



# Boletín Epidemiológico INC

No. 3, año 2010. Publicación anual Bogotá D.C., Colombia ISSN 2145-0196

Contenido	Introducción
<p><b>Introducción</b> Anyul M. Vera Constanza Pardo</p>	<p>Como parte de las fuentes de información para la vigilancia en salud pública, los registros de hechos vitales aportan datos sobre nacimientos, defunciones y matrimonios (1); estos permiten conocer y analizar la dinámica demográfica del país, en términos de reproducción, mortalidad y conformación o disolución de las organizaciones familiares (2), por lo que constituyen un insumo de alta relevancia para la evaluación de los principales indicadores y la planeación de intervenciones en el ámbito de la salud pública.</p>
<p><b>1 Modernización de las Estadísticas Vitales en el INC</b> Anyul M. Vera Constanza Pardo</p>	<p>El Sistema de Registro Civil y Estadísticas Vitales ha tenido un desarrollo constante en el país. Antes de 1987 el Departamento Administrativo Nacional de Estadística (DANE) obtenía las estadísticas de nacimientos recogiendo la información de las alcaldías, las notarías y las parroquias; así mismo, recogía la información de las defunciones a partir de los certificados de defunción recolectados en todo el país. Sólo hasta 1998 se definieron como únicas fuentes de información para las estadísticas vitales los certificados de nacido vivo y de defunción diligenciados por el médico o cualquier trabajador de la salud autorizado, y por los funcionarios del registro civil; es decir, notarios o registradores (2).</p>
<p><b>2 Resultados Sivigila 2009</b> Anyul M. Vera Constanza Pardo</p>	<p>En este marco de evolución, a partir de 2007, mediante la Circular Externa conjunta 0081 (3), expedida por el Ministerio de la Protección Social y el DANE, y la Circular Externa 064 del 2008 (4), emitida por el Ministerio de la Protección Social, se presentó a las instituciones del país el proyecto de modernización tecnológica de las estadísticas vitales, enmarcado en el Registro Único de Afiliados (RUAF) del Sistema Integral de Información de la Protección Social (SISPRO). Este proyecto incluyó el rediseño de los ya existentes certificados de nacido vivo y de defunción, y el diseño de un formulario electrónico para la certificación de los hechos vitales vía web, con el fin de reducir de forma importante el tiempo de obtención de la información para el análisis y mejorar la cobertura de los registros (3).</p>
<p><b>3 Acciones para implementar y mejorar</b> Anyul M. Vera Constanza Pardo</p>	<p>El presente boletín relata la experiencia del Instituto Nacional de Cancerología E. S. E. (INC) como institución piloto en el proceso de modernización tecnológica de las estadísticas vitales, así como los principales resultados en la vigilancia de los eventos de interés en salud pública para 2009.</p>
<p><b>4 Tema de interés</b> Sonia Cuervo MD MSc Médica Infectóloga, Grupo de Infectología INC Profesora, Universidad Nacional de Colombia</p> <p><b>Bibliografía</b></p> <p><b>Comité editorial:</b> Sonia Isabel Cuervo Maldonado Constanza Pardo Ramos Anyul Milena Vera Rey</p> <p><b>Revisión de estilo</b> Gustavo Patiño</p> <p>Coordinación editorial: Constanza Pardo Ramos <a href="mailto:cpardo@cancer.gov.co">cpardo@cancer.gov.co</a></p> <p>Periodicidad: Un (1) número anual</p>	

# 1. Modernización de las Estadísticas Vitales en el INC

En el marco del Sistema Integral de Información de la Protección Social (SISPRO), el Ministerio de la Protección Social desarrolló el Registro Único de Afiliados (RUAF), del cual hacen parte los módulos de nacimientos y defunciones (ND) (Figura 1). Así mismo, de manera conjunta con el Departamento Administrativo Nacional de Estadística (DANE), se rediseñó el mejoramiento tecnológico del Sistema de Registro Civil y Estadísticas Vitales, que trasciende del diligenciamiento de los certificados de nacido vivo y de defunción en físico a la gestión en tiempo real de las certificaciones en formularios electrónicos. Este mejoramiento busca reducir de manera significativa el tiempo de obtención, análisis y producción estadística de los hechos vitales (3).

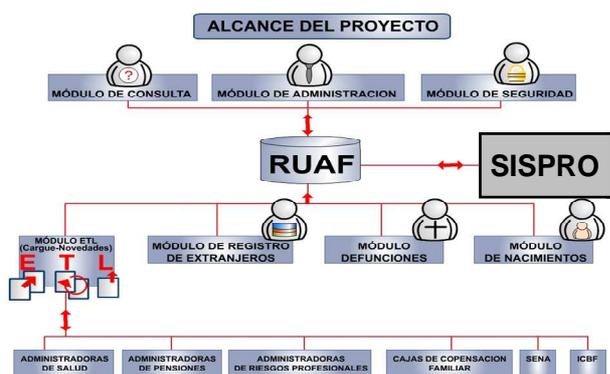


Figura 1. Componentes del Registro Único de Afiliados

Disponible en:  
<http://www.pos.gov.co/regimenSubsidiado/Documents/Acuero%2015/sispro%20general%20oct%2023.pdf>

Dando cumplimiento a la Circular 0081 de 2007, por la cual se informan a las entidades de salud los ajustes a los certificados de nacido vivo y de defunción (3), y a la Circular 0064 de 2008, por la cual se asignan las responsabilidades en el proceso de implementación de la automatización de las estadísticas vitales (4), el 1 de octubre de 2009 el Instituto dio inicio a la implementación del módulo RUAF-ND.

Para la puesta en marcha de éste módulo se desarrollaron actividades previas desde el INC, que incluyeron: 1) levantamiento de la línea de base tecnológica y de recurso humano, 2) adecuación de los equipos de cómputo, 3) definición de líderes y roles, 4) ajuste de procesos y procedimientos, 5) divulgación por parte de la dirección general, y 6)

capacitación al personal médico y otros funcionarios involucrados en el proceso.

Durante el primer trimestre de implementación del proceso de certificación y del aplicativo RUAF-ND se presentaron limitaciones de tipo interno y externo. No obstante, la corrección de estas permitió el afianzamiento del proceso en la institución.

Se identificaron como limitaciones internas las siguientes:

- Definición de un número limitado de usuarios médicos por servicio, dificultad que se tradujo en el no diligenciamiento y el represamiento de algunos certificados de defunción.
- Baja asistencia a la primera convocatoria de capacitación a los funcionarios médicos.
- Anulación de certificados de antecedentes para el registro civil, actividad restringida tras la implementación del RUAF-ND.

A pesar de las limitaciones, se desarrollaron ajustes que permitieron cumplir a cabalidad con los objetivos planteados para la primera fase de este proceso. (Ver numeral 3 Acciones para implementar y mejorar).

Las limitaciones externas estuvieron relacionadas con fallas en el aplicativo en cuanto al acceso y la pérdida de la información, lo cual generó un alto número de certificados de defunción pendientes por diligenciar en la web, con el consecuente subregistro en las estadísticas vitales institucionales y distritales.

Para el trimestre entre el 1 de octubre y el 31 de diciembre de 2009 se presentaron 294 defunciones; de estas, el 77,2% fueron registradas exitosamente en el RUAF-ND. Cabe señalar que al excluir las defunciones presentadas durante el lapso tiempo con problemas en el sistema, el cumplimiento fue del 98%.

Para el INC ser parte de las instituciones del distrito para la implementación del RUAF-ND significa una oportunidad de avance en el aprovechamiento de los recursos tecnológicos existentes, y facilita un nuevo abordaje en la construcción del sistema de información de los registros de estadísticas vitales en el módulo de mortalidad.

## 2. Resultados Sivigila 2009

### Eventos de notificación obligatoria

Durante 2009 fueron reportados al Sivigila 116 casos individuales de eventos de interés en salud pública. Dicha cifra incluyó eventos confirmados, sospechosos y probables; estos últimos fueron posteriormente descartados, mediante las

pruebas diagnósticas definidas por los protocolos para la vigilancia en salud pública. En total se descartaron 18 casos, de los cuales el 78% correspondió al evento Infección Respiratoria Aguda (ESI-IRAG) e Infección por Virus Nuevo Influenza Tipo A H1N1. Se confirmaron 98 eventos, de estos el 82,6% fue validado mediante pruebas de laboratorio clínico (Tabla 1).

**Tabla 1. Distribución de eventos de interés en salud pública notificados, por clasificación de caso, INC, 2009**

Evento	Clasificación de caso			Total
	Confirmado por lab. clínico	Confirmado por clínica	Descartado	
Exposición rábica	0	1	0	1
Hepatitis B	12	0	0	12
Hepatitis C	6	0	0	6
Infección respiratoria aguda ESI IRAG*	4	0	14	18
Leishmaniasis visceral	1	0	0	1
Leucemia linfocítica aguda pediátrica	34	0	1	35
Leucemia mieloide aguda pediátrica	5	0	0	5
Malaria vivax	0	0	2	2
Tosferina	0	0	1	1
Tuberculosis extrapulmonar	10	0	0	10
Tuberculosis pulmonar	3	3	0	6
Varicela individual	0	13	0	13
VIH/SIDA/Mortalidad SIDA	6	0	0	6
<b>Total</b>	<b>81</b>	<b>17</b>	<b>18</b>	<b>116</b>

\* Incluye el evento infección por virus nuevo influenza A H1N1.

Fuente: Grupo Vigilancia Epidemiológica del Cáncer, INC, 2009

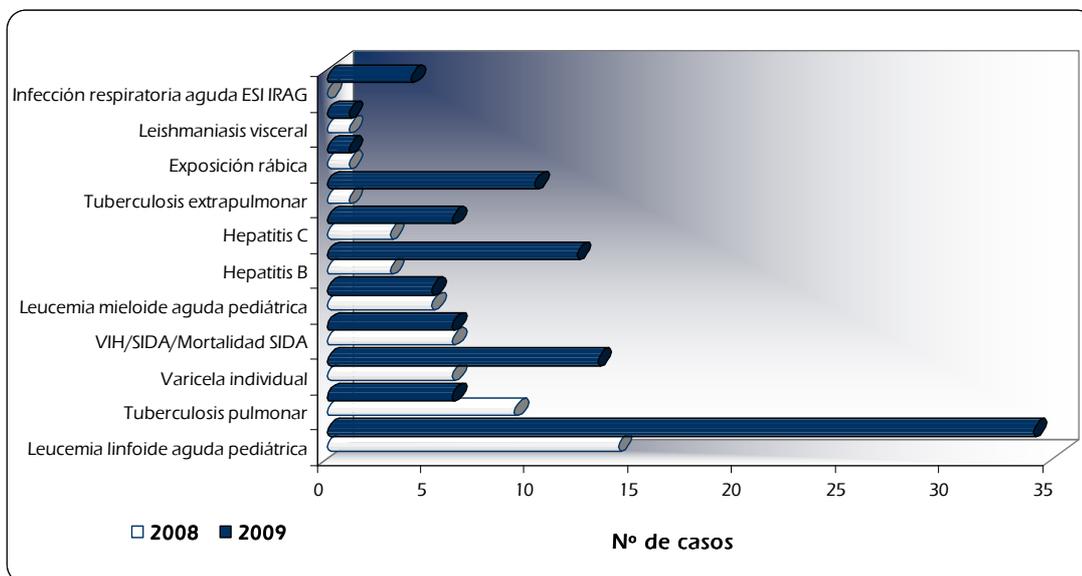
Dentro de los eventos confirmados, el 63,2% correspondió al grupo masculino. Con excepción de las leucemias agudas pediátricas en menores de 15 años, el evento de mayor notificación fue la varicela individual, seguida de otras enfermedades infecciosas como la hepatitis B y la tuberculosis extrapulmonar (Tabla 2).

Respecto al año anterior, se evidencia un aumento en la notificación de casos; principalmente, para la leucemia linfocítica aguda pediátrica. En 2009 se identifica la notificación individual por IRA, evento que anteriormente era únicamente de notificación colectiva (Figura 2).

**Tabla 2. Distribución de eventos de interés en salud pública confirmados, por sexo, INC, 2009**

Evento	Sexo		Total
	Femenino	Masculino	
Exposición rábica	0	1	1
Hepatitis B	4	8	12
Hepatitis C	4	2	6
Infección respiratoria aguda ESI IRAG	0	4	4
Leishmaniasis visceral	0	1	1
Leucemia linfocítica aguda pediátrica	10	24	34
Leucemia mieloide aguda pediátrica	1	4	5
Tuberculosis extrapulmonar	5	5	10
Tuberculosis pulmonar	2	4	6
Varicela individual	8	5	13
VIH/SIDA/Mortalidad SIDA	2	4	6
<b>Total</b>	<b>36</b>	<b>62</b>	<b>98</b>

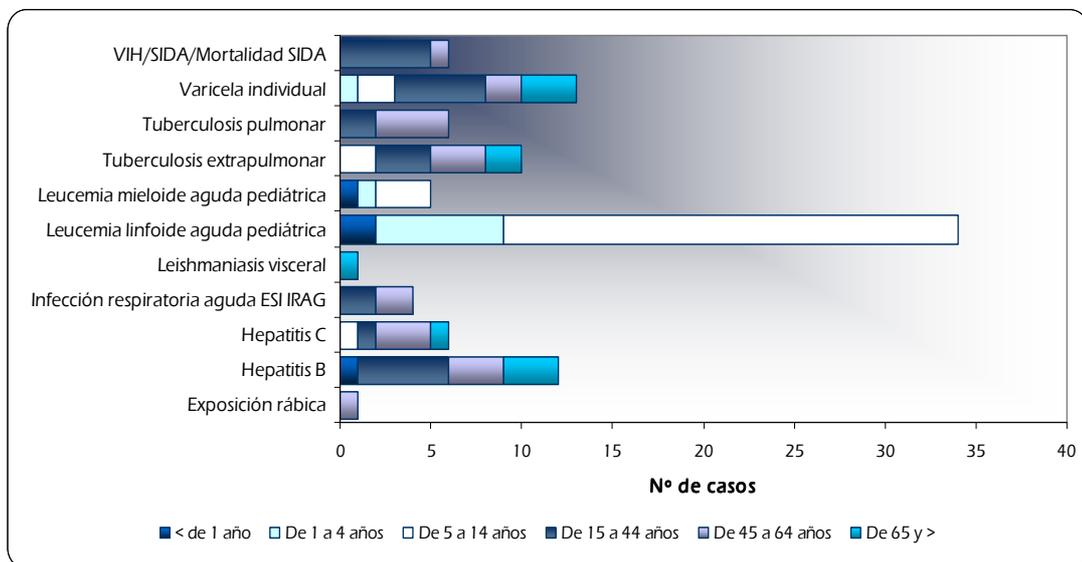
Fuente: Grupo Vigilancia Epidemiológica del Cáncer, INC, 2009



**Figura 2. Distribución de eventos de interés en salud pública, por año de notificación, INC, 2009.**  
Fuente: Grupo Vigilancia Epidemiológica del Cáncer. 2009.

En el grupo de 0 a 14 años se destacan las leucemias agudas pediátricas, mientras que para el grupo de 15 a 44 años, los eventos de

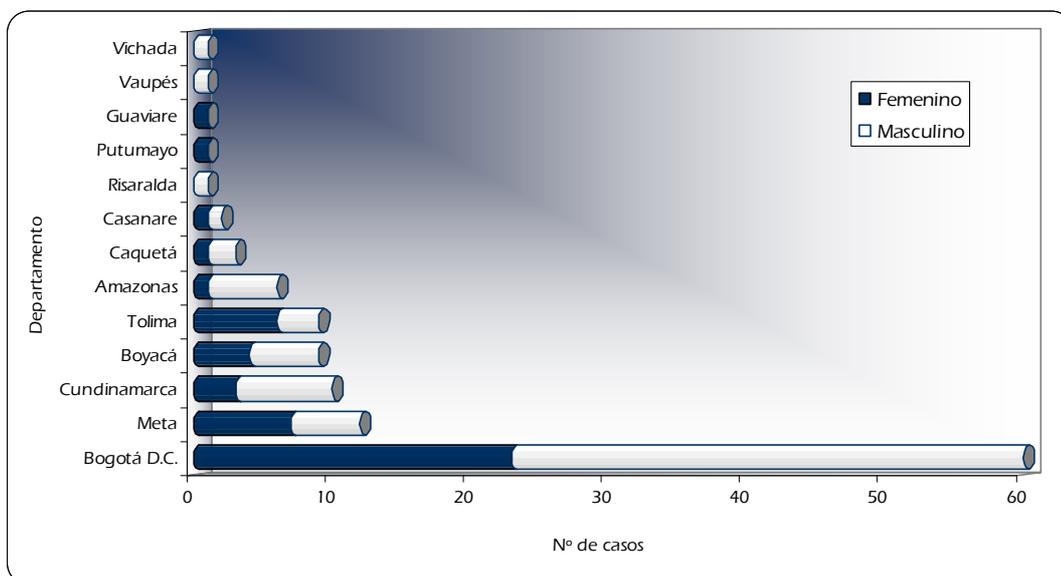
VIH/SIDA y de hepatitis B aportaron el mayor número de casos (Figura 3).



**Figura 3. Distribución de eventos de interés en salud pública notificados, por grupo de edad, INC, 2009.**  
Fuente: Grupo Vigilancia Epidemiológica del Cáncer. 2009.

El 52% de los casos procedían de Bogotá, D. C., seguido de departamentos como Meta, Cundinamarca, Boyacá y Tolima (Figura 4). El caso confirmado de leishmaniasis visceral correspondió a un paciente que procedía de Bogotá, pero con historia de residencia pasada

en un municipio del departamento de Cundinamarca. Los casos descartados de malaria vivax fueron estudiados en dos mujeres procedentes de los departamentos de Amazonas y Guaviare.



**Figura 4. Distribución de eventos de interés en salud pública, por departamento de procedencia del paciente según sexo, INC, 2009.**

Fuente: Grupo Vigilancia Epidemiológica del Cáncer, INC, 2009.

Durante el año epidemiológico 2009 se notificaron 10 defunciones atribuidas a eventos de interés en salud pública. Dada la naturaleza de la institución, la mayor frecuencia estuvo en el

evento leucemia aguda pediátrica linfóide, seguida del evento mortalidad por SIDA (Tabla 3).

**Tabla 3. Distribución de muertes de eventos de interés en salud pública notificados, según sexo, INC, 2009.**

Evento	Sexo		
	Femenino	Masculino	
Leucemia linfóide aguda pediátrica	1	3	4
Leucemia mielóide aguda pediátrica	0	1	1
Tuberculosis pulmonar	0	1	1
Varicela individual	0	1	1
VIH/SIDA/Mortalidad SIDA	1	2	3
<b>Total</b>	<b>2</b>	<b>8</b>	<b>10</b>

\* El evento de interés en salud pública constituyó la causa básica de muerte

Fuente: Grupo Vigilancia Epidemiológica del Cáncer, INC, 2009

Los resultados en función del diagnóstico oncológico de los pacientes evidenció que de 98 eventos confirmados, el 40% fueron leucemias agudas pediátricas de tipo linfóide o mielóide, y el 43% correspondió a otros tumores malignos, entre los que se destacan los linfomas no

Hodgkin, las leucemias linfoides y mieloides en adultos y los tumores malignos del cuello uterino; sólo el 17% de los casos incluyó a pacientes con enfermedades diferentes a cáncer (Tabla 4).

**Tabla 4. Distribución de eventos de interés en salud pública notificados, según diagnóstico oncológico, INC, 2009.**

CIEO - 10	Evento	Sexo		Total
		Femenino	Masculino	
C07 - Tumor maligno de la glándula parótida	Varicela individual	1	0	1
C20 - Tumor maligno del recto	Tuberculosis extrapulmonar	1	0	1
C22 - Tumor maligno del hígado y de las vías biliares	Hepatitis B	0	2	2
C38 - Tumor maligno del corazón, del mediastino y de la pleura	Infección respiratoria aguda ESI IRAG	0	1	1
C43 - Melanoma maligno de la piel	Hepatitis C	1	0	1
C44 - Otros tumores malignos de la piel	Varicela individual	0	1	1
C46 - Sarcoma de Kaposi	VIH/SIDA/Mortalidad SIDA	0	1	1
C53 - Tumor maligno del cuello del útero	Tuberculosis extrapulmonar	1	0	1
	Varicela individual	1	0	1
C61 - Tumor maligno de la próstata	Tuberculosis extrapulmonar	0	1	1
C62 - Tumor maligno del testículo	Varicela individual	0	1	1
C71 - Tumor maligno del encéfalo	Varicela individual	0	1	1
C73 - Tumor maligno de la glándula tiroides	Varicela individual	1	0	1
C77 - Tumor maligno de los ganglios linfáticos	Hepatitis B	0	1	1
C85 - Linfomas No Hodgkin	Hepatitis B	1	1	2
	Varicela individual	1	1	2
	Hepatitis C	2	1	3
	Infección respiratoria aguda ESI IRAG	0	1	1
	Tuberculosis extrapulmonar	1	0	1
	Tuberculosis pulmonar	1	1	2
C91 - Leucemia linfocítica	Hepatitis B	2	3	5
	Infección respiratoria aguda ESI IRAG	0	1	1
	Tuberculosis extrapulmonar	0	1	1
	Tuberculosis pulmonar	0	1	1
	Varicela individual	1	0	1
C92 - Leucemia mielocítica	Exposición rábica	0	1	1
	Hepatitis B	0	1	1
	Hepatitis C	0	1	1
	Infección respiratoria aguda ESI IRAG	0	1	1
	Tuberculosis extrapulmonar	0	1	1
	Varicela individual	1	1	2
<b>Total</b>		<b>16</b>	<b>26</b>	<b>42</b>

Fuente. Grupo Vigilancia Epidemiológica del Cáncer, INC, 2009

## Búsqueda Activa Institucional

Siguiendo la estrategia de Búsqueda Activa Institucional (BAI) con los Registros Individuales de Prestación de Servicios (RIPS) y los certificados de defunción, se encontraron seis eventos no notificados oportunamente; correspondieron a cuatro casos de VIH/SIDA/Mortalidad por SIDA, un caso de leishmaniasis visceral y un caso de leucemia linfocítica pediátrica.

## Notificación colectiva

Teniendo en cuenta los lineamientos para la vigilancia de eventos colectivos, durante 2009 se realizó notificación de tres eventos: 1) morbilidad por enfermedad diarreica aguda (EDA), 2)

morbilidad por infección respiratoria aguda (IRA), y 3) sospechoso por influenza tipo A H1N1. El evento H1N1 se empezó a notificar a partir del mes de junio, como parte de las estrategias nacionales para la vigilancia intensificada de la pandemia por este virus; según los lineamientos, la notificación incluye todos los casos de pacientes hospitalizados con diagnósticos CIE-10 comprendidos entre J10 y J22 (Figura 5).

El evento morbilidad por IRA presentó dos picos importantes: uno para el periodo V (abril-mayo), y otro, para el periodo X (septiembre-octubre). Dicho comportamiento coincide con las tendencias distritales para picos por enfermedad respiratoria aguda, y está relacionado con el estado del clima para estos periodos del año (Figura 5).

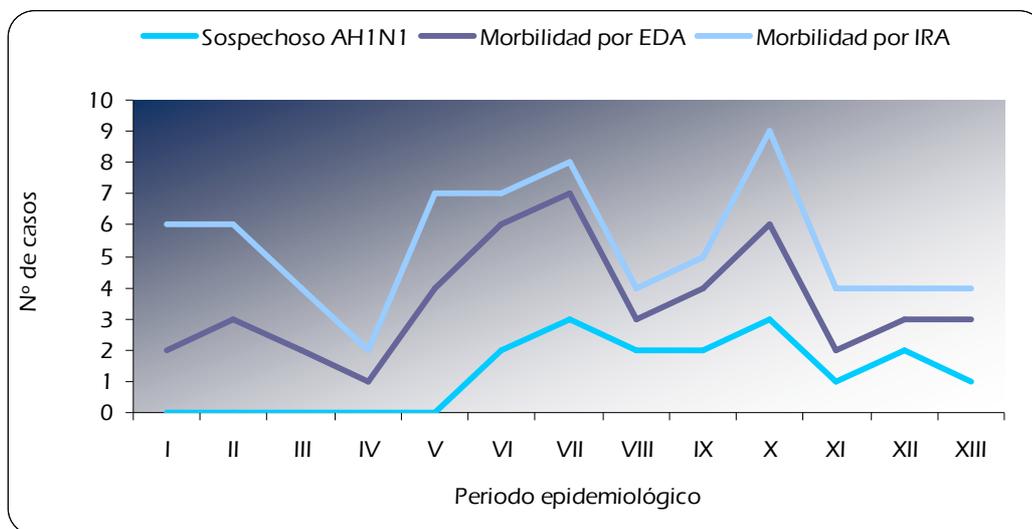


Figura 5. Distribución de eventos de notificación colectiva, por periodo epidemiológico. INC, 2009  
Fuente. Grupo Vigilancia Epidemiológica del Cáncer. 2009.

### 3. Acciones para implementar y mejorar

A partir de los hallazgos durante el primer trimestre de implementación del proceso de modernización de las estadísticas vitales en el INC, se generaron recomendaciones tendientes a fortalecer el proceso. Entre ellas, las siguientes:

- Ampliación del listado de usuarios RUAF bajo el rol médico, se determinó incluir a médicos especialistas y *fellows*.
- Capacitaciones por grupos de especialidad.
- Asesoría individual de manera permanente desde las Oficinas de Vigilancia Epidemiológica del Cáncer, y de la Subdirección de Atención Médica.
- Acompañamiento en el diligenciamiento del certificado de defunción.
- Divulgación por vía electrónica de instrucciones para el diligenciamiento de certificados de defunción.
- Inclusión del tema en el plan de inducción institucional.
- Comunicación semanal de certificados sin diligenciar, para seguimiento por la Subdirección de Atención Médica.
- Notificación por medio electrónico, de certificados con diligenciamiento pendiente al médico responsable de éste, o en algunos casos, a su coordinador respectivo.

- Restricción total para la entrega de más de un certificado de antecedentes para el registro civil por paciente fallecido.

#### Oportunidad y calidad

El registro oportuno de los hechos vitales permite el desarrollo de análisis tendientes a detectar con rapidez cambios en el comportamiento demográfico del país.

Por tal razón, los datos obtenidos en el registro de los hechos vitales deben ser seguros y oportunos; es decir, cada uno de los eventos ocurridos en la institución debe ser registrado por el personal médico-asistencial inmediateamente, o, a más tardar, durante las 24 horas posteriores a la ocurrencia del evento. Sin embargo, en algunos momentos la oportunidad en los registros se puede ver afectada por cese temporal en el funcionamiento de la página web; no obstante, se tienen definidas las siguientes acciones para mitigar el subregistro:

- Entrega de fotocopia del certificado de defunción, adjunto al certificado de

- antecedentes original; con lo anterior se espera hacer el registro de las defunciones una vez se reestablece el sistema.
- Verificación del canal de información del Instituto, comprobando capacidad y funcionamiento adecuados.
- Solicitud de asesoría y proceder al referente local para atender la situación.

La información capturada en los formularios electrónicos de los certificados de nacido vivo y de defunción tiene que ser veraz, ésta se debe verificar con los documentos de identificación del paciente, con la historia clínica o con un familiar que suministre información precisa al momento de diligenciar los certificados.

Con posterioridad al registro se debe garantizar la precritica de la información recolectada, verificando cada una de las variables contra la historia clínica del paciente o las bases de datos institucionales o nacionales por ejemplo, BDUA del Fosyga.

## Capacitación

El registro de los hechos vitales es responsabilidad de todos; por lo tanto requiere un trabajo multidisciplinario que implica control y evaluación permanente de las acciones implementadas, sólo así el proceso puede

constituirse en una herramienta para la planeación.

Es de vital importancia el conocimiento y actualización del personal asistencial sobre los lineamientos para la expedición de los certificados de nacido vivo y de defunción, y por ello, las acciones de mejoramiento ante las limitaciones identificadas en el proceso de implementación del módulo RUAF-ND debe incluir jornadas de capacitación orientadas a:

- Difundir y capacitar en la normatividad vigente para la certificación de hechos vitales
- Reconocer el proceso institucional para la certificación de hechos vitales con el respectivo flujo de información.
- Socializar la definición y categorías de las variables dentro de los formularios electrónicos.
- Realizar retroalimentación permanente al personal médico- asistencial sobre los resultados obtenidos a través del proceso de precritica de hechos vitales, especialmente en variables críticas como la cadena causal del certificado de defunción.

Los hechos vitales son un proceso dinámico y en constante cambio; por lo anterior, las actividades de capacitación deben ser continuas en el tiempo y modificables acorde a las exigencias de la normatividad y los avances tecnológicos.

## 4. Tema de interés

---

### Cáncer y VIH/Sida en pediatría

A casi 30 años de la publicación de los primeros casos de infección por el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH) en Estados Unidos, la pandemia ha seguido creciendo. Para 2007 se estimó que en el mundo vivían, aproximadamente, 33 millones de personas con el VIH, cifra que, comparativamente, puede corresponder al número de habitantes en Colombia. Los países con mayor prevalencia (15% a 28%) se encuentran en África central y del sur, mientras que los registros que se tienen del comportamiento de la epidemia en el país indican que Colombia es un país de baja prevalencia (entre el 0,5% y <1%) (5).

Según los reportes del Ministerio de la Protección Social, en 2008 el número de casos notificados de VIH/Sida entre 1983 y 2008 fue de 64.729, con una prevalencia del 0,7%. La proyección de la tendencia de la prevalencia en el país para 2015 se espera que sea del 1,2%; igualmente, que la relación hombre-mujer sea de 1(5).

Es decir, en Colombia, a pesar de que la epidemia se ha caracterizado por estar concentrada en poblaciones vulnerables, como trabajadoras y trabajadores sexuales y hombres que tienen sexo con hombres, los datos demuestran que el principal mecanismo de transmisión continúa siendo heterosexual, y la participación de la mujer en la epidemia en

nuestro país va en ascenso (5). Una repercusión muy importante del compromiso de la mujer en esta pandemia se encuentra en los niños y niñas, el rostro oculto de la epidemia. Cada día en el mundo se producen cerca de 1.800 nuevas infecciones en niños por transmisión vertical, 1.400 niños mueren de Sida y más de 6.000 jóvenes entre los 15 y los 24 años se infectan. Igualmente, a más de 25 años de la pandemia menos del 10% de las mujeres reciben atención integral para disminuir la transmisión vertical, y de los más de 15 millones de niños y niñas que han quedado huérfanos de uno de los dos padres, o de ambos, menos del 10%, reciben atención médica integral, incluidos los medicamentos antirretrovirales (6).

En Colombia, gracias a los planes estratégicos dirigidos a las poblaciones más vulnerables, se ha logrado ampliar el tamizaje para la prueba de VIH a mujeres gestantes, y entre 2003 y 2007 se confirmó el diagnóstico de VIH en el 0,2% de estas mujeres. Del total de gestantes diagnosticadas, el 79,6% han recibido tratamiento antirretroviral profiláctico. De las 1.127 gestantes con VIH se tiene información de 866 nacimientos, de los cuales 827 (95,5%) han recibido profilaxis. Además, 746 (86,1%) de los nacidos han recibido fórmula láctea para complementar las medidas de prevención de la adquisición de la infección en el posparto por vía de lactancia materna (7).

Adicionalmente a la transmisión vertical en nuestro medio, Pinzón *et al.* documentaron la transmisión de la infección por VIH de manera horizontal en niños y niñas entre los 10 y los 17 años, explotados sexualmente en Bogotá. Esta situación se agrava por el consumo de sustancias psicoactivas, embarazos, abortos e infecciones de transmisión sexual diferentes del VIH, en menores de edad, con una tasa de incidencia del VIH para la población observada (entre 10 y 17 años) de 3.137/100.000 habitantes *vs.* 10/100.000 habitantes para Bogotá en 2004 (8).

Es posible esperar que con estas cifras el número de niñas, niños y jóvenes con infección por VIH por causa de la transmisión sexual en nuestro medio aumente durante los próximos años, y también es posible que en esta población se presenten cánceres relacionados con el VIH/Sida. Por esta razón cabe preguntarse: ¿Cuál es el riesgo de cáncer en los menores de edad con sida? Biggar *et al.* encontraron cáncer en

124/4.954 (2,5%) niños con sida, donde el más común fue el grupo de los linfomas no Hodgkin; principalmente, el linfoma de Burkitt. Debido a que el índice de las neoplasias observadas *vs.* las esperadas en este estudio fue menor de 1, los riesgos relativos para los diferentes cánceres encontrados en dicho estudio se deben interpretar con precaución. Igualmente, otros cánceres, como el leiomioma, cáncer reportado muy a menudo en otros estudios de series de niños con sida, ocupó en aquel estudio el octavo lugar en frecuencia. Del mismo estudio se puede concluir que el riesgo de desarrollar cáncer en niños con Sida es del 70%, y que el 2,5% de los niños con Sida desarrollaron cáncer (9).

Como es probable que la frecuencia de Sida en nuestros niños sea mayor en un corto plazo, también es probable que la asociación entre Sida y cáncer en niños sea una realidad en nuestro medio, y que, tal como sucede con el adulto, el uso de la terapia antirretroviral altamente efectiva (TARAE) tenga impacto en la disminución de la presentación de los cánceres reconocidos como definitorios para Sida (linfomas) (10,11).

Debido a que algunos de los cánceres definitorios para Sida, tanto en la población pediátrica como en jóvenes y adultos, han demostrado una significativa disminución en su frecuencia de presentación con el uso de la TARAE, es importante tener en mente las últimas recomendaciones para el inicio de TARAE en estos grupos poblacionales (12,13), con el fin de lograr mejores resultados inmunológicos, virológicos y clínicos.

El tratamiento de la asociación entre Sida y cáncer (que son enfermedades crónicas de alto costo) tiene implícito el abordaje integral e interdisciplinario, para lograr un impacto positivo sobre la salud, el entorno familiar y, por supuesto, en la sociedad. Una tarea muy importante para realizar en nuestro medio es la de conocer cómo se comporta la epidemia en la población pediátrica, con el fin de responder según nuestras necesidades.

*The phrase "know your epidemic and response" has become extremely important in the fight against HIV and AIDS. But to better serve children, knowing your epidemic and response must be paired with "know your children" (6).*

## Bibliografía

---

1. República de Colombia. Departamento Administrativo Nacional de Estadística. Estadísticas vitales. [Internet] Bogotá. 2008 [Citado 3 noviembre 2010]. Disponible en: [http://www.dane.gov.co/index.php?option=com\\_content&task=category&sectionid=16&id=36&Itemid=148](http://www.dane.gov.co/index.php?option=com_content&task=category&sectionid=16&id=36&Itemid=148)
2. República de Colombia. Departamento Administrativo Nacional de Estadística. Metodología Estadística Vitales. [Internet] Bogotá. 2009 [Citado 3 nov 2010] Disponible en: [http://www.dane.gov.co/files/investigaciones/fichas/Estadísticas\\_vitales.pdf](http://www.dane.gov.co/files/investigaciones/fichas/Estadísticas_vitales.pdf)
3. República de Colombia. Ministerio de la Protección Social- Departamento Administrativo Nacional de Estadística.. Circular externa conjunta N° 0081 de 2008 (13 de noviembre), por la cual se establece el nuevo certificado de nacido vivo y de defunción. Bogotá. Colombia.
4. República de Colombia. Ministerio de la Protección Social. Circular 0064 de 2008, por la cual se establecen las responsabilidades en el proceso de automatización de las estadísticas vitales. Bogotá; Colombia.
5. República de Colombia. Ministerio de la Protección Social. Instituto Nacional de Salud. Manual de referencia. Observatorio Nacional de la gestión en VIH-Sida [Internet] Bogotá. 2006. [Citado 24 sep 2010] Disponible en <http://www.minproteccionsocial.gov.co/salud/Documents/INS.pdf>
6. UNICEF, ONUSIDA, UNFPA, OMS. Children and AIDS. Third stocktaking report, 2008. Unite for children; unite against AIDS [Internet] 2008. [Citado 24 sep 2010] Disponible en [http://www.unicef.org/publications/files/CATSR\\_EN\\_11202008.pdf](http://www.unicef.org/publications/files/CATSR_EN_11202008.pdf)
7. García R, Prieto F, Arenas C, et al. Reducción de la transmisión madre a hijo del VIH en Colombia: dos años de experiencia nacional, 2003-2005. *Biomédica*. 2005; 25(4):547-64.
8. Pinzón-Rondón, Ross TWW, Botero JC, Baquero-Umaña MM. Prevalencia y factores asociados a enfermedades de transmisión sexual en menores explotados sexualmente en Bogotá, Colombia. *Rev Salud Pública*. 2009; 11(3):468-79.
9. Biggar RJ, Frish M, Goedert JJ, et al. Risk of cancer in children with AIDS. *JAMA*. 2000; 284(2):205-9.
10. Biggar RJ, Chaturvedi AK, Goedert JJ, Engels EA. AIDS- related cancer and severity of immunosuppression in persons with AIDS. *JNCI J Natl Cancer Inst*. 2007; 99(12):962-72.
11. Patel P, Hanson DL, Sullivan PS, et al. Incidence of types of cancer among HIV-infected persons compared with the general populations in the United States, 1992-2003. *Ann Intern Med*. 2008; 148 (10):728-36.
12. Thompson MA, Aberg JA, Cahn P, et al. Antiretroviral treatment of adult HIV Infection. 2010 Recommendations of the International AIDS Society-USA Panel. *JAMA*. 2010; 304(3):321-33.
13. Panel on Antiretroviral therapy and Medical Management of HIV- Infected children Guidelines for the use of antiretroviral agents in pediatric HIV infection [internet.] 2010; pp. 1-219 [citado: agosto 2010]. Disponible en: <http://aidsinfo.nih.gov/ContentFiles/PediatricGuidelines.pdf-2010>.