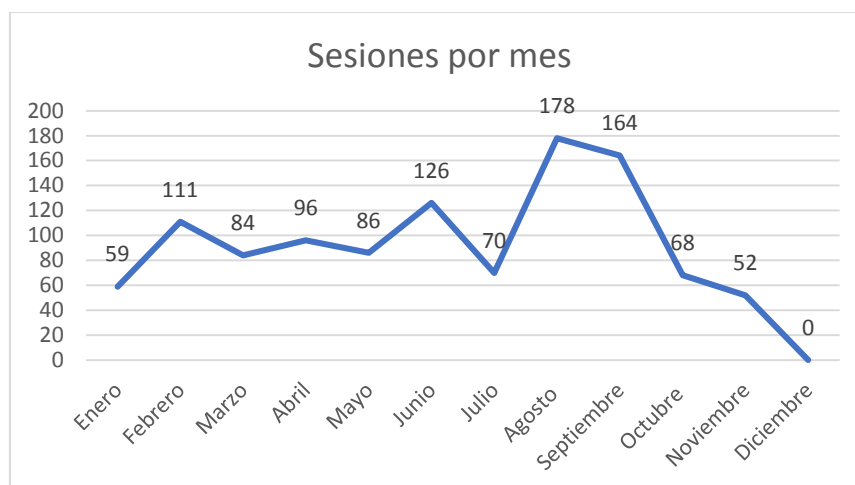
PROCESOS DE ATENCIÓN

En promedio los usuarios de las prácticas tienen 4,6 sesiones prescritas, con un bajo cociente de fallas 0,27 y una media de 3,9 sesiones realizadas. Ver tabla 4. De igual forma, el mayor número de sesiones se realiza en el mes de agosto, seguido por septiembre, junio y febrero, en diciembre no se reportan sesiones, esto no quiere decir que no se lleven a cabo prácticas, ya que en este mes se realiza la atención bajo la modalidad de reposición de algunos estudiantes por lo tanto se esperaría menor número de usuarios y no ausencia de los mismos. Ver figura 3.

Tabla 4. Número y tipo de sesiones

SESIONES	N	Mínimo	Máximo	Media	Desv. típ.
Numero de sesiones prescritas	1069	1,00	40,00	4,6221	4,54784
Fallas	1101	,00	9,00	,2707	,88078
Numero de sesiones realizadas	1069	,00	22,00	3,9869	3,55400
N válido (según lista)	1068				

Figura 3. Sesiones por mes año 2013



Teniendo en cuenta que las prácticas se llevan a cabo en los diferentes niveles de atención, se presenta un mayor número de usuarios en el segundo y tercero con un 38% y 44%, respectivamente, con predominio de acciones centradas en lo asistencial, sobre todo focalizadas en los sistemas musculo esquelético y neuromuscular. De igual manera, se observa una baja tendencia al abandono al tratamiento, se relaciona el de otro nivel para sitios como Indeportes Boyacá. Ver tabla 5.

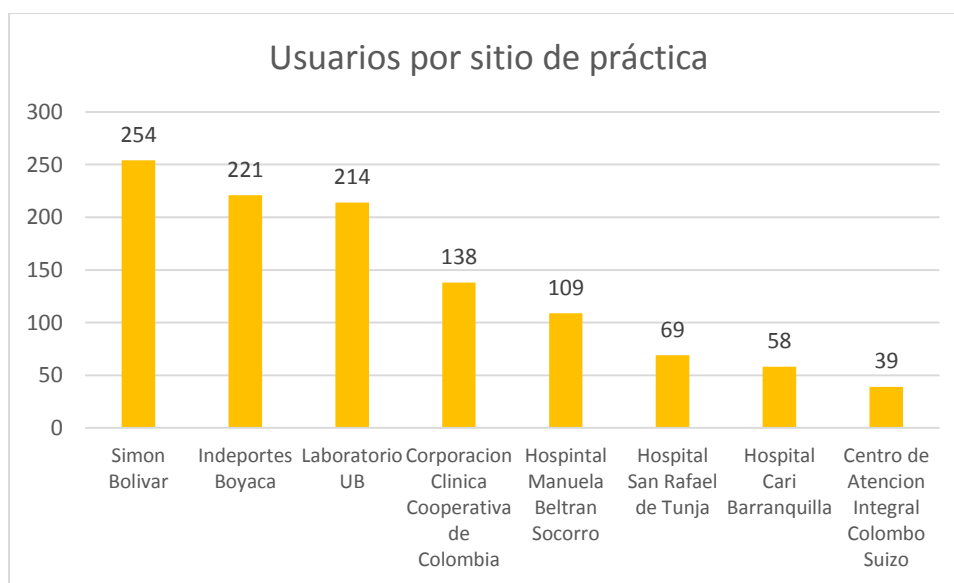
Tabla 5. Características de la Atención

	Frecuencia	Porcentaje
NIVEL DE ATENCIÓN		
Primer	52	3,8
Segundo	421	30,4
Tercero	496	35,8
Otro	73	5,3
No registra	67	4,8
ACCIONES DE SALUD REALIZADAS		
Promoción y prevención	45	4,1
Asistencial	1059	95,5
No registra	5	,5
SISTEMA CORPORAL INTERVENIDO 1		
Tegumentario-TEG	207	18,7
Musculo esquelético-ME	551	49,7
Cardiovascular pulmonar-CVP	107	9,6
Neuromuscular-NM	213	19,2
No registra	30	2,7
SISTEMA CORPORAL INTERVENIDO 2		
Musculo esquelético-ME	74	6,7
Neuromuscular-NM	5	0,5

No registra		1030	92,9
ABANDONO DEL TRATAMIENTO			
Si		56	5,0
No		1030	92,9
No registra		22	2,0

Asimismo, considerando que son 8 sitios de práctica, sobre todo de segundo y tercer nivel de atención, el lugar donde mayor número de usuarios se atiende al año es el Simón Bolívar (Bogotá), seguido por Indeportes Boyacá y Laboratorio Universidad de Boyacá (Tunja). Ver figura 4.

Figura 4. Usuarios por sitio de práctica



ANÁLISIS BIVARIADO

Como se observa en la tabla 6, donde se reconoce la asociación por medio del Chi2 y la fuerza de asociación con el empleo del Phi (nominal-nominal) o Tau-c (nominal-ordinal asimétrica), se evidencia una asociación entre el sistema corporal intervenido y las características sociodemográficas y de atención de las prácticas.

La asociación se da entre variables sociodemográficas y el sistema Musculo esquelético, ya que el género, la procedencia rural, el ser soltero, tener un nivel de escolaridad de secundaria, estar en un estrato socioeconómico bajo y pertenecer al régimen contributivo se asocian con las afecciones y atención de este sistema, de igual manera, hay asociación de este sistema con las variables de atención como abandono al tratamiento, acciones de salud, nivel de atención.

Tabla 6. Asociación entre el sistema corporal intervenido – características sociodemográficas y procesos de atención.

CARACTERÍSTICAS / SISTEMA CORPORAL		Tegumentario	Musculo esquelético	Cardiovascular pulmonar	Neuromuscular	No registra	Valor Chi2	P	Valor Phi	P	Valor Tau-c	P
Genero	Femenino	46	318	35	126	9						
	Masculino	161	233	72	87	21	101,491 ^a	,000	,303	,000		
Procedencia	Urbano	42	37	33	37	6	59,448 ^a	,000	,232	,000		
	Rural	165	514	74	176	24						
Estado civil	Soltero	89	334	40	135	15						
	Casado	82	163	50	60	15						
	Unión libre	31	22	3	8	0	127,870 ^a	,000	,340	,000		
	Viudo	2	8	9	6	0						
	Separado	3	3	5	4	0						
Nivel de escolaridad	Ninguno	4	3	9	34	0						
	Primaria	69	58	42	54	19						
	Secundaria	92	326	49	48	0						
	Tecnólogo	34	44	6	11	11	375,730 ^a	,000			-,054	,021
	Pregrado	7	70	1	55	0						
	Posgrado	1	29	0	4	0						
Estrato SEC												

	Bajo	200	454	100	192	2	219,131 ^a	,000		,087	,000
	Medio	7	78	7	21	28					
RSSS	Subsidiado	132	96	68	96	30					
	Vinculado	36	31	13	3	0					
	Contributivo	39	402	26	114	0	338,826 ^a	,000	,553	,000	
Abandono del tratamiento	Si	0	48	1	7	0					
	No	207	501	91	201	30	1233,03 ^g _a	,000	1,054	,000	
	No registra	0	2	15	5	0					
Acciones de salud realizadas	Promoción y prevención	0	0	0	45	0	212,528 ^a	,000	,438	,000	
	Asistencial	207	550	104	167	30					
	No registra	0	1	3	1	0					
Nivel de atención	Primer	0	34	4	7	0					
	Segundo	0	160	15	45	1					
	Tercer	4	258	50	114	0	953,082 ^a	,000		0,25	,000
	Otro	0	46	0	27	0					
	No registra	0	46	11	10	0					

Continuando, se aplica la prueba de Kolmogorov-Smirnov, se obtiene que los datos son no normales, de igual manera, se identifica la diferencia de medias y se aplican pruebas no paramétricas, en este caso la U de Mann Whitney. Ver tablas 7, 8 y 9.

Tabla 7. Normalidad

Kolmogorov-Smirnov ^a	Estadístico	gl	Sig.
Numero de sesiones prescritas	,213	1068	,000
Fallas	,484	1068	,000
Numero de sesiones realizadas	,198	1068	,000

La diferencia de medias se presenta en la tabla 8, diferencia entre las variables numéricas y la intervención o no del sistema corporal correspondiente.

Tabla 8. Diferencia de medias

Variable numéricas	Sistemas Corporales	N	Media	Desviación Típica
Numero de sesiones prescritas	Con Intervención del Sistema Tegumentario	207	4,64	3,92
	Sin intervención en el sistema Tegumentario	861	4,61	4,68
	Con Intervención del Sistema Musculo esquelético	543	4,1	4,69
	Sin intervención en el sistema Musculo esquelético	525	5,05	4,35
	Con Intervención del Sistema Cardiovascular Pulmonar	82	5,47	4,12
	Sin intervención en el sistema Cardiovascular Pulmonar	986	4,59	4,57
	Con Intervención del Sistema Neuromuscular	206	5,19	4,81
	Sin intervención en el sistema Neuromuscular	862	4,48	4,47
Fallas	Con Intervención del Sistema Tegumentario	207	0,60	0,42
	Sin intervención en el sistema Tegumentario	894	0,31	0,94
	Con Intervención del Sistema Musculo esquelético	551	0,40	1,11
	Sin intervención en el sistema Musculo esquelético	550	0,14	0,53
	Con Intervención del Sistema Cardiovascular Pulmonar	102	0,01	0,13
	Sin intervención en el sistema Cardiovascular Pulmonar	999	0,29	0,91
	Con Intervención del Sistema Neuromuscular	211	0,28	0,72
	Sin intervención en el sistema Neuromuscular	890	0,26	,914
Numero de sesiones realizadas	Con Intervención del Sistema Tegumentario	207	4,52	3,82
	Sin intervención en el sistema Tegumentario	861	3,86	3,47
	Con Intervención del Sistema Musculo esquelético	543	3,25	3,28
	Sin intervención en el sistema Musculo esquelético	525	1,00	3,66
	Con Intervención del Sistema Cardiovascular Pulmonar	82	5,57	4,05
	Sin intervención en el sistema Cardiovascular Pulmonar	986	3,85	4,47
	Con Intervención del Sistema Neuromuscular	206	4,44	3,08
	Sin intervención en el sistema Neuromuscular	862	3,88	3,65

Una vez obtenida la diferencia de promedios, se procede a calcular la significancia estadística, la que se resume en la tabla 9, donde se evidencia que la totalidad de

las variables numéricas se relacionan con el fenómeno de estudio, los sistemas del MCH intervenido.

Tabla 9. U de Mann Whitney sistema corporal intervenido y sesiones

Variable de agrupación	Numero de sesiones prescritas	Fallas	Numero de sesiones realizadas
Sistema Tegumentario			
U de Mann-Whitney	82799,000	81530,000	77326,000
Sig. asintót. (bilateral)	,108	,000	,003
Sistema Musculo Esquelético			
U de Mann-Whitney	106101,500	137714,000	95495,500
Sig. asintót. (bilateral)	,000	,000	,000
Sistema Cardio Vascular Pulmonar			
U de Mann-Whitney	31179,500	44435,000	27519,500
Sig. asintót. (bilateral)	,000	,000	,000
Sistema Neuromuscular			
U de Mann-Whitney	71632,500	87973,000	71729,000
Sig. asintót. (bilateral)	,000	,016	,000

Así, la significancia reportada en la tabla 9, evidencia relación entre el número de sesiones prescritas, las fallas y el número de sesiones realizadas para los cuatro sistemas con excepción de la asociación del número de sesiones prescritas – Sistema Tegumentario.

DISCUSIÓN

En relación al perfil epidemiológico de los eventos que se presentan de las prácticas asistenciales de 8 y 9 semestres de Fisioterapia de la Universidad de Boyacá en el año 2013, se puede decir que predominan los diagnósticos relacionados con las enfermedades del sistema tegumentario como quemaduras, los relacionados con el sistema musculo esquelético como traumatismos de miembros inferiores y superiores, además del trabajo de flexibilidad.

Desde la caracterización sociodemográfica la mayoría de los usuarios/clientes son de sexo masculino, con una media de 36 años, atendiendo desde niños hasta adultos mayores, que provienen la mayoría del área rural, de igual forma, predomina el estado civil soltero, con nivel de escolaridad secundaria, estrato socioeconómico bajo, afiliado al sistema de salud en contributivo que principalmente se desempeñan en oficios varios y como estudiantes.

Continuando, los sistemas relacionados con el movimiento corporal humano que son intervenidos en las prácticas, son los cuatro descritos por la APTA, el Tegumentario, Musculo esquelético, Cardiovascular pulmonar y Neuromuscular, donde se evidencia predominio en la atención del Musculo esquelético y el Neuromuscular, sobre todo desde acciones asistenciales en el segundo y tercer nivel de atención con baja tendencia al abandono del tratamiento.

En general los resultados coinciden con lo expuesto en la literatura donde hay predominancia en la atención de deficiencias relacionadas con el sistema musculo esquelético en mujeres como lo expone González - Hersch y Wibeling - Kochenborger^{27,28}, en relación a la osteoartritis con una pequeña diferencia al predominar los pacientes del sexo femenino, aunque la discrepancia en el actual estudio es mínima, dándose casi que por parejo la distribución por sexo, de igual forma, la escolaridad en los usuarios es de niveles inferiores como lo reporta Brito²⁹, a diferencia de lo expuesto por Davi³⁰, en este estudio la mayoría se ocupan en oficios varios y como estudiantes lo que puede llevar a pensar la asociación existente entre la ocupación y las deficiencias del sistema musculo esquelético de alta presentación.

Otro de los sistemas de mayor intervención es el neuromuscular con presentación de diferentes enfermedades del sistema nervioso, como enfermedades cerebrovasculares y la parálisis cerebral, como lo expone a su vez Matos y

²⁷ Op. Cit., CASAGRANDE OLIVEIRA A, LEVY C, BRAGA D. Perfil epidemiológico

²⁸ Op. Cit., WIBELINGER LM, KOCHENBORGER TOMBINI D. Perfil epidemiológico

²⁹ Op. Cit., BRITO DA SILVA PH, DE ALMEIDA LK, DE ALMEIDA LEROY PL. Perfil epidemiológico

³⁰ Op. Cit., DAVI OLTRAMARI V, ROSTIROLLA V, SPOLTI A, ANTONIAZZI AC. Perfil epidemiológico

Baquero^{31, 32} adicionando el alto efecto de estas sobre el movimiento humano, similar ocurre con lo reportado por Asis Silva³³, quienes además determinan una alta presentación de fracturas y lesiones tendinosas que se corresponde con la alta presentación de traumatismos y enfermedades del sistema musculo esquelético, reportadas en las prácticas de atención de la Universidad de Boyacá.

Finalmente, en relación al sistema tegumentario que reporta una alta presentación de enfermedades, en la literatura no se identifican resultados similares al igual que para el sistema cardiovascular y desde el sistema respiratorio, que en la investigación es el tercero en reporte de enfermedades y el cuarto en orden de intervención sumado al cardiovascular, se identifica en el estudio de Cifuentes³⁴, la caracterización de enfermedades como bronconeumonía, EPOC y Bronquiolitis, las dos primeras también reportadas en los hallazgos de este trabajo.

Como limitaciones del estudio se encuentra el sesgo de información, teniendo en cuenta los registros no están diligenciados de manera completa, además no hay uniformidad por ejemplo para el registro de los diagnósticos, lo que hace necesario en un futuro revisar los formatos donde se llevan los datos de atención y la forma correcta para hacerlo.

³¹ Op. Cit., DE MATOS R, SOUZA FAGUNDES J, DE PAULA Á, GARZIM FARIA J, NOVAK VC. Perfil epidemiológico dos

³² Op. Cit., BAQUERO GA. Prevalencia de enfermedades

³³ Op. Cit., DE ASSIS SILVA SANTOS F, SÉRGIO DE LIMA NETO J, CABRAL DE LIMA RAMOS J, DE OLIVEIRA SOARES F. Perfil

³⁴ Op. Cit., CIFUENTES A, MARTÍNEZ C, MELO C, ZAMBRANO M. Perfil epidemiológico

CONCLUSIONES

En relación a las características sociodemográficas, la mayoría de usuarios son de sexo masculino, con un promedio de 36 años, de procedencia rural y estrato socioeconómico bajo, pertenecientes al sistema contributivo.

Como diagnóstico médico principal de referencia a Fisioterapia se encuentran los relacionados con las enfermedades del sistema tegumentario y los del sistema musculo esquelético. En general se prescriben 4,6 sesiones y se presenta un bajo número de fallas (0,27).

Las prácticas están ubicadas en el 2 y 3 nivel de atención, con acciones sobre todo asistenciales, en los sistemas musculo esquelético, neuromuscular y tegumentario.

Por último, se debe reforzar el registro adecuado y uniforme de la información relacionada con los procesos de atención en las prácticas, ejemplo unificar los diagnósticos médicos (según CIE 10), anotar de forma completa los datos sociodemográficos de los pacientes en todos los registros en que haya lugar y manejar sistemáticamente los formatos.

Sumado a lo anterior se recomienda incluir el diagnóstico fisioterapéutico (según modelo APTA), lo que permitirá una mejor comprensión de los procesos en Fisioterapia.

BIBLIOGRAFÍA

BAQUERO G, LÓPEZ O. El papel de la epidemiología en la identificación de necesidades relacionadas con la fisioterapia en Colombia. Salud pública (Méx). 2004; 46 (1): Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1590/S0036-36342004000100001>. Fecha de consulta 18 de septiembre de 2014

BAQUERO GA. Prevalencia de enfermedades neurológicas que comprometen el movimiento corporal humano. Umbral Científico. 2009; (15): 28-33. Disponible en: <file:///K:/perfil%20epidemiologia%20ft%20neurologia%2030415144004.pdf>. Fecha de consulta 18 de septiembre de 2014

BRITO DA SILVA PH, DE ALMEIDA LK, DE ALMEIDA LEROY PL. Perfil epidemiológico dos pacientes assistidos na clínica de Fisioterapia Traumatológica ortopédica da Prefeitura de Hidrolândia – Goiás. Revista Movimenta. 2013; 6 (3) Disponible en: <http://www.nee.ueg.br/seer/index.php/movimenta/article/viewFile/676/519>. Fecha de consulta 18 de septiembre de 2014

CASAGRANDE OLIVEIRA A, LEVY C, BRAGA D. Perfil epidemiológico dos pacientes atendidos na clínica de ortopedia da Universidade Paulista. J Health Sci Inst. 2010; 28(4):356-8. Disponible en: http://www.unip.br/comunicacao/publicacoes/ics/edicoes/2010/04_out-dez/V28_n4_2010_p356-358.pdf. Fecha de consulta 20 de junio de 2014

CIFUENTES A, MARTÍNEZ C, MELO C, ZAMBRANO M. Perfil epidemiológico de la atención fisioterapéutica en afecciones respiratorias en un hospital de III nivel. Disponible en: www.iberamericana.edu.co/images/MOVN107ART3.pdf. Fecha de consulta 18 de septiembre de 2014

DAVI OLTRAMARI V, ROSTIROLLA V, SPOLTI A, ANTONIAZZI AC. Perfil epidemiológico de pacientes com lombalgia atendidos no centro municipal de fisioterapia Farroupilha/RS. Congresso De Pesquisa E Extensão Da Faculdade Da Serra Gaúcha. 2013; 1(1): Disponible en: <http://ojs.fsg.br/index.php/pesquisaextensao/article/view/44>. Fecha de consulta 18 de septiembre de 2014

DE ASSIS SILVA SANTOS F, SÉRGIO DE LIMA NETO J, CABRAL DE LIMA RAMOS J, DE OLIVEIRA SOARES F. Perfil epidemiológico dos atendidos pela fisioterapia no Programa Saúde e Reabilitação na Família em Camaragibe, PE. FISIOTERAPIA E PESQUISA 2007; 14(3): Disponible en:

www.revistas.usp.br/fpusp/article/download/.../79871. Fecha de consulta 18 de septiembre de 2014

DE MATOS R, SOUZA FAGUNDES J, DE PAULA Á, GARZIM FARIA J, NOVAK VC. Perfil epidemiológico dos pacientes atendidos pela fisioterapia através do projetoórtese e prótese no período de junho de 2009 a julho de 2010. XIII Encontro Latino Americano de Iniciação Científica e IX Encontro Latino Americano de Pós-Graduação – Universidade do Vale do Paraíba. Disponible en: http://www.inicepg.univap.br/cd/INIC_2010/anais/arquivos/0442_0939_01.pdf. Fecha de consulta 18 de septiembre de 2014

DUARTE A, ORJUELA M, RODRÍGUEZ B. Perfil epidemiológico de la atención fisioterapéutica en afecciones neurológicas en un hospital de tercer nivel. Disponible en: dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/4781935.pdf. Fecha de consulta 18 de septiembre de 2014

DUQUE PÁRAMO M. Promoción de la salud y prevención de la enfermedad en programas de formación de Enfermería. Investigación en enfermería: imagen y desarrollo. 2000; 1 (1): Disponible en: <http://www.javeriana.edu.co/Facultades/Enfermeria/revista1/files/19.pdf>. Fecha de consulta 20 de junio de 2014

FURTADO JVF, REIS TCA, SANDOVAL RA. Perfil Epidemiológico de los Ancianos Residentes em una Instituição para una Larga Estancia em la Ciudad de Inhumas Goiás Brazil. Trances. 2012; 4(4):267-284. Disponible en: http://www.trances.es/papers/TCS%2004_4_1.pdf. Fecha de consulta 18 de septiembre de 2014

GALÁN M. Sistemas de información de salud pública. En Manual de salud electrónica para directivos y sistemas de salud. CEPAL. Disponible en: file:///K:/11_Sistemas_de%20informacion_de_salud_publica.pdf. Fecha de consulta 10 de agosto de 2014

GONZÁLES AI, WEISS STIES S, PALAORO D, CLAUDINO R, PEDROSO VIANA SB. Aspectos epidemiológicos da população atendida em clínica de fisioterapia. EFDeportes.com, Revista Digital. Buenos Aires. 2012; (170): Disponible: <http://www.efdeportes.com/efd170/populacao-atendida-em-clinica-de-fisioterapia.htm>. Fecha de consulta 18 de septiembre de 2014

GONZÁLEZ - CHEVEZ L, HERSCH - MARTÍNEZ P. Aportes para la construcción del perfil epidemiológico sociocultural de una comunidad rural. Ponencia presentada en el III Congreso Nacional de Investigación en Salud Pública. organizado por el Instituto Nacional de Salud Pública. Cuernavaca, Morelos, 27 al 29 de enero de 1993. Estudio financiado por el Consejo Nacional de Ciencia y

Tecnología, proyecio P21SCC00-892997. Salud Pública (Méx). 1993; 35(4):393-402. Disponible en: <http://bvs.insp.mx/rsp/articulos/articulo.php?id=001330>. Fecha de consulta 20 de junio de 2014

GORDIS L. Epidemiología. Tercera edición. Elsevier. España: 2005.

INSTITUTO NACIONAL DE SALUD. Determinantes sociales de salud. Disponible en: <http://www.ins.gov.co/lineas-de-accion/ons/Paginas/determinantes-sociales-de-salud.aspx>. Fecha de consulta 10 de febrero de 2015

ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. Determinantes sociales de la salud. Disponible en: http://www.who.int/social_determinants/es/. Fecha de consulta 10 de febrero de 2015

ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD. Vigilancia epidemiológica de las infecciones asociadas a la atención de la salud. módulo iii:información para gerentes y personal directivo. Washington, DC: ops, 2012. Disponible en: http://www.paho.org/...ask=doc_view&gid=21399&Itemid=. Fecha de consulta 10 de agosto de 2014

WIBELINGER LM, KOCHENBORGER TOMBINI D. Perfil epidemiológico dos pacientes atendidos no serviço de fisioterapia reumatológica da Universidade de Passo Fundo. Revista Brasileira de Ciências do Envelhecimento Humano. 2010; 7 (2): Disponible en: <http://www.upf.br/seer/index.php/rbceh/article/view/406>. Fecha de consulta 18 de septiembre de 2014

ANEXOS

ANEXO A FICHA DE REGISTRO

Código	Sitio de práctica	Mes	Diagnóstico	Edad	Sexo	Procedencia	Estado civil	Nivel de escolaridad	Estrato socioeconómico

SSSS	Ocupación	Número de sesiones prescritas	Fallas	Número de sesiones realizadas	Abandono del tratamiento	Acciones de salud realizadas	Nivel de atención	Sistema corporal intervenido

