

Contenido

Programa de Servicio de Epidemiología Aplicada
VI Encuentro de Epidemiólogos de Campo 13 de agosto de 2001
Trabajos presentados, resúmenes (continuación)

- Impacto de la vacunación contra hepatitis B (HB) sobre la infección y el estado de portador en poblaciones endémicas del departamento del Amazonas en Colombia 237
- Efectividad de la vacuna para *Haemofilus influenza*, tipo b, (Hib) en neumonías bacterianas en Colombia 238
- Estudio seroepidemiológico de enfermedad febril en el municipio de La Tebaida, Quindío, mayo del 2000 239
- La eliminación de la sífilis congénita en Colombia una paradoja social 240
- Sistema Alerta Acción: semanas 31 y 32 (del 29 de julio al 11 de agosto) 249

**Programa de Servicio de Epidemiología Aplicada
VI Encuentro de Epidemiólogos de Campo
13 de agosto de 2001**

Trabajos presentados, resúmenes (continuación)

Impacto de la vacunación contra hepatitis B (HB) sobre la infección y el estado de portador en poblaciones endémicas del departamento del Amazonas, Colombia

F. de la Hoz, Instituto Nacional de Salud, London School of Hygiene and Tropical Medicine; M. de Neira, Instituto Nacional de Salud; L. Pérez, M. Suárez, Secretaría de Salud del Amazonas; Hall A, London School of Hygiene and Tropical Medicine

Introducción

El departamento del Amazonas reportaba prevalencias de infección por HB de hasta 80% antes de la introducción de la vacuna. Desde 1992, el Ministerio de Salud introdujo la vacuna recombinante cubana para controlar la enfermedad. Para evaluar el impacto que esta medida ha tenido, se realizó un estudio seroepidemiológico transversal en niños menores de 11 años en 1999.

Materiales y métodos

Se seleccionaron las localidades de Leticia, Puerto Nariño y Araracuara, urbana y rural. Los participantes (niños menores de 11 años) se escogieron por muestreo bietápico por conglomerados. Se aplicó una encuesta a las madres que recogía el estado vacunal,

comprobado por carné, y algunos factores de riesgo. Se tomaron muestras de sangre a las personas que aceptaron (niños y madres) las cuales se procesaron para antígeno de superficie (HBsAg) y anticuerpo contra el antígeno core (AntiHBc). Se comparó la prevalencia encontrada con estudios anteriores a la vacunación con estratificación por edad y región y se calculó el porcentaje de reducción en infección y el estado de portador. La asociación entre factores de riesgo e infección se midió usando las razones de ventaja (OR).

Resultados

Se obtuvieron muestras de 2.137 niños y 816 madres. La prevalencia de infección en niños fue de 6% mientras que la de portadores fue 2%. La reducción de la infección ha sido de 72% (59-78%) mientras que, en el estado de portador, ha sido de 71% (35-84%). La prevalencia de infección en madres fue de 35% y de 5% para las portadoras. Los factores asociados con la infección en niños fueron: vivir en área rural (OR=3,7, IC 95%: 2,6-5,8), ser de etnia huitoto (OR=4,8, IC 95%: 3,4-7,9), madre infectada (OR=2,01, IC 95%: 1,4-3,6) y el tiempo transcurrido entre el nacimiento y la primera dosis de hepatitis B (OR=1,19, IC 95%: 0,97-1,4).

Discusión

La vacuna HB ha producido una reducción significativa en la incidencia de infecciones y de portadores de HBsAg. Hay aspectos que necesitan mejorarse tales como acortar el intervalo entre el nacimiento y la primera dosis de HB, especialmente en las zonas rurales.

Efectividad de la vacuna para *Haemophilus influenzae*, tipo b, (Hib) en neumonías bacterianas en Colombia

A. B. Higuera, Instituto Nacional de Salud, Organización Panamericana de la Salud; F. de la Hoz, Instituto Nacional de Salud; D. Pastor, G. Guisays, Organización Panamericana de la Salud; M. Luna, A. Gómez, Clínica del Niño; M. Valencia, M. Arango, Hospital San Vicente de Paúl; L. Jaramillo, Hospital del Concejo; C. Sarmiento, Hospital Simón Bolívar.

Introducción

La vacuna Hib fue introducida en Colombia en 1998 y, al poco tiempo, el país comprobó que las meningitis habían disminuido un 50 a un 70%. Dadas las dificultades para el diagnóstico, no teníamos un estimado de su impacto en las neumonías que son la presentación más frecuente de Hib; por esta razón, decidimos realizar un estudio de casos y controles para medir el impacto de esta intervención.

Materiales y métodos

Se seleccionaron dos hospitales en Bogotá y dos en Medellín para captar los casos. Estos se eligieron entre niños de 2 a 24 meses de edad que consultaran por un cuadro de neumonía bacteriana y que fueron confirmados usando el criterio radiológico de Khamapirad (condensados alveolares). En cada ciudad había un radiólogo que confirmaba los casos. Se aparearon dos controles fueron con cada caso por edad, sexo, vecindad y estrato socioeconómico que se seleccionaron entre los niños sanos que consultaban a los mismos centros de salud donde el caso había recibido atención previa. Se definió como 'adecuadamente vacunado' el haber recibido las dosis necesarias para la edad y esto se corroboraba con los registros escritos. Se recolectaron otras variables como enfermedad de base, lactancia materna, etc. Se calcularon las razones de ventaja (OR) y la efectividad de la vacuna se calculó como (1-OR).

Resultados

Se estudiaron 389 casos y 774 controles. La cobertura de vacunación adecuada fue de 45% en los controles y de 30% en los casos. La eficacia protectora de 3 dosis de Hib después de controlar los otros factores potenciales fue de 56% (IC 95%: 6-80%, p=0,04), mientras que 1

o 2 dosis mostraban una efectividad de 45% (IC 95%: 1-74%, $p=0,05$). Otros factores asociados con neumonía bacteriana fueron el asistir al hogar comunitario (OR=9,8, IC 95%: 5,2-18,3), tener una enfermedad de base (OR=9,4; IC 95%: 3,3-26,3) y haber sido hospitalizado por enfermedad respiratoria anteriormente (OR=11,0; IC 95%: 6,0-20,0).

Conclusiones

El potencial de la vacuna Hib para prevenir un buen número de neumonías severas, ha sido demostrado en este estudio. Ello debería estimular a los servicios de vacunación para aumentar las coberturas ya que es de las pocas intervenciones preventivas contra la IRA.

Estudio seroepidemiológico de enfermedad febril en el municipio de La Tebaida, Quindío, mayo del 2000

Jacqueline Acosta, Instituto Nacional de Salud; Gloria Patricia Londoño, Laboratorio Departamental de Salud Pública (LDSP) del Quindío; Jaime Hernando Castañeda, Instituto Seccional de Salud del Quindío, ISSQ; Luz Elena Henao, LDSP; Inés Elena Jiménez, ISSQ; equipo de trabajo de campo, profesionales de la Subdirección de Promoción y Prevención, ISSQ; profesionales del municipio de La Tebaida y Hospital Pío X; profesionales de los municipios de Quimbaya, Calarcá y Montenegro; profesionales del Laboratorio Departamental de Salud Pública.

La información del SIVIGILA del Instituto Seccional de Salud de Quindío (ISSQ) recopilada entre 1999 y 19 semanas epidemiológicas del 2000 muestran que, a partir de la semana 14, se inició un incremento en el número de casos de dengue clásico (DC), con irregularidad en la relación del número de casos de DC/dengue hemorrágico (DH), a expensas de la información del municipio de La Tebaida. Los índices entomológicos del municipio de La Tebaida de 1999, clasificaron este municipio en alto riesgo. Por todo lo anterior, se realizaron unidades de análisis y COVE para dar respuesta a la emergencia detectada, con lo cual se logró establecer la necesidad de caracterizar adecuadamente si existe la presencia de un brote de dengue en La Tebaida.

Objetivos

1. Estudiar la presencia de un brote de enfermedad febril en el municipio de La Tebaida.
2. Identificar los comportamientos, actitudes y prácticas de los habitantes del municipio de La Tebaida que favorecen la presencia de dengue para intervenirlos.
3. Identificar las zonas de alto riesgo de transmisión de dengue mediante el estudio entomológico para proponer acciones selectivas de control en cada barrio o asentamiento.

Metodología

Se utilizaron las definiciones de caso para dengue e IRA del protocolo de vigilancia en salud pública del Ministerio de Salud e interpretación epidemiológica de los índices de infestación para *Aedes aegypti*. Se realizó un muestreo por conglomerado. En las viviendas donde se presentó un caso febril en los últimos 15 días, se aplicó una encuesta sobre signos y síntomas y se tomó una muestra de sangre para realizar serología IgM para dengue en el laboratorio departamental en todo caso febril de 72 horas o menos de evolución para tipificación viral y un frotis de garganta para estudio de influenza, virus sincitial respiratorio, adenovirus y parainfluenza por IFI en el Laboratorio de Virología del Instituto Nacional de Salud. Paralelamente, se realizó el levantamiento de los índices de infestación larvaria de depósitos y de Breteau y se encuestaron los promotores de salud del área.

Resultados

El 24 de mayo de 2000 se encuestaron 212 personas en las viviendas seleccionadas de los 15 conglomerados de la zona urbana del municipio de La Tebaida. Se identificaron 85 (40%) personas con sintomatología febril en los últimos 15 días (IC 95%: 33,4 - 47). El promedio fue de 6 casos febriles/día.

La seroprevalencia para dengue fue de 5,7%. La incidencia de IRA fue de 15,6%. Los resultados de laboratorio de aislamiento viral mostraron dos casos positivos para virus sincitial respiratorio, dos casos positivos de influenza A y dos positivos para dengue serotipo 2.

La comunidad en general sabe como se transmite la enfermedad (94,3%); además, entre el 40 y el 50% de las personas conocen las formas de prevención (reordenamiento del medio y acciones de prevención intradomiciliarias). Este porcentaje se correlaciona con el 30-40% de personas que practican los conocimientos de prevención; llama la atención que la fumigación sola es muy poco frecuente (27%) en comparación con otros estudios. Sin embargo, este hallazgo es similar al porcentaje de promotores que recomienda esta actividad como la principal medida de prevención.

Existe una baja proporción de personas que conocen las manifestaciones clínicas del dengue y es congruente con la baja proporción de promotores de salud que reconocen clínicamente la enfermedad. Los índices aéricos mostraron que el 65% de los barrios y el 20% de los asentamientos presentan alto riesgo de transmisión del virus dengue. Otro hallazgo importante es la presencia de *Psorophora ferox*, vector implicado en la transmisión del virus de la encefalitis equina.

Con la información obtenida, se plantearon intervenciones selectivas para el control de los riesgos de enfermedad vectorial y de educación, información y capacitación al personal de salud y la comunidad, así como en los procesos de vigilancia.

La eliminación de la sífilis congénita en Colombia: una paradoja social

David A. Rodríguez, Universidad de la Sabana; Jacqueline Acosta, Programa Sida, Instituto Nacional de Salud

En la XXIV Conferencia Sanitaria Panamericana (1994), Colombia dio su voto aprobatorio a la propuesta de disminuir la tasa de incidencia de sífilis congénita a 0,5 casos por 1.000 nacidos vivos antes del año 2000, por medio de medidas graduales tendientes a realizar el diagnóstico temprano y proporcionar el tratamiento adecuado a las mujeres en estado de embarazo que presentaran la infección. Así, se inició el plan de eliminación de sífilis congénita a partir de 1996, apoyado en la vigilancia del tamizaje con VDRL/RPR en todas las gestantes que asistieran al control prenatal entre el primero y el tercer trimestre del embarazo y en el momento del parto.

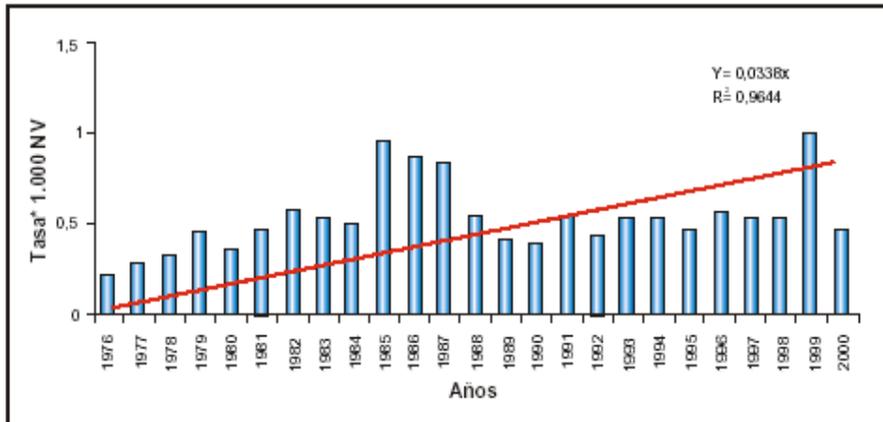
Debido al traslado de funciones que el Ministerio de Salud realizó al Instituto Nacional de Salud de las acciones de prevención, vigilancia y control de las enfermedades de interés en salud pública, el programa de ETS/VIH/SIDA/Sífilis congénita del INS analizó la situación del plan de eliminación, buscando identificar las fortalezas y debilidades del plan, con el fin de lograr el objetivo de alcanzar la meta de eliminación de la sífilis congénita de 0,5 casos por 1.000 nacidos vivos en el 2003.

La notificación de casos de sífilis congénita en Colombia se realiza mediante 2 fuentes de información. Por un lado, se informan casos probables a través de la notificación semanal al SIVIGILA y, por otro, se notifican al plan de eliminación los casos que han sido confirmados por el laboratorio, mediante ficha epidemiológica. Con esta última fuente sería posible realizar el análisis del comportamiento de la enfermedad y sus riesgos durante la gestación, bien sea por la detección de bajas coberturas de acceso al control prenatal o por deficiencias en su calidad; también suministraría información sobre la distribución de los casos y permitiría determinar el costo/efectividad del plan en el país. Sin embargo, en los 2 últimos años el

porcentaje de subnotificación es tan alto que no es posible hacer un análisis de la situación con lo que se ha logrado capturar por esta fuente de información.

Por lo anterior, el análisis de la incidencia presentada en este informe se basó en la información capturada a través del SIVIGILA en los últimos 5 años, en donde se observa que la incidencia de la sífilis congénita en el territorio nacional tiene una tendencia lineal en ascenso (figura 1).

Figura 1. Tendencia de sífilis congénita, Colombia, 1976-2000.



Fuente: IQEN -1998-SIVIGILA 2000

En 1999 se reportaron por SIVIGILA 952 casos probables de sífilis congénita, con una tasa de incidencia de 0,98/1.000 nacidos vivos (NV), la cifra más alta de los últimos 25 años. Se encontró que el 65% de los departamentos presenta una tasa de incidencia por encima de la mediana de la tasa en el país (0,49/1.000 NV) (tabla 1).

Según la información capturada por el Plan de Eliminación de Sífilis Congénita, el número de casos ocurridos para el mismo año es 39,6 veces menor (24 casos), con una tasa de 0,02/1.000 NV. Estos datos plantean muchos interrogantes si se comparan con el resultado obtenido a través del SIVIGILA, donde se esperaría una diferencia no tan marcada, lo cual sugiere que el sistema de vigilancia activa del plan no es operativo en la actualidad.

En lo corrido del 2001 hasta la semana epidemiológica 29, se han reportado 20 casos en el país, por el plan de eliminación de sífilis congénita y 550 por el SIVIGILA. Se mantiene la diferencia en los reportes de ambas fuentes. Teniendo en cuenta que un sistema de vigilancia debería tener como mínimo un 80% de notificación, ningún departamento cumplió en los últimos 5 años con lo esperado (tabla 2). Cabe resaltar que para el 2000, solamente el departamento de Santander, seguido de Caquetá y Putumayo, tuvieron porcentajes de notificación entre el 30% y el 62%.

Además del subregistro de casos en el plan de eliminación, existe un alto porcentaje de datos no diligenciados en las fichas, lo que reafirma la debilidad del sistema de vigilancia epidemiológica del plan de eliminación.

Teniendo en cuenta las limitaciones anteriores, nos parece relevante detenernos brevemente en el análisis de la mortalidad por sífilis congénita y su impacto en el desarrollo social, con el fin de sensibilizar a todos los actores del sistema de salud en los beneficios de la puesta en marcha del plan de eliminación. La fuente de datos utilizada es el último reporte de mortalidad del DANE, 1998.

Tabla 1. Incidencia de sífilis congénita en Colombia, 2000.

Departamento	Casos	Población	Tasa/1.000 NV
Guanía	3	1.267	2,37
Vichada	7	3.023	2,32
Santander	96	46.060	2,04
Quindío	22	11.182	1,97
Valle	169	86.833	1,95
Caldas	40	22.832	1,75
Arauca	10	6.905	1,45
Bogotá	189	133.691	1,41
Cesar	34	26.056	1,30
Risaralda	25	19.455	1,29
Tercer cuartil			
Meta	23	18.144	1,27
Cauca	39	32.130	1,21
Vaupés	1	944	1,06
Caquetá	13	13.076	0,99
Boyacá	26	32.385	0,80
Putumayo	8	10.552	0,76
Nariño	29	40.449	0,79
San Andrés	1	1.592	0,63
Antioquia	72	119.857	0,60
Chocó	6	10.656	0,56
Tolima	15	27.176	0,55
Mediana			
Cundinamarca	19	41.970	0,45
Amazonas	1	2.361	0,42
Córdoba	13	31.194	0,42
La Guajira	5	12.632	0,40
Primer cuartil			
Bolívar	19	51.053	0,37
Magdalena	11	32.515	0,34
Casanare	2	7.900	0,25
Norte de Santander	3	35.064	0,09
Atlántico	4	49.122	0,08
Sucre		20.127	0,00
Guaviare		3.426	0,00
Total	952	974.657	0,98

Fuente: Minsalud - SIVIGILA, 2000

Tabla 2. Porcentaje de notificación del Plan de Eliminación de Sífilis Congénita, Colombia, 1996-2001.

Año	No. de casos informados al plan	No. de casos informados al SIVIGILA	% de notificación del plan	% subnotificación del Plan
1996	209	180	116,1	-16,1
1997	358	615	58,2	41,8
1998	139	650	21,4	78,6
1999	83	748	11,1	88,9
2000	24	952	2,5	97,5
2001	20	464	4,3	95,7

En 1998, se registraron por la causa básica de defunción A-50 (Clasificación CIE-10), 29 muertes por sífilis congénita en menores de 1 año, equivalentes al 0,01% del total de muertes ocurridas en el país en 1998, de las cuales, el 62,1% eran niños y 37% niñas. La tasa de mortalidad para sífilis congénita en menores de 1 año fue de 0,02/1000 nacidos vivos.

Con relación a la distribución de los casos por departamentos, se encontró que el 62% de los casos están concentrados en la región occidental, seguidos de la región atlántica con 17,2% de los casos (tabla 3).

Tabla 3. Distribución de mortalidad por sífilis congénita por departamento, Colombia 1998.

Departamento	No. de casos	%
Valle	9	31,0
Antioquia	4	13,8
Bogotá	3	10,3
Cauca	3	10,3
Córdoba	1	3,4
Bolívar	2	6,9
Atlántico	2	6,9
Caquetá	1	3,4
Casanare	1	3,4
Risaralda	2	6,9
Sin datos	1	3,4
Total	29	100

Fuente: DANE, 1998

Del total de casos, el 17,2% ocurrió en el primer mes de vida; 44,9% entre el segundo y sexto mes, y el 26,7% entre el séptimo y doceavo mes de vida. El área de residencia de definición fue la cabecera municipal en el 89,7 y 96,6 y 3,4% ocurrió en el área rural dispersa.

La edad materna se encontró en el 24,1% entre 16 y 19 años; 27,4% entre los 20 y los 29 años y 13,6% en las mayores de 30 años; en el 34,5% no se conoció la edad.

El 93,1% de los casos murió en una institución de salud, el 3,4% en la casa o domicilio y en el 3,4% no se tuvo información. En el 41,4% de los casos se identificó el régimen de seguridad social al cual pertenecían, con 40% (3/12) afiliados al régimen subsidiado y 60% (9/12) sin vinculación al sistema.

Por parto espontáneo, se atendieron 17 casos; de éstos, el 94,1% fue atendido en una institución de salud y 3 casos fallecieron en el primer mes; 7 entre el segundo y el sexto mes, y 7 entre el séptimo y el duodécimo mes de vida. Siete casos nacieron por cesárea, de los cuales, 2 murieron en el primer mes de vida, 3 casos entre el segundo y el sexto mes y 2 casos entre el séptimo y el duodécimo mes de vida.

La mortalidad posterior al primer mes de vida sugiere grandes debilidades en los procesos de atención en los servicios de salud toda vez que está contemplada la realización de pruebas a la madre en el momento del parto y el suministro del tratamiento que está garantizado en el país para toda la población de mujeres, independiente de estar o no vinculada al sistema de seguridad social en salud, debido a que es un plan de eliminación y existe el compromiso nacional e internacional del Ministerio de Salud y de los diferentes entes territoriales en alcanzar la meta propuesta.

Esta hipótesis se reafirma en la medida en que se analizan las causas relacionadas con la causa básica de muerte. La sífilis congénita como causa directa de muerte en los 29 casos antes del primer mes de vida, podría explicar hasta 3/14 (21%) casos, mientras que los otros casos que ocurrieron después del primer mes, se hubieran podido evitar en la medida en que se hubieran diagnosticado y tratado oportunamente tal y como está contemplado en el protocolo del plan de eliminación. Otro agravante adicional relacionado con la atención es la asociación del 55,2% de los recién nacidos con bajo peso al nacer, lo que hace suponer que la enfermedad en la madre ocurrió antes de la primeras 34 semanas del embarazo. Este hallazgo por sí solo es un motivo de búsqueda y manejo por parte de los médicos de las posibles causas maternas que expliquen el bajo peso al nacer (tabla 4).

Tabla 4. Patologías asociadas con la causa de muerte por sífilis.

Patología	No. de casos	%
Sífilis congénita temprana	14	48,3
Insuficiencia respiratoria	7	24,1
Alteraciones cardíacas	3	10,3
Sepsis	4	13,8
Hipoxia intrauterina	1	3,4
Total	29	100,0

Fuente: DANE 1998

Está documentada en la literatura mundial la asociación que existe entre el bajo peso al nacer y la presencia de sífilis gestacional, y el riesgo del bajo peso con la presencia de enfermedades infecciosas en los recién nacidos. Por esta razón, queda el interrogante de la calidad de la atención en los programas de control y desarrollo de los recién nacidos, dada la alta mortalidad por sepsis bacteriana e infecciones respiratorias en el 37,9% de los casos analizados.

La intención más importante con esta rápida revisión de la mortalidad es mostrar cómo el país ha descuidado en todos los frentes el compromiso social de eliminación de la sífilis congénita, lo cual es evidente al observar el impacto negativo que el programa muestra con la presencia de un incremento en la morbilidad y pérdida del desarrollo social en las familias y la sociedad, aumentando el costo de la carga de la enfermedad y los AVPP tanto por discapacidad como por muerte.

Tabla 5. Comparación del Impacto del Plan de Eliminación de Sífilis Congénita, 1996-2000.

Plan de eliminación	1996-1997*	1999-2000	Impacto en casos/muertes
Nuevos casos ocurridos	615	952	-337
Muertes	21	29	-8
Años de vida perdidos por muerte**	1.462	2.018	-556

*Primer año de implementación del plan

** Esperanza de vida=70,6 años

Cabe resaltar, que la intervención del plan de eliminación de sífilis congénita en el primer año de su desarrollo, mostró ser altamente costo/efectiva como se puede apreciar en la siguiente (tabla 6).

Tabla 6. Costo/efectividad del plan de eliminación, 1996-1997.

Ahorro en pesos por caso evitado	\$4'311.803
Costo/utilidad del plan de eliminación, 1996-1997	
Escenario bajo: ahorro en pesos por AVISA evitado	\$808'463.103
Escenario alto: ahorro en pesos por AVISA evitado	\$124'378.739

Fuente: Acosta J, Cáceres DC, Velandia MP. Estudio de evaluación del Plan de Eliminación de sífilis congénita, Colombia 1997. Bogotá: Universidad del Rosario/Minsalud; 1998.

La presencia de casos de sífilis congénita en Colombia y en el mundo es un reflejo de la calidad de la atención prenatal en los servicios de salud. En este sentido, las tasas de incidencia y mortalidad en sífilis congénita que se presentan en este informe dejan un gran interrogante sobre la cobertura de la atención prenatal y la mala calidad en la atención de las gestantes y del recién nacido.

La sífilis congénita es una enfermedad evitable altamente costo/efectiva, mediante el tamizaje (VDRL/RPR) y el tratamiento realizado a todas las gestantes en la consulta prenatal. Por tanto, no existe justificación alguna para que en el país no se esté practicando la estrategia

de diagnóstico y tratamiento precoz contemplada en la norma técnica de *Atención de complicaciones en el embarazo* de la Resolución 412 del 2000 y en las recomendaciones establecidas en el protocolo de eliminación de sífilis congénita difundido y adoptado en todas las direcciones seccionales de salud del país en los años 1996-1997, el cual determina que se debe solicitar el VDRL en el primer trimestre de embarazo a todas las gestantes y en los casos en que existan factores de riesgo repetirlo al tercer trimestre, siempre al terminar la gestación y, si el parto no fue institucional, en la primera consulta del puerperio.

La sífilis congénita en el ámbito mundial ha tenido una relación estrecha con la pobreza y la marginalidad de la población que la padece. Colombia no es la excepción ya que el 60% de la mortalidad registrada corespone a población "vinculada", es decir, aquellas mujeres que no tienen seguridad social en salud, coincidente con los bajos porcentajes de parto institucional encontrados en el país en mujeres pertenecientes al régimen subsidiado y la población "vinculada" (83,5 y 85,7%, respectivamente) según el estudio ENSAB III.

La atención del parto institucional en Colombia ha aumentado (ENSAB III); el promedio anual de atención es de 88,8% (IC 95%=85,2-93,2), muy probablemente debido a que éste se encuentra dentro del Plan Obligatorio de Salud (POS). De otro lado, según la Encuesta Nacional de Demografía y Salud de Profamilia 2000 (ENDS) el 87% de los nacimientos en los últimos 5 años tuvo control prenatal por médico, 4% por una enfermera y sólo el 9% no tuvo control prenatal.

Además, el 50% de las maternas consultaron en el primer trimestre con un promedio de 6 consultas de control prenatal por gestante. El 83% de los partos atendidos fueron por médico, 4% por enfermera, 9% por comadrona y 4% por un familiar; todos estos datos indican que el problema no es de cobertura del control prenatal o de la atención del parto, sino más bien un descuido médico, específicamente del diagnóstico y tratamiento de la sífilis gestacional.

Teniendo en cuenta que en el país la mortalidad infantil disminuye de 44/1.000 a 15/1.000 si la madre ha tenido control prenatal y atención del parto por parte del cuerpo médico, es posible que esta reducción se pueda atribuir a evitar la presencia de sepsis bacteriana o sufrimiento fetal por partos distócicos que a problemas como la sífilis congénita, la hepatitis B o la toxoplasmosis, entre otros. Lo anterior sugiere la hipótesis que "el mayor problema no radica en la cobertura de acceso al control prenatal y atención del parto, sino en la calidad de la atención tanto del control prenatal como del parto institucional", lo cual es aún el principal interrogante que podría explicar el incremento de los casos de sífilis congénita y el mantenimiento de las cifras de mortalidad infantil por sífilis congénita en Colombia.

El mayor porcentaje de mortalidad por sífilis congénita se presentó en la cabecera municipal (96,6%), lo que contrasta con las diferencias entre los porcentajes de atención de parto institucional entre el área urbana y la rural (94 y 84%, respectivamente) encontrados en la encuesta del ENSAB III. Este hallazgo está a favor de la hipótesis anterior, dado que la población que habita en el área urbana, a pesar de tener mayor acceso a los servicios de salud en cuidados materno-infantil, es donde se presenta la mayor mortalidad por sífilis congénita en neonatos y, aún más preocupante, en lactantes menores.

Otro problema subyacente en las cifras registradas de casos de sífilis congénita, es la frecuencia de las enfermedades de transmisión sexual (ETS) en la población adolescente, reflejado en el número de casos de sífilis entre la población menor de 19 años con un 24,1% de casos. Este hecho indica que los adolescentes no están asumiendo el riesgo de adquirir una ETS como se evidencia en el informe de ONUSIDA 1999, donde el promedio de edad de la primera relación sexual con penetración - en Colombia - se registró en el grupo de edad entre los 15 y 19 años, de los cuales sólo el 18% usó condón.

Existe una relación establecida entre ETS ulcerativas y VIH. El estudio longitudinal de ETS de poblaciones escogidas de Colombia, 1990-1999, realizado por el INS en el 2000, mostró que la prevalencia de sífilis en mujeres que acuden a CPN es de 7,7%; el V Estudio de

Vigilancia Centinela de 1999, mostró que el riesgo de tener VIH cuando se padece una ETS puede llegar a ser de 11,5 y la prevalencia de VIH en gestantes oscila entre 0,03 y 1,7% lo cual está a favor de que la población femenina tenga mayor riesgo de adquirir una enfermedad de transmisión sexual.

El incremento en la razón hombre/mujer para VIH en las últimas décadas y la presencia de sífilis y otras ETS en la población femenina son causa de alta morbimortalidad perinatal, especialmente cuando las afectadas son mujeres de 12 a 24 años, dado que existe mayor riesgo de infectarse (RR=2,03) por VIH (9). El ENSAB III muestra que por cada 200 casos de cardiopatía congénita que se presentan en Colombia, 1,4 casos se deben a la sífilis congénita, para sólo mencionar una de las múltiples complicaciones que se presentan como neurosífilis, osteocondritis, glomerulonefritis, falla hepática, neumonía, hemorragia pulmonar y artropatía recurrente, entre otros.

En conclusión, la mortalidad por sífilis congénita podría estar fuertemente relacionada con factores como el acceso a servicios de salud con deficiente calidad en la atención, población femenina menor de 19 años con baja percepción de riesgo que podría estar en relación con la escolaridad y el nivel socioeconómico como se evidencia en el Estudio de Evaluación del Abordaje Sindrómico de las ETS, Colombia 2000, el bajo uso del preservativo y otros factores culturales, étnicos y políticos.

Las tasas de incidencia que se muestran en este artículo utilizan como fuente de datos la información del SIVIGILA, la cual tiene una alta sensibilidad y un alto porcentaje de falsos positivos, que podrían sobredimensionar la situación de sífilis congénita que se está presentando en Colombia. De esta manera, el informe pretende acercarse a la realidad del país y que sirva de alarma para lograr disminuir las tasas de incidencia de sífilis congénita con el mejoramiento de la calidad del control prenatal y parto institucional en los servicios de salud y proponer intervenciones preventivas de alto riesgo para la población que intenten modificar los comportamientos para las ETS en la población colombiana con el fin de impactar las tasas de incidencia de VIH y ETS.

Por todo lo anterior, el INS plantea un profundo proceso de reflexión y acción a todos los actores del sistema de seguridad social y a la comunidad, para reactivar las estrategias contempladas en el plan de eliminación que van desde la promoción, la prevención, la vigilancia y el control de la infección y sus impactos en el desarrollo del país.

Es por ello que planteamos de manera concisa las siguientes recomendaciones:

1. Revisar y aplicar en todos los lugares del país, el protocolo de vigilancia en salud pública para sífilis congénita, difundido por el Ministerio de Salud, con el fin de configurar e intervenir de forma estandarizada la presencia de casos.
2. Los departamentos deberán mejorar los porcentajes de notificación de los casos de sífilis congénita en el plan de eliminación por encima del 80%.
3. Continuar con la información del SIVIGILA y utilizarla para el control de la notificación y el estudio de los casos desde el plan de eliminación.
4. Informar al plan de eliminación de sífilis congénita del INS, todas las fichas epidemiológicas de casos confirmados e informe del número de casos descartados por semanas epidemiológicas que fueron informadas a través del SIVIGILA.
5. Realizar reuniones con las EPS/ARS para volver a recordar la importancia del diagnóstico y tratamiento de la gestante de acuerdo con las normas técnicas de la Resolución 412 de 2000, así como la obligatoriedad de la notificación de los casos detectados. Con las ESE que atienden población vinculada, se deberá suministrar copia del plan de eliminación para garantizar las acciones de detección y tratamiento.
6. Las seccionales deberán administrar y suministrar adecuadamente los reactivos y los medicamentos del plan de eliminación a las instituciones de salud que atienden mujeres gestantes sin vinculación al sistema general de seguridad social y para cumplir con la

meta propuesta de disminuir la tasa de incidencia por debajo de 0,5/1.000 NV.

7. Integrar la vigilancia de las acciones de promoción, prevención y detección temprana de la Resolución 412, en el Plan de Eliminación de Sífilis Congénita de cada departamento buscando garantizar una mejor calidad de atención en el control prenatal para el logro en la reducción de los casos.
8. Las Secretarías de Salud deberán realizar los estudios necesarios ante la presencia de muerte perinatal o materna relacionada con sífilis congénita y tomar las medidas correctivas exigidas por la ley.
9. Todos los departamentos deberán enviar copia de las bases de datos o fichas de los casos confirmados de sífilis congénita de los 3 últimos años, con el fin de realizar un diagnóstico actual de lo que está sucediendo con la enfermedad y qué tipo de intervenciones deben realizarse en cada territorio.
10. Formular intervenciones preventivas de alto riesgo con base comunitaria para mujeres en edad fértil.

Referencias

1. **Acosta J, Cáceres DC, Velandia MP.** Evaluación de la tendencia de sífilis congénita en Colombia, 1976-1997: antecedentes. *Inf Quinc Epidemiol Nac* 1998;3:211-7.
2. **Acosta J, Cáceres DC, Velandia MP.** Informe sobre el análisis de la ficha de notificación del Plan de Eliminación de Sífilis Congénita, agosto de 1996 a diciembre de 1997. *Inf Quinc Epidemiol Nac* 1998;3:255-9.
3. **Acosta J, Cáceres DC, Velandia MP.** Evaluación del Plan de Eliminación de Sífilis Congénita, Colombia, 1997. Bogotá: Universidad del Rosario/Ministerio de Salud/INS; 1998. p.1-58.
4. **Acosta J, Agudelo CI, Vargas JC, et al.** Estudio de evaluación del abordaje sindrómico de las ETS, Colombia, 2000. MINISTERIO DE SALUD/INS. Informe preliminar sin publicar
5. **Stoll BJ.** Sífilis congénita: evaluación y tratamiento de los neonatos de madres con serología positiva para sífilis. *Pediatr Infect Dis J* 1995;3:33-9.
6. **Ministerio de Salud-INS.** Base de datos de enfermedades de notificación obligatoria, SIVIGILA.2000.
7. Base de datos de mortalidad, DANE 1998.
8. Base de datos del Plan de Eliminación de Sífilis Congénita, Ministerio de Salud, INS, 2000.
9. **Beltrán M, Acosta J, Rojas M, Velandia M.** Estudio centinela nacional de vigilancia de infección por VIH-1, Colombia 1999. *Inf Quinc Epidemiol Nac* 2000;5:374-9.
10. **Ministerio de Salud-FENAP.** Guía de atención de la sífilis congénita. Normas técnicas y guías de atención integral. Primera edición. Bogotá: Ministerio de Salud-Fenap; 1996. p.12,2-12,6.
11. **Ministerio de Salud.** Estudio nacional de salud bucal, ENSAB III. II. Estudio nacional de factores de riesgo de enfermedades crónicas, ENFREC II. Primera edición. Bogotá: Ministerio de Salud; 1999. p.21-6.
12. **Onusida-Ministerio de Salud.** Infección por VIH y SIDA en Colombia: aspectos fundamentales, Respuesta nacional y situación actual. Un balance histórico hacia el nuevo siglo. Bogotá: Onusida; 1999. p.40-7.
13. **Profamilia.** Salud sexual y reproductiva en Colombia. Encuesta Nacional de Demografía y Salud: resultados, 2000. Bogotá: Profamilia; 2000. p.96-7,107-17.
14. **Minsalud-FNUAP.** Norma técnica para la detección temprana de alteraciones del embarazo. Normas técnicas y guías de atención. Bogotá: Ministerio de Salud; 2000. p.7,2-7,10.

Fe de erratas

El aviso sobre el VII Curso de Métodos Intermedios en Epidemiología y Básico de Vigilancia en Salud Pública con Énfasis en Enfermedades Inmunoprevenibles que aparecen en los números 5, 6 y 14 corresponde al VIII Curso de Métodos Intermedios en Epidemiología y Básico de Vigilancia en Salud Pública con Énfasis en Enfermedades Inmunoprevenibles.

MINISTERIO DE SALUD
 DIRECCIÓN GENERAL DE PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN
 SISTEMA DE VIGILANCIA EN SALUD PÚBLICA - SVIGILA
 SEMANAS EPIDEMIOLÓGICAS 31 Y 32 (29 DE JULIO AL 11 DE AGOSTO DEL 2001)

Región	Departamento o distrito	Sarampión			Rubéola			Parálisis flácida			Tos ferina			Tétanos neonatal			Tuberculosis pulmonar							
		31	32	Ac	31	32	Ac	31	32	Ac	31	32	Ac	31	32	Ac	31	32	Ac					
AMAZONIA	Amazonas	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	12			
	Caquetá	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	75		
	Putumayo	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2	0	0	0	0	0	0	0	0	1	2	193		
ORINOQUIA	Arauca	0	0	4	0	0	4	0	0	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	3	44	
	Casanare	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	3	1	22	
	Guainía	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	16	
	Guaviare	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
	Meta	0	0	0	0	0	0	4	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	Vaupés	0	0	0	0	0	0	4	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
CENTRO ORIENTE	Vichada	0	0	0	0	0	0	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	Bogotá	4	3	70	7	8	226	0	0	11	1	1	74	0	0	0	0	0	0	0	12	12	355	
	Boyacá	0	1	7	1	0	12	0	0	6	0	0	8	0	0	0	0	0	0	1	2	0	44	
	Cundinamarca	3	3	15	4	2	69	1	0	6	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	4	3	178	
	Huila	0	0	3	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	6	0	104	
	Norte de Santander	0	0	16	0	0	5	0	0	5	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	3	4	75	
	Santander	1	2	31	3	1	64	0	0	4	0	0	13	0	0	0	0	0	0	0	3	1	138	
	Tolima	0	0	3	0	1	23	0	0	2	0	0	2	14	0	0	0	0	0	0	4	3	65	
	Antioquia	0	0	35	4	3	112	1	0	11	1	2	127	0	0	0	0	0	0	0	12	9	382	
	Caldas	0	0	16	2	2	106	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	1	105	
OCCIDENTE	Cauca	0	0	2	0	0	1	0	0	4	0	0	4	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	81
	Chocó	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	62
	Nariño	0	0	24	0	0	8	1	0	5	0	0	10	0	0	0	0	0	0	0	1	3	146	
	Quindío	1	0	2	1	0	21	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	4	5	29	
	Risaralda	3	3	33	2	1	38	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	2	36	
	Valle	1	1	18	0	0	23	1	1	7	0	0	10	0	0	0	0	0	0	0	13	21	451	
	Atlántico	0	0	2	0	0	1	0	0	0	0	0	5	0	0	0	0	0	0	0	1	4	84	
	Barranquilla	0	2	21	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	9	226	
	Bolívar	0	1	4	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2	1	62	
	Cartagena	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	60	
COSTA ATLÁNTICA	Cesar	0	0	5	0	0	1	0	0	1	0	0	15	0	0	0	0	0	0	0	8	1	165	
	Córdoba	0	0	3	0	0	0	0	0	4	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	1	5	76	
	La Guajira	0	0	0	0	0	0	0	0	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2	97	
	Magdalena	0	0	0	0	0	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	4	1	64	
	San Andrés	0	0	1	0	0	1	0	0	3	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	6	
	Santa Marta	0	0	8	0	0	2	0	0	4	0	0	8	0	0	0	0	0	0	0	5	0	53	
	Sucre	0	1	4	0	2	8	0	0	3	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2	
T O T A L	13	17	329	24	20	734	4	1	85	4	8	411	0	0	6	105	100	3.683						

MINISTERIO DE SALUD
DIRECCIÓN GENERAL DE PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN
SISTEMA DE VIGILANCIA EN SALUD PÚBLICA - SIVIGILA
SEMANAS EPIDEMIOLÓGICAS 31 Y 32 (29 DE JULIO AL 11 DE AGOSTO DEL 2001)

Región	Departamento o distrito	Fiebre amarilla		Meningitis meningocócica		Meningitis <i>haemophilus</i>		Sífilis congénita		Hepatitis B		Rabia animal							
		31	32	Ac	31	32	Ac	31	32	Ac	31	32	Ac	31	32	Ac			
AMAZONIA	Amazonas	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1		
	Cacuetá	0	0	1	0	0	0	0	0	0	12	0	0	4	0	0	0	0	
	Putumayo	0	0	0	0	0	0	0	0	0	5	0	0	35	0	0	0	0	
ORINOQUIA	Arauca	0	0	0	1	0	0	2	0	1	13	1	1	33	0	0	4	0	
	Casanare	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2	0	0	1	0	0	0	0	
	Guainía	0	0	1	0	0	0	0	0	0	1	1	0	10	0	0	0	0	
	Guaviare	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	Meta	0	0	1	0	2	0	2	0	1	22	0	0	6	0	0	0	0	0
	Vaupés	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0
	Vichada	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	
CENTRO ORIENTE	Bogotá	0	0	0	0	9	0	1	5	1	102	0	0	105	0	0	1	0	
	Boyacá	0	0	0	2	7	0	0	1	2	19	1	0	12	0	0	1	0	
	Cundinamarca	0	0	0	0	3	0	0	0	0	8	5	5	118	0	0	0	0	
	Huila	0	0	0	0	0	0	0	0	0	25	0	0	32	0	0	0	0	
	Norte de Santander	0	0	0	0	1	0	0	1	2	18	0	0	4	0	0	0	0	
OCCIDENTE	Santander	0	0	0	0	4	0	0	5	1	68	0	2	47	0	0	0	0	
	Tolima	0	0	0	0	0	0	0	0	0	13	0	3	64	0	0	0	0	
	Antioquia	0	0	0	0	19	1	0	7	1	65	2	0	47	0	0	0	0	
	Caldas	0	0	0	0	2	0	0	1	1	12	1	2	23	0	0	0	0	
	Cauca	0	0	0	0	0	0	0	1	0	18	0	0	2	0	0	1	0	
	Chocó	0	0	0	0	9	0	0	0	0	1	0	0	8	0	0	0	0	
	Nariño	0	0	0	0	0	0	0	0	0	16	0	0	21	0	0	1	0	
	Quindío	0	0	0	0	1	0	0	1	1	10	0	0	7	0	0	1	0	
	Risaralda	0	0	0	0	3	0	0	0	0	25	0	0	10	0	0	0	0	
	Valle	0	0	0	0	9	0	0	2	1	100	0	0	7	0	0	0	0	
COSTA ATLANTICA	Atlántico	0	0	0	0	7	0	0	1	0	0	0	1	4	0	0	5	0	
	Barranquilla	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	4	0	
	Bolívar	0	0	0	0	3	0	0	1	0	3	1	0	35	0	0	6	0	
	Cartagena	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	3	0	0	0	0	
	Cesar	0	0	0	0	1	0	0	1	0	24	1	0	39	0	0	2	0	
	Córdoba	0	0	0	0	6	1	0	0	1	6	2	2	47	0	0	0	0	
	La Guajira	0	0	0	0	0	0	0	0	0	6	0	0	9	0	0	0	0	
T O T A L	Magdalena	0	0	0	0	1	0	0	0	0	2	1	0	4	0	0	12	0	
	San Andrés	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
	Santa Marta	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	3	0	36	0	0	0	0	
	Sucre	0	0	0	1	0	2	0	2	4	8	0	1	6	0	0	0	0	
T O T A L		0	0	4	5	0	99	2	3	71	20	14	606	19	17	782	0	0	39

MINISTERIO DE SALUD
DIRECCIÓN GENERAL DE PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN
SISTEMA DE VIGILANCIA EN SALUD PÚBLICA - SIVIGILA
SEMANAS EPIDEMIOLÓGICAS 31 y 32 (29 DE JULIO AL 11 DE AGOSTO DEL 2001)

Región	Departamento o distrito	Mortalidad por cólera		Dengue clásico		Dengue hemorrágico		Malaria por P. falciparum		Malaria por P. vivax		Rabia humana						
		31	32	Ac	31	32	Ac	31	32	Ac	31	32	Ac	31	32	Ac		
AMAZONIA	Amazonas	0	0	0	0	0	0	0	16	25	181	29	13	469	0	0	0	
	Caquetá	0	0	0	10	1324	0	288	7	4	1,029	28	14	5406	0	0	0	
	Putumayo	0	0	0	0	69	0	3	1	1	373	3	0	1864	0	0	0	
ORINOQUIA	Arauca	0	0	98	103	1126	11	5	149	0	0	11	4	271	0	0	0	
	Casanare	0	0	2	4	212	0	0	29	0	1	1	4	39	0	0	0	
	Guainía	0	0	0	0	8	0	0	0	0	24	2	0	90	0	0	0	
	Guaviare	0	0	0	0	0	0	7	43	22	1,411	100	78	2730	0	0	0	
	Meta	0	0	7	12	642	0	1	37	27	28	1,342	125	88	3798	0	0	0
	Vaupés	0	0	0	0	0	0	0	12	2	75	6	10	193	0	0	0	
CENTRO ORIENTE	Vichada	0	0	0	1	2	0	0	0	7	498	1	31	623	0	0	0	
	Bogotá	0	0	0	0	39	0	0	16	0	0	0	0	0	0	0	0	
	Boyacá	0	0	24	9	386	5	8	108	0	0	11	3	0	77	0	0	
	Cundinamarca	0	0	26	23	1161	7	8	245	1	1	22	2	2	91	0	0	
	Huila	0	0	106	90	5848	19	2	147	0	0	28	1	3	44	0	0	
	Norte de Santander	0	0	65	136	3712	40	31	347	0	0	185	185	2201	0	0	0	
	Santander	0	0	143	119	2810	60	67	1445	3	0	13	9	11	283	0	0	
	Tolima	0	0	105	91	2035	1	5	143	0	1	5	2	0	39	0	0	
	Antioquia	0	0	36	38	607	1	1	47	127	73	2,661	361	276	8637	0	0	
	Caldas	0	0	2	2	214	0	0	3	0	0	4	22	0	32	0	0	
OCCIDENTE	Cauca	0	0	3	0	36	0	0	0	26	0	2127	7	0	309	0	0	
	Chocó	0	0	0	0	32	0	0	0	1	1	2932	1	3	1301	0	0	
	Nariño	0	0	0	0	21	0	0	0	0	0	1	0	0	2	0	0	
	Quindío	0	0	51	81	1387	4	5	44	0	0	2	0	2	36	0	0	
	Risaralda	0	0	2	20	609	0	0	0	0	1	22	52	58	763	0	0	
	Valle	0	0	122	120	4810	8	13	222	31	2	1429	9	25	1027	0	0	
	Atlántico	0	0	21	5	742	0	0	12	0	0	1	0	0	0	0	0	
	Barranquilla	0	0	31	32	1045	0	0	0	0	0	0	0	0	3	0	0	
	Bolívar	0	0	0	2	120	0	0	12	0	3	99	3	3	117	0	0	
	Cartagena	0	0	4	1	69	0	0	3	0	0	11	0	0	26	0	0	
COSTA ATLANTICA	Cesar	0	0	37	52	675	0	0	97	0	1	1	0	35	0	0	0	
	Córdoba	0	0	17	39	512	1	5	74	411	285	7,207	655	581	13581	0	0	
	La Guajira	0	0	3	2	85	0	0	8	13	3	108	1	0	111	0	0	
	Magdalena	0	0	8	10	142	0	0	3	0	0	0	2	0	13	0	0	
	San Andrés	0	0	0	0	4	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
	Santa Marta	0	0	3	0	51	1	1	0	2	0	9	0	2	24	0	0	
Sucre	0	0	10	2	200	7	2	55	0	0	6	1	2	15	0	0		
T O T A L		0	0	926	1004	30735	165	153	3,546	719	460	21,633	1,625	1395	44250	0	0	

El *Informe Quincenal Epidemiológico Nacional, IQEN*, es una publicación quincenal de la Dirección General de Promoción y Prevención del Ministerio de Salud y de la Subdirección de Epidemiología y Laboratorio Nacional de Referencia del Instituto Nacional de Salud, con un tiraje de 3.000 ejemplares.

Los datos y análisis son provisionales y pueden estar sujetos a cambio. Las contribuciones no institucionales, enviadas por los autores para estudio de publicación, son de exclusiva responsabilidad de los mismos y todas deberán ceñirse a las normas éticas internacionales vigentes.

Los editores del IQEN agradecen, de antemano, el envío de sus contribuciones al boletín a través de los epidemiólogos locales o de las direcciones distritales y departamentales de salud, a la Oficina de Epidemiología del Ministerio de Salud, teléfonos 336-5066, extensiones 1413, 1414 y FAX 336-5066, extensión 1431, o a la Subdirección de Epidemiología y LNR del Instituto Nacional de Salud, a los teléfonos 220-7700, extensiones 540, 541, 543 o 548 o al FAX 315-1890 o a cualquiera de las direcciones electrónicas.

Cualquier información contenida en el boletín IQEN es del dominio público y puede ser citada o reproducida mencionando la fuente.

Cita sugerida: Suárez M, *Aedes albopictus* (Skuse) (Diptera, Culicidae) en Buenaventura, Colombia. Inf Quinc Epidemiol Nac 2001;6(15):221-4.

Sara Ordóñez	Jorge Boshell
Ministra de Salud	Director, INS
Dirección General de Promoción y Prevención	Subdirección de Epidemiología y Laboratorio Nacional de Referencia

Comité editorial

Isabel Cristina Ruiz	Angela González
Víctor Hugo Alvarez	Fernando de la Hoz
	Martha Velandia
	Diana Carolina Cáceres
	Jacqueline Acosta

Editores

Jacqueline Acosta
Carlos A. Hernández

Apoyo logístico

Jorge Eliécer González	Gabriel Perdomo
	Francisco Rodríguez

Diagramación e impresión

División de Biblioteca y Publicaciones, INS

Ministerio de Salud	Instituto Nacional de Salud
Carrera 13 No. 32-76	Avenida calle 26 No. 51-60
Bogotá, D.C., Colombia	Bogotá, D.C., Colombia
e-mail epidemiobogota.minsalud.gov.co	e-mail publicacion@hemagogus.ins.gov.co